

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

**FERNANDA DUARTE DA SILVA DE FREITAS**

SABERES E PRÁTICAS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A  
HUMANIZAÇÃO: Implicações para o cuidado de enfermagem

RIO DE JANEIRO  
2013

Fernanda Duarte da Silva de Freitas

SABERES E PRÁTICAS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A  
HUMANIZAÇÃO: Implicações para o cuidado de enfermagem

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia de Assunção Ferreira

RIO DE JANEIRO  
2013

Freitas, Fernanda Duarte da Silva de.

Saberes e Práticas de Acadêmicos de Enfermagem sobre a Humanização: Implicações para o Cuidado de Enfermagem / Fernanda Duarte da Silva de Freitas. -- Rio de Janeiro: UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, 2013.

145 f.

Dissertação (Mestrado em enfermagem) – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

Orientador: Profª Drª Márcia de Assunção Ferreira.

1. Enfermagem. 2. Estudantes de Enfermagem. 3. Psicologia Social. 4. Humanização da Assistência. - Dissertação. I. Márcia de Assunção Ferreira (orient). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós – Graduação, Enfermagem. III. Título.

CDD: 610.73

Fernanda Duarte da Silva de Freitas

SABERES E PRÁTICAS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A  
HUMANIZAÇÃO: Implicações para o cuidado de enfermagem

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

---

Márcia de Assunção Ferreira, Prof<sup>a</sup> Titular, UFRJ

---

Carla Ribeiro Guedes, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, UFF

---

Antônio Marcos Tosoli Gomes, Prof<sup>o</sup> Titular, UERJ

---

Flávia Pacheco de Araújo, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, UFRJ

---

Fátima Helena do Espírito Santo, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, UFF

Rio de Janeiro

Julho de 2013

## DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a meu marido Sival  
Freitas por todo o carinho, cuidado e apoio.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus primeiramente porque para ele e por ele são todas as coisas.

Aos meus pais e ao meu marido por todo o apoio e incentivo na realização de mais um sonho, ser mestre em enfermagem.

A minha orientadora Professora Márcia de Assunção Ferreira por todo o incentivo, investimento e apoio durante a iniciação científica e o mestrado. Serei eternamente grata.

Especialmente, aos professores do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN: Professor Marcos Antonio Gomes Brandão e Professor Antonio José de Almeida Filho, por todos os ensinamentos durante a graduação, por serem exemplos de professores e enfermeiros e por terem me incentivado e acreditado em mim.

Aos membros desta banca professor Marcos Tosoli, professora Carla Guedes e professora Flávia Araújo, por todo o cuidado na leitura e análise deste estudo, foram muitas as contribuições, foi um privilégio poder contar com vocês.

A minha amada amiga enfermeira Tamyres Mendes por sua amizade, sem mais palavras, te amo Tamy.

Aos queridos amigos Thiago da Silva, Ítalo Silva e as amigas Priscilla Broca, Julyana Gall, Natália Elisa Duarte vocês foram simplesmente demais, muito obrigado por compartilharem comigo aflições e alegrias durante esses dois anos de mestrado.

Aos alunos que aceitaram participar desta pesquisa.

Muito obrigada !

## RESUMO

Freitas, Fernanda Duarte da Silva de. **Saberes e Práticas de Acadêmicos de enfermagem sobre a humanização: Implicações Para o Cuidado de Enfermagem.** Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Esta pesquisa tem como objeto as representações sociais (RS) de acadêmicos de enfermagem sobre a humanização e suas implicações no cuidado de enfermagem. Os objetivos foram: identificar as RS de acadêmicos de enfermagem sobre a humanização; descrever as peculiaridades dos conteúdos das RS dos acadêmicos de enfermagem em diferentes momentos do curso de graduação em enfermagem; caracterizar as práticas que tais acadêmicos de enfermagem definem como representativas de humanização e discutir as implicações que tais representações trazem para o campo da assistência e formação profissional em enfermagem tendo em vista os preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH). Metodologia: pesquisa qualitativa, com aplicação da Teoria das Representações Sociais (TRS), na sua abordagem processual. Os sujeitos foram 40 acadêmicos de enfermagem, sendo 20 do terceiro período e 20 do oitavo período, de uma instituição pública federal do Rio de Janeiro. A técnica de produção de dados foi a entrevista em profundidade, sendo esta realizada de forma individual, com aplicação de instrumento semi-estruturado. Para o tratamento e análise dos dados foi aplicado o software ALCESTE, sendo realizado dois tipos de análise: a padrão e a cruzada. Após o *corpus* ter sido submetido à análise padrão do software ALCESTE foi realizada a análise cruzada, sendo a variável o período do curso (per\_3 e per\_8). Na análise padrão dos dados, o ALCESTE apresentou 75% de aproveitamento, gerando quatro (4) classes lexicais. As classes foram agrupadas em dois blocos: o primeiro tratou da dimensão relacional com a classe 1 – cotidiano: encontro mediado pelas relações na enfermagem e o segundo tratou da dimensão teórica e prática, com a classe 2 – aspectos conceituais da humanização na prática de enfermagem; a classe 3 – aprendendo a humanizar a assistência: elo entre o saber e o fazer; e da classe 4 - dificuldades para se implementar a humanização. Na análise cruzada, a divisão do *corpus* se deu por divisão binária, onde um bloco se refere as RS dos acadêmicos de enfermagem do terceiro período e o outro bloco com as RS dos acadêmicos de enfermagem do oitavo período. Através de cada

bloco foi possível evidenciar a prática dos acadêmicos de enfermagem, o conceito de humanização e o que facilita e o que dificulta a humanização. Através desta análise foi possível evidenciar que as RS sobre a humanização para ambos os grupos possuem peculiaridades que se aproximam e que se distanciam. Considerações finais: Concluiu-se que o tema da humanização deva ser abordado de forma transversal no processo de formação, com estratégias e experiências de ensino-aprendizagem que façam sentido para os acadêmicos. Evidenciou-se que são muitos os desafios para se pensar a humanização no contexto sociopolítico atual e os cursos de graduação se mostram como espaços favoráveis e legítimos para intensos debates e construção coletiva de estratégias que viabilizem a implantação dos dispositivos da PNH.

Palavras-chaves: Enfermagem. Humanização da Assistência. Estudantes de Enfermagem. Psicologia Social.

## ABSTRACT

Freitas, Fernanda Duarte da Silva de. **Saberes e Práticas de Acadêmicos de enfermagem sobre a humanização: Implicações Para o Cuidado de Enfermagem.** Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

This research aims the social representations (SR) of nursing students about humanization and its implications in nursing care. The objectives were: to identify the RS nursing students on humanization; to describe the peculiarities contents of the RS nursing students at different times of the undergraduate nursing; to characterize practices that nursing students define as representative of humanization and discuss the implications that this representations bring to assistance and training in nursing based on National Humanization Policy (NHP). Methodology: research qualitative, with application the theoretical Social Representations Theory (SRT), in its procedural approach. The subjects were 40 nursing students, 20 in the third period and 20 in the eighth, a federal public institution of Rio de Janeiro. The production data technique was in-depth interviews, being performed individually, with the application of semi-structured. To the treatment and analysis of the data was applied the software ALCESTE, being conducted two types of analysis: the standard and cross. After the *corpus* has been subjected to standard analysis software ALCESTE was performed crusade analyzes, wich the variable period (per\_3 and per\_8). In standard analysis of the data, ALCESTE presented 75% success, being grouped into four (4) lexical classes. The classes were grouped into two blocks: the fist with the relational dimension with Class 1 - everyday: meeting mediated by relations in nursing and dimension theory and practice, the second with the Class 2 - conceptual aspects of humanization in nursing practice; class 3 - learning to humanize assistance: link between knowing and doing, and the class 4 - difficulties to implement humanization. In cross-examine, the a division of the *corpus* was done by binary division which one is nursing students in the third period block and another with the RS of nursing students in the eighth block. Through each block was possible to evince the practice of nursing students, the concept of humanization and what facilitates and what hinders humanization. Through this analysis was possible to evince the RS about the humanization through both groups have peculiarities that approach and move away. Final Thoughts: Its conclude that the humanization issue should happen across the board in the process of training, with

strategies and experiences of teaching and learning that make sense for academics. The results showed that there are many challenges to think the humanization in the current context socio-political and the graduate programs show how favorable and legitimate spaces for intense debate and collective construction of strategies that enable the implementation of the PNH provisions.

Keys words: Nursing. Humanization of Assistance. Nursing Students. Psychology Social.

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	<b>17</b>
1.1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA COM VISTAS A DELINEAR O PROBLEMA DE PESQUISA	17
1.2 HUMANIZAÇÃO COMO OBJETO DE PESQUISA DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL	21
1.3 RELEVÂNCIA, JUSTIFICATIVA E POSSIBILIDADES DE CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA	28
<b>2 BASES CONCEITUAIS</b>	<b>34</b>
2.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA HUMANIZAÇÃO E DA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	34
2.2. HUMANIZAÇÃO E CUIDADO DE ENFERMAGEM	40
<b>3 REFERENCIAL TÉORICO E METODOLOGICO</b>	<b>44</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO	44
3.2. SUJEITOS DO ESTUDO	47
3.3. CENÁRIO DO ESTUDO	49
3.4. TÉCNICAS PARA PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	49
3.5. ASPECTOS ÉTICOS	53
<b>4 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS</b>	<b>54</b>
<b>5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA HUMANIZAÇÃO PELOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>57</b>
5.1 DIMENSÃO RELACIONAL	60
<b>5.1.1 Cotidiano: Encontro mediado pelas relações (classe 1)</b>	<b>60</b>
5.1.1.1 Cotidiano: relação acadêmico – usuário na prática de enfermagem	63
5.1.1.2 Cotidiano: relação acadêmico – equipe na prática de enfermagem	67
5.1.1.3 Cotidiano: relação enfermeiro – usuário sob a ótica do acadêmico	68
5.2 DIMENSÃO TÉORICO E PRÁTICA	71

<b>5.2.1 Aprendendo a humanizar a assistência: Elo entre o saber e o fazer (classe 3)</b>	<b>71</b>
5.2.1.1 Como fazer? (Des)articulação entre a prática e a teoria e o trabalho em equipe	73
5.2.1.2 Saber: Os Programas curriculares, as disciplinas e a figura do Professor	78
<b>5.2.2 Aspectos conceituais da humanização na prática de enfermagem (classe 2)</b>	<b>83</b>
<b>5.2.3 Dificuldades para implementar a humanização (classe 4)</b>	<b>95</b>
<b>6 VI REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DO TERCEIRO PERÍODO E DO OITAVO PERÍODO</b>	<b>106</b>
6.1. RS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DO TERCEIRO PERÍODO	106
<b>6.1.1 Prática do acadêmico de enfermagem do terceiro período</b>	<b>108</b>
<b>6.1.2 Conceito de humanização construído pelos acadêmicos de enfermagem do terceiro período</b>	<b>110</b>
<b>6.1.3 Elementos que medeiam as relações: o que facilita e o que dificulta a humanização</b>	<b>112</b>
6.2 RS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DO OITAVO PERÍODO	116
<b>6.2.1 Prática do acadêmico de enfermagem do oitavo período</b>	<b>119</b>
<b>6.2.2 Conceito de humanização construído pelos acadêmicos de enfermagem do oitavo período</b>	<b>120</b>
<b>6.2.3 Influência para a humanização: O que facilita e o que dificulta</b>	<b>122</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>128</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>132</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>140</b>
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista	141
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	143
<b>ANEXO</b>	<b>144</b>
ANEXO A – Parecer de Aprovação do CEP	145

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Descrição dos elementos na linha de comando.....	51
Quadro 2 A divisão das dimensões da RS com suas respectivas classes.....	59
Quadro 3 Valores de $\chi^2$ relativos as variáveis de análise com associação estatística à classe 1.....	60
Quadro 4 Formas Reduzidas com o $\chi^2$ relacionado e as formas completas – classe 1.....	61
Quadro 5 Formas Reduzidas com o $\chi^2$ relacionado e as formas completas associadas na Classe 3 .....	72
Quadro 6 Valores de $\chi^2$ relativos às variáveis de análise com associação estatística na classe 2.....	83
Quadro 7 Formas reduzidas com o $\chi^2$ relacionado e as formas completas associadas da classe 2.....	84
Quadro 8 Valores de $\chi^2$ relativos às variáveis de análise com associação estatística da classe 4.....	95
Quadro 9 Lista de Formas Reduzidas com o $\chi^2$ relacionado e as formas completas associadas da classe 4.....	96
Quadro 10 Valores de $\chi^2$ relativos às variáveis de análise com associação estatística com a análise cruzada dos acadêmicos do terceiro período.....	106
Quadro 11 Lista de Formas Reduzidas com o $\chi^2$ relacionado e as formas completas associadas dos acadêmicos de enfermagem do terceiro período.....	107
Quadro 12 Valores de $\chi^2$ relativos às variáveis de análise com associação estatística com a análise cruzada dos acadêmicos do oitavo período.....	117

Quadro 13 Lista de Formas Reduzidas com o khi<sup>2</sup> relacionado e as formas completas associadas dos acadêmicos de enfermagem do oitavo período..... 117

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o sexo .....	54
Tabela 2	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a religião.....	55
Tabela 3	Distribuição dos sujeitos quanto a formação técnica em enfermagem .....	55
Tabela 4	Distribuição dos sujeitos pela variável parente atuando profissionalmente na área de enfermagem .....	56

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Dendograma Representativo das Classes Resultantes da Análise Alceste.....	57
Figura 2 Comparação entre as duas Classificações Descendentes Hierárquicas .....	58
Figura 3 Distribuição das UCE e o número de palavras analisadas por classe .....	59
Figura 4 Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) da Classe 1 .....	62
Figura 5 Classificação Ascendente Hierárquica relativa a classe 3.....	73
Figura 6 Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 2.....	85
Figura 7 Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4.....	96
Figura 8 Classificação Hierárquica Ascendente da variável terceiro período .....	108
Figura 9 Classificação Hierárquica Ascendente da variável oitavo período.....	118

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA COM VISTAS A DELINEAR O PROBLEMA DE PESQUISA

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem como eixo norteador as práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu propósito é de contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde. Assim, a PNH aposta no reposicionamento dos sujeitos: profissionais da saúde, gestores e usuários do SUS, considerando todos como protagonistas e autônomos deste processo. Dessa forma, a PNH dá ênfase aos direitos seja dos profissionais da saúde ou usuários, sendo o direito a saúde uma questão fundamental para PNH.

Para a implementação da PNH nos serviços de saúde são estabelecidas estratégias gerais, uma delas é que no eixo da educação a humanização da atenção e da gestão componha o conteúdo profissional da graduação, pós-graduação e da extensão em saúde, vinculando-a aos polos de educação permanente e às instituições formadoras (BRASIL, 2004a).

Considerando que a enfermagem pauta seu discurso e prática no cuidado como essência da profissão, o tema da humanização surgiu como problemática a ser investigada junto aos professores universitários de enfermagem, uma vez que estes são os principais responsáveis pela formação e qualificação profissional em enfermagem, como também em atividades de educação permanente nos serviços de formação e qualificação profissional em enfermagem, tanto no ensino de graduação quanto no de pós-graduação. Os professores devem possuir saberes e práticas sobre a temática para subsidiarem a formação profissional, com vistas ao cuidado de enfermagem.

Os professores universitários de enfermagem demonstram seus saberes e práticas sobre a humanização e o cuidado de enfermagem pautados em três grandes temas nucleadores: a ética; a tecnologia; as instituições e as pessoas (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011a).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Pesquisa realizada no âmbito da Iniciação Científica (IC), vinculada a um Projeto Integrado de Pesquisa (PIP) sobre as práticas de cuidado de enfermagem e seus nexos com os preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH-MS).

A questão ética emergiu como inerente à humanização quando os docentes a relacionaram com o respeito e o reconhecimento ao direito que os usuários possuem. A tecnologia dura foi citada como instrumental utilizado pelo enfermeiro que influencia a humanização na prestação do cuidado, podendo não se configurar como um elemento capaz de humanizar a assistência e a gestão, isso porque para os docentes a tecnologia dura limita a relação profissional-usuário (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011a).

As instituições foram relacionadas com os recursos humanos e materiais, sendo estes elementos capazes de influenciar a humanização na prestação do cuidado tanto para os usuários como para os profissionais de saúde. Os resultados mostraram que a humanização envolve, também, as características pessoais do enfermeiro, indicando que há uma imagem de enfermeiro que atende à humanização, onde este profissional compreende a humanização como uma questão inerente a valores pessoais, é atencioso, empático, possui experiências, vivências e visões de mundo que se aproximam das do usuário. Esta imagem comporta ainda, a ideia da vocação para ser enfermeiro, o gosto pela profissão e a manifestação de boa vontade (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011a).

Para os docentes que participaram da pesquisa destas autoras a humanização pode envolver práticas de cuidado, que a caracteriza na enfermagem como um aspecto caritativo e de benevolência. Isto porque a prestação do cuidado ao usuário poderia ficar na dependência dos humores dos profissionais podendo assim ser prestado ou não pelo profissional de enfermagem. Interessante identificar que estes possuem um discurso sobre a ética quando se fala da humanização e do cuidado, mas estabelecem imagens de enfermeiros que podem não atuar de acordo com esses preceitos éticos.

Sobre tais resultados, vale ressaltar que as práticas de cuidado com o usuário não devem ser executadas como uma condição de favor, boa ou má vontade do profissional, mas sim, pautadas pelo código de ética e pelo exercício legal da profissão. Quando o exercício da profissão é feito com base na boa vontade pessoal, os usuários tendem a avaliar os profissionais de saúde também por este critério e a estabelecer suas preferências por outro que considere ser um bom ou mau profissional.

Esta reflexão mostra a importância de se resgatar o cuidado de enfermagem como direito. Em especial, quando as práticas ocorrem em cenários onde há sujeitos em processo de formação. Tais experiências e vivências marcam muito a aprendizagem e não devem passar despercebidas no processo de formação, suscitando discussões com a equipe, sempre que possível, com reflexões sobre o cuidado prestado, uma vez que este não se configura como favor, pois se assim o fosse, não seria cuidado de enfermagem, pois não seria ético.

Analisando ainda essa temática considerando a humanização no contexto do ensino de enfermagem, os professores entendem que esta se expressa através da relação professor-aluno, estabelecida através do processo de empatia e de práticas dialógicas no ensino-aprendizagem. O ensino formal e o informal emergiram também como elementos da humanização do ensino no discurso dos docentes. A estratégia evidenciada para o ensino formal foi a estrutura curricular da Escola, lócus da pesquisa, e o do ensino informal foi o “currículo oculto” (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2010).

O “currículo oculto” surgiu no discurso dos docentes como uma das estratégias de humanização do ensino de enfermagem, norteando as práticas que acontecem fora dos espaços formais do ensino junto ao aluno. Na formação do enfermeiro os docentes buscam estratégias para estabelecer práticas de cuidado com o aluno e também com o usuário (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2010).

Outra pesquisa sobre o tema foi realizada com acadêmicos de enfermagem<sup>2</sup> do curso de graduação da mesma Escola que serviu de campo para a pesquisa com os docentes. Nesta etapa curricular, os estudantes têm experiências de aprendizagem cuidando de usuários em hospitais, em situações de menor, média e maior complexidade. Os resultados desta pesquisa evidenciaram núcleos de sentido que remetem: às formas de lidar do enfermeiro com o usuário, ao uso dos sentidos humanos da enfermeira, aos atributos da relação interpessoal enfermeira-usuário e aos valores morais e éticos. O discurso dos acadêmicos esteve centrado também na imagem do enfermeiro, indicando a construção de uma imagem que atende a humanização

---

<sup>2</sup>Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realizado no primeiro período letivo de 2011, intitulado: “Formação do Enfermeiro: Desafios para a Humanização da assistência”.

da assistência e da gestão, com um enfermeiro possuidor de boa vontade, empático, simpático, que tem a humanização como uma característica inata e de valores pessoais, gosta de ser enfermeiro, tem amor pelo próximo, preocupa-se com o outro, é paciente e carinhoso (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011b).

Para os acadêmicos, a humanização se constitui em práticas de cuidado centradas no estabelecimento da relação profissional-usuário. Sabe-se, pois, que a humanização das práticas de enfermagem não depende apenas da relação que o profissional estabelece com o usuário nos serviços de saúde, uma vez que as questões que envolvem a humanização perpassam também o plano das relações interpessoais.

Com base no exposto, evidencia-se que a humanização se personifica na figura de um profissional bondoso, caritativo e ideal, e se caracteriza como um modo de ser e estar com o outro, de se comportar, de se relacionar. Assim, a humanização se dá no plano das relações interpessoais. Sabe-se que o cuidado de enfermagem se dá na relação estabelecida entre o profissional e usuário; no entanto, para que seja cuidado de enfermagem esta relação deve acontecer pautada na ética, de modo que o cuidado seja expressivo e ético, entendido sob a perspectiva ética e legal do respeito ao direito que o outro possui de receber os cuidados da equipe de enfermagem.

E é esta a questão posta em discussão quando se traz à pauta a PNH e as práticas de cuidado de enfermagem, uma vez que tais práticas devem expressar ações profissionais a serem exercidas e oferecidas como serviço aos cidadãos de direito. A saúde como bem social e o serviço que dela emana não devem estar sob o jugo das personalizações, mas usufruídos no âmbito do exercício cidadão.

Assim, no plano dos cuidados de enfermagem, a humanização configura-se como direito de todos que participam do processo de saúde, e não como uma condição de favor, expressão de boa vontade e bondade dos profissionais da saúde. Ações de cuidado que emanam do exclusivo favor, da benevolência ou da bondade podem originar o seu contrário, o descuido – expressão não ética da ação, portanto, não humanizada (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011a).

Nessa linha, a PNH como uma política tem diretrizes e estratégias para implantação, nas quais os profissionais e usuários são elementos-chave, mas não que de suas personalidades dependam as orientações das ações mais ou menos humanizadas e humanizantes.

É justamente nesse sentido que a humanização da atenção e da gestão não pode ser pensada, em especial no que diz respeito à formação dos profissionais em saúde, pois a ideia do homem como figura-ideal não coincide com nenhuma existência concreta. Logo, o que vem sendo proposto é considerar o ser humano a partir de experiências concretas e das mudanças que este experimenta nos espaços coletivos. Sendo assim, essa não idealização do homem nos direciona a um necessário reposicionamento dos sujeitos implicados nas práticas de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

No que pese a formação profissional de enfermeiro, o aluno de graduação em enfermagem deve compreender durante o seu processo de ensino e aprendizagem nos ambientes de ensino integrados aos serviços de saúde que a problemática de que trata a humanização da atenção e da gestão, não se restringe ao plano das relações pessoais entre os profissionais da saúde e os usuários, embora chegue até eles (DESLANDES, 2006). A humanização da atenção e da gestão é um tema que envolve o campo da esfera da política pública, economia, ética e formação profissional.

São estas as circunstâncias que conduzem a realização desta pesquisa-dissertação de mestrado, centrada nos discursos dos acadêmicos de enfermagem sobre a humanização.

## 1.2 HUMANIZAÇÃO COMO OBJETO DE PESQUISA DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Para se compreender a humanização como objeto de representação social é necessário pontuar como este conceito se apresentou ao longo da história bem como se insere no cotidiano da enfermagem através das práticas de cuidado, configurando um campo para formação de imagens, opiniões e sentidos capazes de guiar as ações dos profissionais, fazendo com que estes

expliquem e se posicionem frente à discussão sobre a humanização no cuidado de enfermagem.

O conceito de humanização está relacionado ao “*ato de humanizar*”, retornando a pessoa a sua condição humana, com ênfase nas características pessoais, como por exemplo, a bondade (CIVITA, 1972). Percebe-se assim que o campo em que se configura este conceito traz referência a ideia de humanidade que para a filosofia “*é um conjunto de características específicas do ser humano tornando-se diferentes dos animais*”. (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1996, p.132)

Seu conceito surge assim ligado ao humanismo, que foi movimento intelectual que surgiu durante o renascimento. Por definição, o “*humanismo é uma atitude filosófica que faz do homem o valor supremo e vê nele a medida certa de todas as coisas*”, o homem pensa e mede a extensão de seus pensamentos, sendo um ser sujeito de conhecimento. (JAPIASSÚ, MARCONDES; 1996, p. 96)

Este conceito racional dá margem à figura do homem como ser autônomo sendo capaz de gerar conhecimento e ser objeto de conhecimento, surgindo assim as ciências do homem. A imagem do homem sofreu transformações durante a história se afastando da perspectiva da figura ideal de um ser bondoso para um ser que produz, sendo sujeito e objeto de conhecimento, logo o homem se produz nas relações, conforme pontua Michel Foucault. (BENEVIDES; PASSOS, 2005)

Este conceito de homem se aproxima do conceito proposto pela PNH, se afastando da noção idealizada de homem e se aproximando do conceito de homem a partir de suas experiências concretas, considerando a experiência singular de qualquer homem, “*um homem em processo contínuo de humanização*”. Assim para a PNH, a humanização deve ser entendida como “*um novo humanismo*”. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.569)

A PNH parte de uma experiência concreta através da experiência singular de qualquer homem, pois é nesta dimensão que se encontra “o SUS que dá certo”, e pode-se encontrar a dimensão coletiva do processo de produção de sujeitos autônomos e protagonistas do processo de saúde; logo, a PNH atende aos princípios definidos pelo SUS como a integralidade, universalidade e equidade nos serviços de saúde. (BENEVIDES; PASSOS,

2005; BRASIL; 2008)

Nessa lógica, cabe salientar que essa dimensão do homem – humanismo – humanização, influenciou o campo da saúde acarretando modificações do sujeito que recebe o cuidado, homem este que primeiro ocupou uma posição de sujeito passivo recebendo o cuidado através de benevolência, favor e caridade por parte dos profissionais, este homem passa pela transição de sujeito trabalhador que por possuir um trabalho formal possui o benefício de receber a assistência a saúde (neste momento são excluídos os trabalhadores informais) posteriormente este homem ocupa atualmente a posição de sujeito – cidadão recebendo o cuidado através da assistência de saúde como um bem legal e social.

É importante frisar os antecedentes da saúde no Brasil que englobam três concepções, a saber: no império, na república velha (até o início da década de 30 do século XX) e a partir da Era Vargas até o período de redemocratização (década de 80). (LUZ, 1991)

Durante o império e a república velha a saúde se apresentava como um favor, não existia qualquer instrumento jurídico-legal que garantisse este direito, assim num terceiro momento, a partir da Era Vargas, a saúde se caracteriza como um serviço ou benefício trabalhista, porém ainda havia uma atuação do estado no âmbito da saúde, já que os trabalhadores que possuíam a carteira de trabalho assinada possuíam o direito a assistência médica. (LUZ,1991)

Entre as décadas de 40 e 70, o acesso aos serviços estava condicionado à existência de vínculo empregatício. O conceito de saúde era restrito a um grupo de pessoas que possuía vínculo empregatício, sendo a saúde vista como um serviço decorrente de um direito trabalhista ou um serviço privado. (LUZ, 1991)

A partir da década de 70 com o movimento da reforma sanitária se concentra a defesa da saúde como um direito de todos, preconizando que a saúde fosse formulada não somente pelo estado, mas contasse também com a participação social. Assim, com a constituição federal, a saúde tomou seu lugar como um direito fundamental. (LUZ, 1991)

Partindo de tais premissas, destaca-se que as práticas de enfermagem também foram oferecidas pelas irmãs de caridade, pautadas pelo cunho

caritativo benevolente, nesta relação, o sujeito que recebia o cuidado era passivo diante de sua condição de saúde. A partir da constituição federal de 1988 do Brasil, essas relações humanas ganham outro patamar e o profissional de enfermagem bem como os profissionais de saúde devem prestar o cuidado reconhecendo o outro sujeito de direitos, como um cidadão.

Frente a isto, se reconhece a formação da imagem da enfermeira e da enfermagem construída pelo senso comum, onde o imaginário social da profissão é pautado nas características pessoais da enfermeira como o amor, a dedicação, a paciência, a vocação para cuidar, a bondade, a caridade e o favor, características que eram atribuídas às irmãs de caridade com sua imagem associada a da enfermagem e a da enfermeira. Estes sentimentos são entendidos como atributos inerentes e necessários para se cuidar do outro.

Como o cuidado é objeto de prática da enfermagem e acontece através da relação estabelecida com o outro, este processo interativo é marcado por sentimentos, expressões e emoções, pois os sujeitos, profissional e usuário, estabelecem um encontro nesta relação, cada um imprimindo no cuidado as suas características pessoais.

Destaca-se que o processo de trabalho da enfermagem implica em uma relação de cuidado, este cuidado não está limitado ao simples ato de executar uma tarefa ou procedimento, mas envolve também o sentido de ser, pois acontece através da relação entre os sujeitos. Assim, entende-se o cuidado como um ato singular objetivando os seres envolvidos neste processo.

Para que o cuidado se efetive é necessário que haja uma intensa interação entre o sujeito que cuida e o sujeito que recebe o cuidado. Sabe-se que para que esta interação aconteça, é necessário que haja doação, objetivando o envolvimento necessário para o ato de cuidar. (WALDOW, 1999; FORMOZO, 2007). A enfermagem demarca assim sua prática como uma ciência, com ênfase nas relações interpessoais, prestando um cuidado expressivo.

Esta relação interpessoal com ênfase no aspecto humano é pontuada pela enfermagem desde Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna, primeira teórica de enfermagem a qual destaca o *a*, *b*, *c* da enfermeira: *"o a de uma enfermeira deve ser o conhecimento do que significa um ser humano doente. O b é saber como comportar-se com uma pessoa*

*doente. O c é saber que seu paciente é um ser humano enfermo, não um animal". (NIGHTINGALE, 1989)*

Evidencia-se assim que a dimensão interpessoal possui destaque para a profissão e surge como essência de algumas teorias de enfermagem como a teoria interpessoal de Hildegard Peplau (1952), a teoria de enfermagem humanística, de Josephine E. Paterson e Zderad (1960), a teoria do processo de enfermagem de Ida Jean Orlando, a teoria da relação interpessoal (1966), a teoria dos quatro princípios de observação de Myra Estrin e Jean Watson com a teoria transpessoal do cuidado humano. (PERRY, 2012)

Essas teorias de enfermagem aqui pontuadas relacionam o envolvimento e a preocupação com os sujeitos inseridos no processo de cuidar, com base numa essência do cuidado através da relação – interação na prática de enfermagem, o cuidado envolve assim uma característica própria de subjetividade, devendo esta subjetividade estar presente em todas as técnicas e procedimentos executados pela equipe de enfermagem. (WALDOW, 1999)

Logo, a relação interpessoal na prática de cuidado é caracterizada pelas relações e ações, atitudes e comportamentos que são guiados pela ciência, pela experiência, pela intuição assim como o pensamento crítico. Dessa forma, o cuidado necessita de elementos como o respeito, consideração, a compaixão e o afeto. (WALDOW, 1999).

Conforme se observa, as relações humanas demarcam as práticas de enfermagem no seu cotidiano prático e científico, destaca-se que na prática a enfermagem vivencia nos cotidianos as dificuldades para se cuidar, pois se sabe que para se prestar cuidados é necessário que haja recursos humanos e materiais, um ambiente adequado, o cuidado deve ser valorizado não só pelos profissionais, mas também pelos gestores e pelos usuários.

Porém, em muita das vezes, nas instituições públicas do país, a equipe de enfermagem vivencia a falta de cumprimento do que é de direito dos trabalhadores e dos usuários, como: escassez de recursos humanos e materiais, superlotação das unidades, longas filas de espera, condições que não valorizam os sujeitos, sejam eles profissionais e usuários, sabe-se que tal dimensão compromete a saúde do trabalhador e dos que necessitam de cuidados, os usuários. Muita das vezes os profissionais de enfermagem e os usuários presenciam situações em que não são respeitados os direitos que

todos possuem: os direitos a condições de trabalho dignas e a assistência a saúde, esses acontecimentos demarcaram um espaço de discussão na área da saúde, a desumanização da assistência.

Ressalta-se que foi a partir dessa perspectiva de desumanização da assistência, comprometendo a saúde de trabalhadores e usuários que a humanização passa a ser discutida na área da saúde, e hoje se insere no campo de saúde pública do Brasil, através da PNH.

Considerando-se a sua relevância e valor moral e ético para a enfermagem, a humanização está presente no processo de formação do enfermeiro, os acadêmicos necessitam aprender e vivenciar o cuidado de enfermagem, pois a humanização faz parte do cotidiano da enfermagem; no entanto, sabe-se que o ambiente presenciado pela equipe de enfermagem e pelos usuários nas instituições públicas é o ambiente de vivência e aprendizado dos acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado de enfermagem.

É na prática que os acadêmicos interagem com os sujeitos, é onde estes estabelecem as relações com os usuários lembrando que além de prestarem cuidados aos sujeitos nos serviços de saúde, também procuram estes serviços por parte da equipe de enfermagem ou acompanham outros sujeitos para receberem os cuidados de enfermagem; logo, as relações que demarcam o seu processo de saber-fazer na enfermagem sobre a humanização e o cuidado acontecem na relação interprofissional – acadêmico e usuário.

Partindo de tais premissas e ao encontro dos resultados da pesquisa realizada com os acadêmicos de enfermagem, pode-se considerar que a humanização tem relevância para este grupo social, sendo assim passível de representação por parte dos acadêmicos.

Cabe salientar que o processo de formação de uma representação social sobre determinado objeto pressupõe três condições, a saber: a dispersão da informação, a focalização e a pressão a inferência. O processo de *dispersão da informação* envolve como o grupo circula as informações necessárias para a compreensão do problema ou do objeto, onde esta acontece de diferentes formas, dependendo assim das características do grupo. Já a *focalização* faz referência aos interesses do grupo por determinado objeto e em um determinado momento histórico, justificando a elaboração de uma representação social, trazendo como marcas a moralidade, os interesses

do profissional e a posição ideológica. Na *pressão a inferência* há o entendimento da necessidade de se explicar o objeto, exigindo que o indivíduo ou o grupo se posicione. (SÁ, 1998; VALA, 1993).

Dessa forma, a formação das representações sociais sobre a humanização para os acadêmicos de enfermagem se dá através do processo de trabalho e aprendizado do cuidado de enfermagem por parte dos acadêmicos que acontece através das relações interpessoais acadêmico - usuário, (processo de dispersão), estes assim possuem interesse sobre a humanização no cuidado de enfermagem, pois o outro é o que recebe o cuidado, assim a pessoa é o foco da enfermagem; no entanto, o outro nem sempre é respeitado no cotidiano do cuidado, este campo de desumanização ocasionou a discussão sobre a humanização na área da saúde, justificando o interesse dos acadêmicos sobre o aprendizado e vivência da humanização (focalização); logo, é necessário que os acadêmicos pensem e discutam sobre a humanização no cuidado, se posicionando sobre este objeto, que faz parte de um conceito de uma política pública do SUS, a PNH (pressão a inferência).

Logo, é possível identificar que a humanização mobiliza saberes e afetos, os acadêmicos formam imagens de profissionais e de práticas, caracterizando aqueles que executam ou não práticas humanizadas. Portanto, a Teoria das Representações Sociais (TRS) se aplica na abordagem desta pesquisa.

Neste íterim, para o recorte do momento, no plano da pesquisa, o investimento foi nos acadêmicos de enfermagem por considerar que os saberes construídos por este grupo implicarão em suas práticas profissionais. Importa, pois, ao momento, caracterizar suas representações, para, a partir daí, entender suas práticas e acessar os conhecimentos e os afetos que eles mobilizam no que concerne à humanização, relativos às práticas de cuidado de enfermagem.

Dessa forma o **objeto desta pesquisa é:** “representações sociais de acadêmicos de enfermagem sobre a humanização e suas implicações no cuidado de enfermagem”, o qual está sendo investigado através das seguintes **questões norteadoras:**

- Quais são as representações sociais (RS) de acadêmicos de enfermagem sobre a humanização?

- Que peculiaridades possuem os conteúdos que as integram em diferentes momentos do curso de graduação?
- Quais práticas são definidas pelos acadêmicos de enfermagem como representativas de humanização e como se expressam no cuidado de enfermagem?
- Quais implicações tais representações sociais trazem para o campo do ensino e da prática de enfermagem?

Os **objetivos** desta pesquisa são:

- Identificar as representações sociais (RS) de acadêmicos de enfermagem sobre a humanização;
- Descrever as peculiaridades dos conteúdos das RS dos acadêmicos de enfermagem em diferentes momentos do curso de graduação em enfermagem;
- Caracterizar as práticas que tais acadêmicos de enfermagem definem como representativas de humanização;
- Discutir as implicações que tais representações trazem para o campo da assistência e formação profissional em enfermagem tendo em vista os preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH).

### 1.3. RELEVÂNCIA, JUSTIFICATIVA E POSSIBILIDADES DE CONTRIBUIÇÃO DA PESQUISA

Um dos grandes desafios atuais tanto para manter quanto para qualificar o SUS como um sistema público é a formação qualificada dos profissionais de saúde voltada para as diretrizes da PNH (BRASIL, 2010a). Para tanto, esta deve orientar os processos de formação dos profissionais da saúde, pois através da formação ocorrem intervenções e intervir é experimentar novas práticas de cuidado, afirmando assim o SUS como um sistema inclusivo, equitativo, democrático, solidário e capaz de qualificar a vida da população brasileira (BRASIL, 2010a).

Nessa linha, a PNH estabeleceu alguns princípios para orientar os processos de formação dos profissionais de saúde, sendo um destes voltado ao ambiente de formação, o qual deve ser capaz de promover práticas de mudança do sistema de saúde através de processos de troca de experiências

entre os profissionais da saúde, gestores e usuários do SUS, propiciando novas práticas de cuidado. O trabalho em equipe deve ser estimulado, compartilhado, criativo, eficaz e multiprofissional. Dentro desses princípios ressalta-se ainda que o SUS seja entendido como o grande articulador nos processos de formação em saúde (BRASIL, 2010a).

Dessa forma, é relevante neste estudo compreender que a formação do enfermeiro vá ao encontro das políticas públicas do SUS, como a PNH. Visto que o currículo de enfermagem deve direcionar o acadêmico a uma formação generalista, com competências e habilidades para que possa atuar no ambiente de saúde frente aos desafios impostos pelo SUS, reconhecendo a saúde como direito.

Defender a formação do enfermeiro generalista, em nível universitário, significa ter capacitado um profissional para atender às reais necessidades da população brasileira, com ênfase na prevenção das doenças, na recuperação e na manutenção da saúde, e com habilidades para atuar na rede oficial do SUS (TYRREL; CARVALHO, 2006, p. 364).

Ao encontro do discurso anterior, as Diretrizes Curriculares Nacionais (2001, p.3) para o curso de graduação em enfermagem ditam que a *“formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e qualidade e humanização no atendimento”*.

Partindo de tais premissas, destaca-se que a enfermagem é uma profissão comprometida com o ser humano, participa da prestação dos serviços de saúde e manifesta atitudes de responsabilidade pela melhoria do nível de saúde da população. Nesse sentido, é imprescindível que os acadêmicos compreendam a responsabilidade social da enfermagem.

Destaca-se que a enfermagem estabelece sua essência no cuidado aos usuários, e a equipe de enfermagem presencia no dia a dia os problemas e sofrimentos que os acometem nos serviços de saúde. Isso remete a um papel fundamental e de suma importância da equipe de enfermagem: a de informar aos usuários seus direitos e deveres, atuando com base nos princípios da humanização, valorizando o direito do usuário, colaborando para que estes possam reivindicar seus direitos, o que confere mais uma vez a responsabilidade que a profissão possui para a implementação da humanização de acordo com a PNH (WALDOW, 2007).

A humanização deve se relacionar com o conhecimento e com a prática de enfermagem, como uma ideia que norteia todo o processo de formação profissional. Logo, o currículo de enfermagem deve articular o ensino e a assistência prestada à coletividade em toda a esfera da formação do enfermeiro.

Para tanto, é necessário que as escolas de enfermagem facilitem a aprendizagem do aluno para a humanização como uma política pública do SUS, despertando a atenção dos alunos e desenvolvendo modelos de cuidado através de experiências entre professores, estudantes, usuários e profissionais de saúde que atuam no cotidiano de ensino e prática na enfermagem (WALDOW, 2007).

Considera-se imprescindível que no processo de formação, o aluno de graduação em enfermagem seja conduzido à reflexão crítica sobre a humanização da atenção e da gestão, tema central e atual de uma política pública de saúde (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011). Tais reflexões devem estar presentes no cotidiano das práticas de ensino-aprendizagem para que os futuros enfermeiros possam imprimir nas práticas de cuidado condutas que vão ao encontro da humanização, para que assim possam formar profissionais de saúde geradores de mudança no SUS (BRASIL, 2010a).

O Processo de reflexão propicia ver a realidade com um olhar diferente; ver aquilo que está oculto, que está além; ver o que passou a ser tão natural que se tornou despercebido. Mostra as contradições do cotidiano e provê meios que fortaleçam o indivíduo, impulsionando-o em direção à mudança (WALDOW, 2007, p. 194).

Para melhor compreensão deste tema de estudo, fez-se um levantamento da produção científica sobre a humanização e seus nexos com o cuidado de enfermagem nas bases de dados: LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, BDEF - Base de dados de Enfermagem e na Biblioteca virtual SCIELO - Scientific Electronic Library Online. Os descritores utilizados foram: Humanização da assistência e cuidados de enfermagem. O operador booleano utilizado foi *and*, e os descritores foram utilizados para seleção da amostra.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a investigação foram: artigos que tratassem da humanização relacionando-se ao cuidado de enfermagem, publicados em periódicos nacionais que disponibilizassem acesso ao texto

completo, no período compreendido de 2003 a 2011. Este recorte temporal foi estabelecido porque em 2003 a PNH foi implementada pelo Ministério da Saúde (MS). Aqueles artigos que não atenderam a estes critérios previamente selecionados foram automaticamente excluídos da pesquisa.

Os resultados foram os seguintes: na SCIELO se obteve 10 artigos, no LILACS 53 artigos e na BDNF, o resultado obtido foi igual a 47 artigos. Ao se aplicarem os critérios de inclusão, do total de 110 publicações captadas nas duas bases de dados e biblioteca virtual mencionadas, foram excluídos 94 artigos, resultando em 16 artigos. O que delimitou a exclusão de artigos nesta busca foi o fato de inúmeros artigos possuírem como descritores: humanização da assistência e cuidados de enfermagem, mas não estabelecerem nexos entre estes.

Em muitos, ora apresentaram a humanização sem possuir relação com o cuidado de enfermagem no conteúdo dos artigos, ora apresentavam o cuidado de enfermagem sem apresentar a humanização nas discussões, mas o utilizaram como descritor de assunto.

As publicações encontradas dentro do recorte temporal de 2003 a 2011 apresentaram a seguinte distribuição quantitativa conforme o ano - 2004: uma; 2007: duas; 2008: uma; 2009: três; 2010: cinco; 2011: quatro publicações. Quanto à abordagem metodológica: 13 dos artigos encontrados são de abordagem qualitativa, dois artigos de reflexão e um artigo de revisão. Dos treze artigos de pesquisa a distribuição segundo os sujeitos das pesquisas realizadas foram: cinco enfermeiros, seis usuários, um acadêmico de enfermagem e um professor universitário de enfermagem.

Observa-se a partir desses dados o interesse em pesquisar a humanização e seus nexos com o cuidado de enfermagem à luz dos discursos dos usuários, o que corresponde a 46% das produções (seis artigos), enquanto apenas um artigo estudou a temática à luz do discurso dos alunos e dos docentes. Este resultado reitera outro estudo realizado, que enfatiza a humanização como tema pouco abordado no processo de formação profissional em enfermagem.

Dentre esses 16 artigos, dois utilizaram como referencial teórico metodológico a TRS, um artigo teve como objeto de estudo as RS sobre os conceitos de cuidar e o tratar sob a ótica de 45 sujeitos de um consultório de

um posto de saúde. As RS sobre o significado de cuidar foram: amar, carinho e dar; e as RS sobre o tratar foram: doença e tratamento (BORGES; QUEIROZ; RIBEIRO, 2010).

O outro artigo teve como objeto de estudo as RS da humanização no cuidado por 24 usuários de um hospital universitário, onde as RS sobre a humanização no cuidado segundo os usuários se objetivam no bom trato e no ser mal tratado, pautado na ação técnica e científica amparada também no aspecto expressivo e psicossocial do cuidado (ARAÚJO; FERREIRA, 2011).

No que compete à análise das produções científicas no contexto da humanização como uma política pública do SUS, evidencia-se que apenas oito artigos utilizaram como referencial conceitual de humanização a PNH. Esta política só surge nos discursos presentes nas produções científicas a partir de 2009. Antes as discussões fundamentavam-se no Programa Nacional de Humanização da assistência Hospitalar, sendo utilizado como referência em dois artigos, e no Programa de Assistência Humanizada a Mulher, utilizado em um artigo, ambos os Programas criados em 2001 pelo MS, antecedendo a criação da PNH.

Os outros cinco artigos relacionaram a humanização ao cuidado de enfermagem, entendendo a humanização à luz de uma perspectiva humanística, estabelecida nas relações interpessoais não considerando os aspectos evidenciados pela PNH. Destaca-se ainda que apenas dois artigos aludiram à humanização estabelecendo nexos com o cuidado considerando a formação em enfermagem, o qual um artigo foi analisado sob a ótica do aluno e o outro na ótica do docente. Ambos os artigos serviram de referência para a construção da introdução deste projeto, no capítulo 1.

Quanto à humanização no cuidado na ótica do aluno, esta apareceu nos discursos através de elementos como a visão holística da pessoa e de sua família e o processo de empatia, as experiências e vivências que o aluno possui no campo de estágio, que envolviam os professores, a equipe de enfermagem e médicos; outro elemento centrou-se nas dificuldades e nas facilidades envolvidas no processo de aprendizado para os alunos (LIMA; MUNARI; ESPIRIDIÃO; SOUZA, 2007).

Há uma forte discussão nos resultados das relações estabelecidas entre o acadêmico-usuário-professor. Questões como: política, gestão e ética

implicadas na humanização não foram citadas, nem discutidas, o que leva a observar que os dados não foram analisados à luz da PNH, demonstrando a necessidade de conhecimento sobre a humanização e seus nexos com o cuidado de enfermagem segundo o discurso dos acadêmicos de enfermagem à luz da PNH.

Tais evidências apresentadas justificam a necessidade de se estudar as representações sociais de alunos sobre a humanização, estabelecendo nexos com o cuidado de enfermagem, uma vez que se considera que este estudo poderá contribuir para a reflexão sobre o processo de formação do enfermeiro, relacionado às políticas públicas do SUS, no caso, a PNH.

Por meio das RS, poderá se levantar questões sobre se o processo de formação do enfermeiro levando-o à compreensão da responsabilidade social que possui a enfermagem e do valor ético, legal e expressivo da humanização, no que compete ao cuidado.

Esses são apenas alguns dos aspectos a serem considerados, já que tais resultados de pesquisa apresentados posteriormente na escola cenário do estudo poderão contribuir para a reflexão-ação de acadêmicos e professores, podendo subsidiar as discussões e as práticas, haja vista a relevância acadêmica e social do tema, e suas implicações para a prática e ensino em enfermagem.

Ainda mais se destaca que a apresentação desses resultados em eventos científicos e publicações em periódicos poderão contribuir para a construção de conhecimento sobre a temática para outros professores de enfermagem, acadêmicos de enfermagem e enfermeiros.

Como esta pesquisa está inserida na linha de pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem, possui potencial para gerar conhecimento para o campo conceitual e prático do cuidado de enfermagem, tema este de interesse da área de Enfermagem Fundamental.

## 2 BASES CONCEITUAIS

### 2.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA HUMANIZAÇÃO E DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Desde 1950, século XX, estudos apontavam para os aspectos considerados desumanizantes relacionados às falhas no atendimento e nas condições de trabalho na área da saúde. Nesse sentido, a humanização se tornou uma questão a ser discutida, uma vez que se passou a considerar que no cotidiano da prestação de serviços de saúde ocorrem situações de desumanização no atendimento (DESLANDES, 2006).

Um grande marco desse movimento foi o simpósio americano intitulado *Humanizing Health Care* (Humanizando o Cuidado em Saúde) que aconteceu em 1972, em São Francisco. Este evento investiu em conceituar, ou ao menos identificar, o que seria humanização ou desumanização do cuidado em saúde e a possível maneira de implementar cuidados humanizados. Neste simpósio discutiu-se sobre o papel de fatores estratégicos para a (des)humanização do cuidado (DESLANDES, 2006).

A (des)humanização pode ser entendida como uma forma de tratamento direcionado aos usuários como “pessoas isoladas”, expressando a despersonalização, reclusão, solidão e não-reciprocidade entre pessoas doentes e os profissionais que lhes cuidam no sistema de saúde, especialmente quando envolve internações hospitalares prolongadas. O atendimento às pessoas como se menos valor tivesse em relação aos demais, devido às situações de status e hierarquia num dado sistema social, é considerado uma prática desumanizante (DESLANDES, 2006).

A humanização também não ocorre quando se tratam as pessoas como coisas, indicando a persistente ação de não reconhecer o doente como pessoa, mas como objeto exclusivo de intervenção clínica. Como consequência dessa prática ocorre a destituição da autonomia do sujeito, além do não reconhecimento dos seus sentimentos, levando a uma ausência de reciprocidade com as pessoas que lhe cuidam (DESLANDES, 2006).

Nas décadas de 1950, 1960 e 1970 houve um enfoque na necessidade de humanizar os serviços de saúde, especialmente hospitalares,

relacionando a organização do serviço em termos de investimento na estrutura física. O enfoque nos trabalhadores surgiu na literatura a partir das décadas de 1960, 1970 e no início da década de 1980, destacando-se algumas características presentes em enfermeiros e médicos, características estas ligadas ao cunho caritativo, como a doçura, compaixão, espírito de caridade, capacidade para perdoar, desprendimento, enfocando que estes são privilegiados e escolhidos por Deus (CASATE; CORRÊA, 2005).

Cabe destacar que até a década de 1980, a assistência era centrada no atendimento curativo, sendo desenvolvido no espaço hospitalar. Naquela época a saúde não se constituía como direito de todos. Esta questão passou a ser discutida na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, evento político sanitário mais importante da metade do século XX. Neste evento foram debatidos, não sem conflitos ou contradições, os princípios e diretrizes da reforma sanitária com destaque para: o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado, a criação do SUS, descentralização e hierarquização dos serviços, a atenção integral às necessidades de saúde da população e a participação popular (AGUIAR, 2011).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira, foi aprovado o SUS, que incorporou a maioria das propostas do movimento da reforma sanitária apresentadas pela emenda popular acompanhada da participação dos segmentos interessados. Nessa linha, o SUS fundamenta-se em uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do estado na garantia desse direito. Para tanto, incorpora, em sua estrutura organizacional, espaços e instrumentos para a democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; AGUIAR, 2011).

Em 1990, o SUS é regulamentado por meio das Leis orgânicas de Saúde (LOAS) com destaque para as leis 8.080 e 8.142. Cabe assim esclarecer que a Lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde e ainda regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no país. É com base nessa lei que a saúde é entendida como direito fundamental do ser humano (BRASIL, 1990a).

A Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na

área da saúde. Através dessa lei, consolidou-se um importante espaço público de controle social, mediante a participação da população por meio das conferências e dos conselhos de saúde em todas as esferas do governo (BRASIL; 1990b).

A partir da década de 1990 a Humanização se insere em um projeto político de saúde, com a valorização do sujeito cidadão, se afastando da perspectiva caritativa (CASATE; CORRÊA, 2005). A humanização surge mais precisamente, mesmo que ainda timidamente, na XI Conferência Nacional de Saúde intitulada “Acesso, qualidade e humanização na atenção a saúde com controle social”, procurando interferir nas agendas das políticas de saúde. No período de 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da assistência e da gestão Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a qualidade de atenção ao usuário e mais tarde do trabalhador (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Vale destacar que entre os anos de 1999 e 2002, o Ministério da Saúde (MS) criou outros programas além da PNHAH, a saber: carta ao usuário (1999), programa nacional de avaliação dos serviços hospitalares (1999), programa para centros colaboradores para a qualidade e assistência hospitalar (2000), programa de humanização no pré-natal e nascimento (2000), norma de atenção humanizada de recém nascido de baixo peso – Método Canguru (2000), programa de acreditação hospitalar (2001), entre outros (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Em 2003, o MS criou a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS – que tem a humanização como eixo norteador das práticas de humanização em todas as instâncias do SUS que, em linhas gerais, reúne

Um conjunto de estratégias para alcançar a qualidade da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida com eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na polis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz (BRASIL, 2004a, p.8).

A humanização da atenção e da gestão é construída com a

participação, responsabilização, autonomia inerente aos sujeitos que possuem direitos e deveres no processo de saúde. Para que ocorra a humanização é necessário não somente a participação, mas também a prestação dessa condição como atitude legal, ética e moral (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011a).

A humanização da atenção e da gestão acontece com a implicação dos diferentes sujeitos no processo de saúde: os usuários, os profissionais e os gestores. A política é norteada pela autonomia e pelo protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção das redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008).

A PNH é uma política pública do SUS, que tem como propósito contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde. Nessa linha, de acordo com a PNH, a humanização utiliza-se de um conjunto de estratégias para alcançar a qualidade da atenção e da gestão em saúde no SUS (BRASIL, 2008). Para tal, a PNH estabelece quatro marcas específicas, quais sejam: a redução das filas e do tempo de espera com a ampliação do acesso e atendimento de forma acolhedora e resolutiva baseada em critérios de risco; informação a todos os usuários do SUS sobre os profissionais que cuidam de sua saúde; garantia a informação aos usuários, acompanhamento de pessoas que fazem parte de sua rede social e os direitos dos usuários do SUS; garantia de gestão participativa aos profissionais de saúde e aos usuários, assim como a educação permanente para os profissionais (BRASIL, 2008).

Segundo a PNH, para que se possa ter qualidade nos serviços de saúde são necessários elementos que visem melhorias nas práticas de saúde voltadas tanto para os usuários como para os profissionais de saúde que trabalham nas unidades. As principais prioridades que a PNH tem investido são: a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com as ideias e as diretrizes da humanização e fortalecimento das iniciativas existentes, o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, apoio a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção da saúde e dos sujeitos, construção da autonomia e do protagonismo

dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS, fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS, produzir conhecimento e desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão em saúde, compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente, aprimorar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis nos modelos de atenção e de gestão em saúde, implementar processos de acompanhamento e avaliação na PNH (BRASIL, 2010b).

Nesta perspectiva, a PNH aposta no direito a saúde, garantido pelo acesso com responsabilização e vínculo, continuidade do cuidado em rede, garantia dos direitos aos usuários, aumento da eficácia das intervenções e dispositivos, trabalho criativo e valorizado, através da construção de valorização e do cuidado aos trabalhadores de saúde (PASCHE; PASSOS, 2008).

Por definição ela apresenta três princípios: a transversalidade, entendida como ampliação e aumento da capacidade de comunicação, entre as políticas, programas e projetos e entre sujeitos e coletivos; a indissociabilidade entre atenção e gestão a saúde, pois estas devem ser entendidas como elementos inseparáveis, presentes sempre nas práticas de saúde; protagonismo dos sujeitos e dos coletivos, apostando na transformação. Esses princípios são elementos centrais que conformam o modo como a PNH compreende o poder de transformação da política pública de saúde (BRASIL, 2008).

Numa perspectiva de construção dialógica e coletiva entre os profissionais da saúde, gestores e usuários do SUS, a PNH faz uso de algumas diretrizes para orientar, guiar a ação transformadora, a saber: a clínica ampliada, o acolhimento, a co-gestão, a valorização do trabalho e do trabalhador, a ambiência e a defesa dos direitos do usuário. (BRASIL, 2008).

Na Clínica Ampliada, assume-se um compromisso ético profundo com os sujeitos. Nela, acontece a escuta na qual o usuário pode responder o que ele acredita que pode ter levado ao seu adoecimento e o que ele sente perante o sintoma. Defende-se que com a compreensão da doença correlacionada com a vida, será mais fácil evitar uma atitude passiva diante do tratamento (BRASIL, 2009).

O acolhimento define uma postura ética porque se refere ao compromisso de reconhecer o outro, a uma atitude de acolher nas diferenças, as dores, as alegrias, os modos de viver, sentir e estar na vida. É uma atitude com respeito aos valores que envolvem as culturas, questões raciais e étnicas. Possui uma ferramenta tecnológica de relação de intervenção na escuta, na construção do vínculo, na garantia de acesso aos serviços com qualidade e na resolutividade nos serviços (BRASIL, 2009).

Na dimensão da defesa do direito à saúde, é relevante citar a carta dos direitos dos usuários da saúde, que declara que todos os cidadãos têm direitos a serem atendidos com ordem e organização, com qualidade, a receberem informações claras sobre seu estado de saúde, extensivo aos seus familiares, a um tratamento humanizado e sem discriminação. Devem ter respeitado os seus direitos de paciente, além do que possuem deveres na hora de buscar o atendimento no serviço de saúde, não devem mentir ou dar informações erradas sobre a sua saúde e devem cumprir o que diz a carta dos direitos dos usuários (BRASIL, 2007).

Nessa lógica foram desenvolvidos vários dispositivos que são arranjos materiais ou imateriais para que se potencialize um processo, sendo acionados na prática visando promover mudanças nos modelos de atenção e gestão. Alguns desses dispositivos são: acolhimento com classificação de risco, colegiados gestores, programa de formação em saúde e trabalho, equipes de referência e de apoio matricial, projetos de ambiência, direito de acompanhamento e visita aberta e construção de processos coletivos de monitoramento e avaliação das atividades de humanização (PASCHE; PASSOS, 2008).

Partindo de tais premissas, a PNH revela sua força, através da compreensão das seguintes dimensões: o reposicionamento dos sujeitos na perspectiva de seus protagonismo, da potência do coletivo, da importância da construção de redes de cuidados compartilhados, em contraste com o mundo contemporâneo que tem como característica o individualismo e a competição geradora de disputas (PASCHE; PASSOS, 2008).

## 2.2 HUMANIZAÇÃO E CUIDADO DE ENFERMAGEM

Para melhor compreensão da abordagem do conceito de cuidado de enfermagem neste trabalho, é relevante contextualizá-lo considerando as mudanças que este conceito sofreu ao longo da história da enfermagem.

Antes de sua instituição como profissão, o cuidado possuía uma vertente caritativa, relacionado ao cristianismo, sendo desenvolvido por pessoas leigas ligadas a igreja e pelas irmãs de caridade, assim o cuidado era fomentado por sentimentos de compaixão, amor ao próximo e piedade (MARCH; BORGES; BONFIM, 1973). No entanto, com a reforma protestante, muitas irmãs de caridade e as pessoas ligadas ao cristianismo foram expulsas dos hospitais, deixando de cuidar dos “necessitados”, o que levou os hospitais a necessidade de contratarem outras pessoas para prestarem cuidados nestas instituições; porém, as pessoas que se ofereceram para cuidar eram de comportamento moral e social duvidoso. Esse período da História da enfermagem ficou conhecido como o “período negro” (WALDOW, 2007; GARCIA; NEVES; CAMARGO, 2006).

A enfermagem surge como profissão com Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, heroína da guerra da Criméia, que ao retornar desta, funda a Escola Nightingale de treinamento para enfermeiras (1860), anexa ao Hospital Saint Thomas, em Londres. Dessa forma, Florence Nightingale criou um modelo de ensino que relacionava: regras pedagógicas, preceitos éticos e um estilo próprio de cuidar. De acordo com esse modelo de ensino a enfermeira treinada deve:

Ter método, dedicação, capacidade de observação, amor ao trabalho, devoção ao dever, a coragem, a frieza do soldado, a ternura da mãe, a ausência do pedantismo. Ela deve possuir um interesse tridimensional em seu trabalho – o interesse intelectual no caso, o interesse afetivo pelo paciente, o interesse técnico no cuidado e na cura do paciente (NIGHTINGALE apud CARVALHO, 2004, p. 808).

A enfermeira treinada, de acordo com o sistema Nightingaleano de ensino, deve possuir atributos intelectuais, atitudes pessoais, condutas efetivas e também ligadas ao espírito religioso para que pudesse cuidar (CARVALHO,

2004). A questão ética e o estilo próprio de cuidar Nightingaleano ficam evidentes em sua obra: *Notas sobre enfermagem – o que é o que não é*, quando destaca que: “*O cuidado do enfermo é o principal objeto dos hospitais. O cuidado de suas almas é o grande ministério dos clérigos dos hospitais. O cuidado de seus corpos é do dever das enfermeiras*” (NIGHTINGALE, 1989 apud CARVALHO, 2004).

Ressalta-se que o cuidado de enfermagem, além das influências de cunho caritativo, também sofreu influências da evolução técnica científica, o que levou a perspectiva da profissão relacionada à prática mecanicista, curativa e biológica, respondendo ao período da reforma sanitária.

A partir desse breve apanhado histórico, o cuidado de enfermagem deve ser entendido no contexto atual no qual a saúde é direito de todos. Portanto, o cuidado de enfermagem torna-se fundamental neste contexto e assim deve ser entendido pelos profissionais de saúde e, em especial, pelos da enfermagem. Destaca-se ainda que ainda hoje a enfermagem é regida por um código de ética e pelo exercício legal da profissão.

Neste ínterim, ressalta-se que o cuidado de enfermagem é de responsabilidade da equipe de enfermagem: auxiliares, técnicos e enfermeiros. No entanto, cabe ao enfermeiro a responsabilidade sobre a equipe, pois a este cabe a função legal de orientar e supervisionar as atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem (BRASIL, 1986).

É importante salientar que o cuidado de enfermagem não deve ser entendido somente como a realização de tarefas e técnicas, resumido a realização de procedimentos por parte da equipe de enfermagem. O ato de cuidar na enfermagem se constitui de ações técnicas e sensíveis, o que lhe confere uma prática complexa. Para a realização do cuidado de enfermagem é necessário conhecimento científico, interagindo técnica e subjetividade (WALDOW, 2004; DUARTE, 2010)

Cabe ressaltar que o discurso sobre o cuidado de enfermagem centra-se na abordagem humanística, caracterizando o cuidado na interação estabelecida entre o profissional (que cuida) e o usuário que recebe este cuidado. No entanto, o cuidado não deve se limitar ao usuário, este deve ser dado como base das relações de trabalho, entre os profissionais de enfermagem, estudantes e professores, por exemplo.

Dessa forma, o cuidado vai ao encontro da humanização de acordo com a PNH, é valorizado na sua totalidade, o cuidado vai para além da perspectiva biopsicossocial do usuário, a questão perpassa a condição clínica, sendo também considerado sob a perspectiva política; no entanto, o cuidado é valorizado em sua totalidade quando o profissional é incluído também como sujeito de cuidado. Isso porque para que a humanização seja implementada ela não pode ter como foco somente o usuário, mas também o trabalhador (WALDOW, 2004; BRASIL, 2008).

Esta questão traz à pauta a necessidade de reflexão sobre as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem, pois por vezes esses profissionais são mal remunerados, possuem longas jornadas de trabalho, há falta de valorização do profissional pelas instituições, existe ainda o distanciamento entre o que é idealizado e o que se executa nos serviços de saúde em consequência da escassez de recursos humanos e materiais das instituições de saúde (AMESTOY; SHULARTZ; THOFEHRN, 2006).

Estas questões vão ao encontro da PNH e passam a ser consideradas, ressaltando a necessidade de mudança das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem para a implementação da humanização, pois se sabe que as condições de trabalho podem influenciar o cuidado prestado ao usuário (ARAÚJO, 2009).

Logo, para o desenvolvimento da humanização nas práticas de enfermagem, quando se presta o cuidado, é necessário que o ambiente possua: espaço físico, administrativo e social adequado. O espaço físico compreende: a própria estrutura física, os recursos materiais, os equipamentos, as instalações adequadas; o ambiente administrativo corresponde: a valorização desse cuidado por parte das instituições que são responsáveis por promover o ambiente físico assim como contribuir para a qualificação profissional através da educação permanente; e o ambiente social compreende a atitude e aos comportamentos dos membros da equipe (WALDOW 1998).

O cuidado mais uma vez se configura como a prática da ética, é a própria ética, pois este é *“uma ação que engloba comportamentos e atitudes que expressam os valores ou princípios éticos”* (WALDOW, 2004). Na enfermagem o cuidado é central na sua prática, nos serviços de saúde, em qualquer ambiente, seja este domiciliar ou institucional. Dessa forma: “a

*enfermeira não pode nem por lei nem por dever moral abrir mão de sua responsabilidade de cuidar” (WALDOW, 2004).*

No que tange o valor ético do cuidado para a enfermagem, é relevante citar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2001), que ao tratar dos princípios fundamentais da profissão, declara que a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e o ser humano, respeita os princípios éticos e legais. Respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza. Ao declarar os deveres do enfermeiro, alude que é dever deste profissional cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão, exercer a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade, honestidade, prestar assistência de enfermagem à clientela, sem discriminação de qualquer natureza, respeitar e reconhecer o direito do usuário e decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar.

Nessa medida, evidencia-se que o respeito às pessoas é uma premissa da enfermagem que vai ao encontro da PNH, a dimensão do respeito ao outro constitui a ética essencial da enfermagem, o respeito precede o cuidado na relação enfermeira-usuário; logo, o cuidado não é possível quando não existe respeito e a enfermagem não existe sem o cuidado (WALDOW, 2007).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

No que tange ao aspecto epistemológico da pesquisa e seu alcance, ela se caracteriza pela abordagem qualitativa, exploratória e descritiva tendo como referencial a Teoria das Representações Sociais (TRS) (MOSCOVICI, 1978).

A noção de representação social foi introduzida por Sergio Moscovici em 1961, em um estudo pioneiro sobre a Psicanálise, o qual se constituiu em um novo paradigma na Psicologia Social. As representações sociais estabelecem relações entre indivíduo e sociedade, sendo *“entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano”* (MOSCOVICI, 1978, p.41).

Na TRS se operacionaliza um conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade, esta teoria considera a existência de duas formas de conhecimento: o científico e o consensual, cada um sendo capaz de gerar seu próprio universo. Entre estes não se estabelece uma relação de hierarquia, um saber não se sobrepõe ao outro, mas sim, possuem, apenas, propósitos diferentes (ARRUDA, 2002).

O universo consensual se apresenta no cotidiano enquanto o universo reificado se apresenta no espaço científico, cada um possui uma linguagem própria e hierarquia interna. É através dos universos consensuais, presentes no cotidiano, que se acessam as RS, pois estas derivam do senso comum, da consciência construída de forma coletiva, sendo acessíveis a todos e são variáveis (ARRUDA, 2002).

Dessa forma, compreende-se que para os acadêmicos de enfermagem a humanização e o cuidado de enfermagem possuem um universo reificado, construído com base nos saberes científicos, do campo da ciência da enfermagem e de suas teorias, aplicáveis ao cuidado de enfermagem, e um universo consensual construído no cotidiano da prática de cuidar do outro, através das experiências, vivências e visões de mundo que estes possuem sobre o ato de cuidar do outro, pois no seu cotidiano a todo o momento

estabelecem relações interpessoais para cuidarem na enfermagem, é neste momento que esses saberes se cruzam. Assim, através dos universos consensuais é possível acessar as representações sociais sobre a humanização, as quais emergem das práticas dos acadêmicos de enfermagem, ou seja, do cuidado de enfermagem.

É importante que se compreenda que tanto o conhecimento científico quanto o consensual são eficazes e importantes para a sociedade. No entanto, no universo consensual todos os sujeitos podem falar de todos os assuntos, enquanto que no universo reificado o discurso que prevalece é o elaborado pelos especialistas que possuem conhecimento científico específico sobre um assunto ou tema (ARRUDA, 2002).

Assim, a RS é uma forma de conhecimento típico das sociedades, não é uma cópia, nem um reflexo, é uma tradução, versão desta, onde o sujeito do conhecimento é ativo e criativo (ARRUDA, 2002). Conforme afirma Jodelet (2002, p.22), *“as representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”*.

Logo, é importante que se compreenda que as RS são construídas, pois as pessoas precisam saber como lidar, se posicionar, falar sobre determinados problemas, assuntos, situações no cotidiano e por isso as criam. Elas se estabelecem dessa forma como guias, nomeando diferentes aspectos que são vivenciados por todos no cotidiano, é justamente esse cotidiano que as torna sociais. Através das RS as pessoas interpretam, tomam decisões e, eventualmente, se posicionam frente a elas de forma defensiva (JODELET, 2002).

Assim, as definições partilhadas num mesmo grupo social farão com que esses possuam um consenso sobre determinado objeto, que poderá entrar em conflito com outros grupos. Tal consenso determina as ações e as trocas cotidianas, mostrando uma das funcionalidades das RS e sua dinâmica social (JODELET, 2002).

Nas RS se considera que não existe uma separação entre o universo interno e o universo externo do sujeito, este não reproduz de forma passiva o objeto, mas sim o reconstrói, se situando no universo social e material. As RS servem para orientar o comportamento do sujeito e não apenas para dar

opiniões ou imagens, esta possui uma linguagem particular e um pensamento próprio, uma estrutura de implicações baseadas em valores e conceitos (MAZZOTI, 1994).

Segundo Moscovici (2012) a RS possui duas faces: uma figurativa e a outra simbólica, onde cada figura corresponde a um sentido e cada sentido a uma figura. Os processos envolvidos nas RS têm como função destacar uma figura dando-lhe significado, integrando ao universo dos sujeitos. Daí surgem os dois processos que dão origem as RS: a objetivação e a ancoragem.

Na objetivação acontece a passagem de conceitos ou ideias para imagens concretas. É através dela que se esclarece como se estrutura o conhecimento do objeto. Na ancoragem ocorre a constituição de uma rede de significados relacionando o objeto a valores e práticas sociais. Ele dá sentido ao objeto que se apresenta a nossa compreensão (MOSCOVICI, 2012).

Na ancoragem se instrumentaliza o novo objeto, se ancora o novo, o desconhecido, levando a compreensão do não familiar para o familiar. Através da compreensão desses dois processos é possível entender como o funcionamento do sistema cognitivo influencia o social e como este influencia na elaboração do sistema cognitivo (MOSCOVICI, 2012).

Observa-se que a natureza social das RS possui proposições, reações que fazem parte da representação e são organizadas em diferentes classes sociais, diferentes culturas e grupos, formando diferentes universos de opinião (MAZZOTI, 1994).

Dentro de cada universo há três dimensões: a atitude, a informação e o campo de representação ou imagem. A atitude se refere à orientação, que pode ser favorável ou não, frente a um objeto de representação. Na dimensão da informação existe uma organização dos conhecimentos correspondentes ao que o grupo possui referente a um determinado objeto. No campo da representação ou imagem, se remete a ideia ou imagem, do conteúdo concreto e limitado de proposições referentes a um aspecto preciso do objeto e pressupõe uma unidade hierarquizada de elementos (MOSCOVICI, 2012).

As RS sobre a humanização para os acadêmicos envolvem os conceitos e definições sobre a humanização, as funções que estas estabelecem na prática, que interesses despertam nos sujeitos, onde se aprende e onde se vivencia a humanização, como estas fazem parte de seu

cotidiano. Ao falarem sobre o objeto precisam se posicionar frente a este, sendo favoráveis ou não a humanização, os acadêmicos assim constroem imagens e ideias de profissionais, usuários e práticas humanizadas ou não.

Nessa lógica, as RS devem ser estudadas relacionando elementos afetivos, mentais e sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação, as relações sociais que afetam as representações e a realidade material e das ideias, sobre a qual elas irão intervir. Jodelet (2002) sugere que para que se possa acessar o conjunto de componentes e relações contidas nas RS, como um saber prático, é preciso que se responda a três perguntas fundamentais: Quem sabe e a partir de onde sabe? O que e como sabe? Sobre o que se sabe e com que efeito?

Essas três perguntas revelam três planos: as condições de produção e de circulação das RS; os processos e estados das RS e o estatuto epistemológico dessas. As condições de produção da representação afirmam a marca social das RS, assim como o estatuto epistemológico marca a função simbólica, e os processos e estados, o seu caráter político (JODELET, 2002).

A RS encadeia ação, pensamento e linguagem nas funções de tornar o não familiar em objeto conhecido, possibilitando a comunicação e obtendo controle sobre o meio em que se vive, compreendendo o mundo e as relações que nele se estabelecem (JODELET, 2002).

A TRS capta o movimento subjetivo de compreensão e elaboração da realidade, considerando sempre o contexto e encarando esse movimento de um tipo de sociedade ou de cultura, como as nossas, a um dado momento histórico, ela não desconhece o sujeito nem a sua inserção social, e muito menos a cultura em que ele está inserido que gera códigos para se decifrar sujeito e contexto (ARRUDA, 2002). Nesta pesquisa se considerou o contexto em que os acadêmicos de enfermagem estão inseridos e constroem as suas representações sociais, bem como foi considerado o contexto dos conceitos de humanização e cuidado de enfermagem para se compreender como os acadêmicos constroem as RS a partir de tais conceitos.

### 3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram 40 (quarenta) acadêmicos de Enfermagem de uma

Instituição Pública Federal do Rio de Janeiro. A amostra foi composta de 20 (vinte) acadêmicos de enfermagem do 3º período e 20 (vinte) acadêmicos de enfermagem do 8º período.

A opção metodológica por se trabalhar apenas com uma instituição formadora se pautou no fato desta ter um currículo diferenciado frente às demais, levando os estudantes ao contato com os usuários desde o primeiro período do curso, o que possibilitaria abordar estudantes com experiências práticas de cuidado no início e no fim do curso. Optou-se pelos estudantes do terceiro período por estes estarem concluindo a primeira etapa curricular, que trata do cuidado às pessoas supostamente saudáveis em seus contextos de vida cotidiana (criança e adolescentes nas escolas e adultos em seus locais de trabalho); e pelos estudantes do último período, por estes já estarem próximos do término do curso, com experiências variadas em situações de cuidado às pessoas supostamente saudáveis, doentes e com situações de dificuldade de integração social. Assim, a pesquisa teria uma amostragem das representações de grupos em diferentes fases da formação, caracterizando a amostra como sendo de conveniência.

A escolha de se trabalhar com o quantitativo de 40 sujeitos deve-se ao consenso existente entre os pesquisadores que aplicam a TRS, considerando que este critério numérico possui o quantitativo necessário para se captar as RS de um grupo (GOMES, OLIVEIRA, 2011).

Os critérios de inclusão foram: acadêmicos de enfermagem inseridos no 3º e 8º período da instituição que serviu de cenário para a pesquisa, que aceitaram participar em caráter voluntário.

Este critério de inclusão foi estabelecido considerando que em pesquisa anterior, cujos resultados serviram como aproximação à problemática, conforme descrito no capítulo 1, item 1.2., desta pesquisa, os acadêmicos entrevistados estavam inseridos na terceira etapa curricular (5º e 6º. Períodos), ou seja, no meio do curso de graduação em enfermagem (SILVA, CHERNICHARO, FERREIRA, 2011b).

Com o intuito de se ampliar a análise e abordagem do tema, à luz dos objetivos atuais, no atendimento do que se requer a uma dissertação de mestrado, os sujeitos incluídos na pesquisa foram aqueles que fazem parte da 1ª etapa curricular, quando da conclusão desta etapa, ou seja, no terceiro

período do curso, e os que estavam no término do curso, alunos estes inseridos na 5ª e última etapa curricular do curso, ou seja, no 8º período do curso de graduação.

Assim, os resultados gerados por esta pesquisa poderão ser discutidos com os resultados já obtidos nas pesquisas anteriores, ampliando-se as possibilidades de afirmações, mais seguras e aprofundadas, sobre o tema, consolidando-se, assim, os resultados do projeto integrado de pesquisa do qual este projeto de pesquisa-dissertação faz parte.

### 3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma escola de enfermagem de uma instituição pública, federal do Rio de Janeiro. Esta instituição integra-se ao centro de ciências da saúde da universidade, ao qual está alocado o *campus* universitário. No campo acadêmico a escola de enfermagem se organiza em departamentos de ensino de enfermagem, onde se localizam os professores por área de conhecimento e linhas de pesquisa.

Esta instituição possui Programa de pós-graduação *scripto e lato sensu*, sendo referência de qualificação para enfermeiros de todo o país. O currículo do curso de graduação é dividido em oito períodos letivos e se organiza em etapas onde o encontro com os sujeitos – usuários - acontecem em seus diferentes momentos de vida, condições e atenção à saúde. Este processo de ensino e aprendizagem acontece de forma transversal e crescente desde o primeiro período do curso de graduação.

A escolha desta instituição como campo de pesquisa foi por conveniência, uma vez que foi com estes estudantes que se realizou a pesquisa cujos resultados serviram de base inicial para se configurar a problemática desta pesquisa – dissertação.

### 3.4 TÉCNICAS PARA PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Foi aplicada a técnica de entrevista em profundidade, sendo esta realizada de forma individual, com aplicação de instrumento semi-estruturado (Apêndice A). Este instrumento foi composto de duas partes: na primeira

constam perguntas no intuito de captar o perfil psicossociodemográfico dos sujeitos, que se impõe à pesquisa de RS, pois se faz necessário traçar as condições de produção destas representações que, à luz da TRS, se assentam nas suas marcas de pertença e identidades socioculturais, para responder a questão “Quem sabe e de onde sabe”, conforme explicitado no capítulo 2 desta pesquisa. Na segunda parte, constam questões abertas para exploração do objeto da pesquisa.

Para a obtenção dos dados a pesquisadora se aproximou dos acadêmicos de enfermagem nos cenários em que estes estavam atuando, seja no campo teórico nas salas de aulas quanto no campo prático, nos ambientes de estágio.

A aproximação foi feita um mês antes da realização das entrevistas individuais, após esse período foram agendadas as entrevistas com os acadêmicos de enfermagem, nas dependências da instituição cenário do estudo.

Foi realizado um teste-piloto do roteiro de entrevista individual com os acadêmicos de enfermagem, para se averiguar se havia a necessidade de modificação de alguma pergunta ou palavra do roteiro ou da ordem das perguntas. Os dados gerados neste teste foram excluídos da fase formal da coleta de dados.

O Registro do perfil psicossociodemográfico dos acadêmicos foi organizado em tabelas. O registro das entrevistas individuais foi feito por equipamento eletrônico, sendo fidedignamente transcritos ao término de cada entrevista.

Quanto a análise dos dados, os provenientes do perfil psicossociodemográfico dos acadêmicos de enfermagem foram analisados através de estatística simples (frequência e porcentagem). Estes foram considerados para análise em conjunto com as entrevistas individuais.

Os dados provenientes das entrevistas foram submetidos ao software ALCESTE (Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte), para posterior análise à luz da TRS. Este programa foi criado na França em 1979 por Max Reinert e permite distinguir classes de palavras que representam diferentes formas de discurso a respeito de um assunto de interesse (KRONBERGER; WAGNER, 2004).

Este programa realiza a análise lexical classificando os enunciados comparando os perfis lexicais. Assim, a maior proximidade dos enunciados ocorrerá quanto mais estes estiverem raízes lexicais idênticas. (JENNY, 2009).

O *corpus* representa o material que se pretende analisar através do software ALCESTE; dessa forma, para que se obtenha uma boa análise deve-se preparar o *corpus* segundo as regras deste programa. Inicialmente foi realizada a transcrição de todas as entrevistas e posteriormente a revisão com as devidas correções necessárias, logo após foram padronizados alguns termos considerados importantes para que o software pudesse fazer a leitura como palavras iguais. As entrevistas também foram formatadas de acordo com as regras definidas pelo programa: sem parágrafo, com a substituição do hífen pelo *underline*, a utilização de palavras escritas pelo entrevistador em letra maiúscula, sem excessos de espaçamento. Após esta etapa, todas as entrevistas foram reunidas em um único arquivo de texto, salvo como “texto sem formatação”.

As entrevistas foram separadas pela inserção de uma linha de comando, na qual foram digitadas algumas variáveis de interesse captadas através do questionário de caracterização dos sujeitos, tais como: sexo, período letivo, religião, possuir curso técnico de enfermagem, familiar que integra a equipe de enfermagem, conforme consta no Quadro 1.

**Quadro 1** – Descrição dos elementos na linha de comando

Símbolo	Legenda	Descrição – Observação
Ind	Indivíduo que participou da pesquisa	O número corresponde ao indivíduo, relacionado a ordem em que o acadêmico foi entrevistado e a identificação do mesmo.
Sex	Sexo do acadêmico	Pode ser feminino (f) ou masculino (m)
Per	Período do Curso de Graduação	Pode ser terceiro período (3) ou oitavo período (8)
Rel	Religião	1 – Católica 2 – Evangélica 3 – Espirita 4 – Ateu 5 – Sem religião 6 – Agnóstica
Téc	Técnico de enfermagem	Não = 1 Sim = 2

Fam	Familiar que integra a equipe de enfermagem	Não = 1 Sim = 2
-----	--	--------------------

Dessa forma, o software segmenta as entrevistas dadas pelos sujeitos em um mesmo *corpus*, formando unidades de contextos iniciais (UCI). O *corpus* foi composto em 40 UCIs, cada UCI correspondendo a uma entrevista.

O Software ALCESTE desenvolve três tipos de análise: padrão ou standard, parametrada e cruzada (tri-croisé). Na primeira análise o software é quem determina um conjunto de regras, na segunda o pesquisador é quem determina os parâmetros de análise podendo assim interferir na análise, já na terceira análise se escolhe uma forma reduzida ou uma variável para análise, dessa forma são geradas duas classes, uma irá conter a forma reduzida e a outra contendo o restante do *corpus*. Este tipo de análise é recomendado quando o pesquisador pretende identificar o perfil de um grupo em particular, como é o caso dessa pesquisa.

O ALCESTE realiza cinco etapas principais em todos os tipos de análise, a saber: identificação das unidades de contexto, pesquisa das formas reduzidas analisadas, definição dos quadros de dados associados, pesquisa das classes de unidade de contexto e descrição e interpretação das classes.

Estas etapas são organizadas em quatro conjuntos de operações na análise standard que são: A - leitura do texto e cálculo dos dicionários; B- cálculo das matrizes e dados e classificação das unidades de contextos elementares denominadas U.C.E.; C- descrição das classes de U.C.E e D – Cálculos complementares. Estas etapas se subdividem em sub-etapas, reguladas por parâmetros na análise standard. Após estas etapas se tem o resultado da Classificação Hierárquica Descendente (C.H.D.).

As classes se formam por divisão binária, de forma que uma apresente o máximo de homogeneidade intra-classe e de oposição inter-classes, esta classificação é apresentada através de um dendograma. Cada classe apresenta como resultado uma Classificação Hierárquica Ascendente (C.H.A) que é constituída pela determinação do valor associado entre as formas reduzidas, ela representa o grau máximo de composição que o texto pode apresentar.

Dessa forma, em cada classe o ALCESTE calcula um valor de

associação ( $\chi^2$ ) para todas as formas reduzidas selecionadas para análise, identificando aquelas que são significativamente associadas à classe, o que reflete diretamente um valor de  $\chi^2$ .

Nesta pesquisa, foram realizados dois tipos de análise, a padrão e a cruzada. Após o *corpus* ter sido submetido a análise padrão do software ALCESTE foi realizada a análise cruzada, sendo a escolha da variável o período que o aluno estava cursando (per\_3 e per\_8). Desta forma, o *corpus* se divide em dois, sendo um corresponde aos acadêmicos de enfermagem do terceiro período e o outro aos acadêmicos de enfermagem do oitavo período. Este tipo de análise permite comparar as RS dos acadêmicos de enfermagem sobre o objeto de estudo.

O software organiza os dados, permitindo sua visualização de modo mais amplo e geral, mas compete ao pesquisador a análise e interpretação do material, com base no referencial teórico aplicado nesta dissertação: a TRS. Assim, foram observadas as palavras presentes em cada classe, com as UCE relacionadas, para que se pudesse compreender os sentidos e imagens que surgiram no discurso dos acadêmicos de enfermagem sobre as RS da humanização.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da EEAN e do Hospital Escola São Francisco de Assis, sendo aprovado pelo número de parecer 8754 (ANEXO A).

Todos os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em atendimento das exigências constantes na Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde (APENDICE B).

Os sujeitos foram identificados com código alfa-numérico no qual a letra E significa entrevista, a letra F e M, sexo feminino e masculino, seguido de números que identificam a sequência das entrevistas e o período que estão do curso de graduação em enfermagem.

#### 4 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Do total dos 40 acadêmicos participantes da pesquisa, 35 são do sexo feminino, representando 87,5% da população deste estudo e cinco são do sexo masculino, representando 12,5%. Observa-se na tabela 1 que dos cinco acadêmicos do sexo masculino, quatro cursavam o terceiro período.

Cabe salientar que a predominância dos sujeitos no sexo feminino elucida que a enfermagem ainda figura como uma profissão predominantemente feminina; no entanto, o quantitativo de pessoas do sexo masculino vem aumentando na enfermagem, como mostram estudos que vem sendo realizados sobre o perfil do acadêmico de enfermagem (BRITO; BRITO; SILVA, 2009).

É importante destacar que o número de homens no curso de graduação em enfermagem vem subindo, o que demonstra o interesse do sexo masculino pela profissão. (WETTERICH; MELLO, 2007).

**Tabela 1-** Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o sexo.

Sexo	3 período		8 período		Total	
	f	%	f	%	f	%
Feminino	16	40	19	47,5	35	87,5
Masculino	04	10	01	2,5	05	12,5
Total	20	50	20	50	40	100

Na análise da variável religião, a população deste estudo foi composta majoritariamente por católicos, resultado este que vai ao encontro de outro estudo de RS que teve como sujeitos acadêmicos de enfermagem desta referida instituição. (DUARTE, 2010)

Observa-se que os católicos possuem o mesmo quantitativo no terceiro e no oitavo período, enquanto os evangélicos são predominantes no oitavo, já o ateu e o agnóstico fazem parte do grupo dos acadêmicos do terceiro período, conforme mostra a tabela 2.

**Tabela 2** – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a religião

Religião	3 período		8 período		Total	
	f	%	f	%	f	%
Católica	09	22,5	09	22,5	18	45,0
Evangélica	02	5	08	20	10	25,0
Espirita	04	10	01	2,5	05	12,5
Sem Rel.	03	7,5	02	5	05	12,5
Agnóstica	01	2,5			01	2,50
Ateu	01	2,5			01	2,50
Total	20	50	20	50	40	100

Dos 40 acadêmicos de enfermagem deste estudo nove são técnicos de enfermagem (22,5%), conforme mostra a tabela 03, observando-se que há um interesse do técnico de enfermagem em cursar a graduação na mesma área em que se profissionalizou. Os motivos por essa opção englobam questões como a melhoria nas atividades profissionais e na remuneração, bem como possuírem o reconhecimento da profissão, devido à possibilidade de mudança de papel na equipe (WETTERICH; MELLO, 2007).

**Tabela 3** – Distribuição dos sujeitos quanto a formação técnica em enfermagem

Técnico de Enfermagem	3 período		8 período		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sim	05	12,5	04	10	09	22,5
Não	15	37,5	16	40	31	77,5
Total	20	50	20	50	40	100

Majoritariamente, os acadêmicos de enfermagem não possuem parente que atuam profissionalmente na área de enfermagem. Destacam-se, neste sentido, os acadêmicos de enfermagem do terceiro período, pois dos 15 acadêmicos que possuem algum membro na área, 13 fazem parte do terceiro período. Os graus de parentesco citados foram: mãe (5), tia (5), prima (4) e avó (1). Desses 15 parentes que atuam na equipe de enfermagem, nove são técnicos de enfermagem e seis são enfermeiros.

Estes dados elucidam que a presença de familiares que trabalham na área da enfermagem é um dos fatores que colaboram para influenciar outras pessoas, membros da família, a seguirem na mesma profissão, a enfermagem, podendo assim ser um dos fatores que motivam a escolha da profissão (SPÍNDOLA; MARTINS; FRANCISCO, 2008).

**Tabela 4** – Distribuição dos sujeitos pela variável parente atuando profissionalmente na área de enfermagem

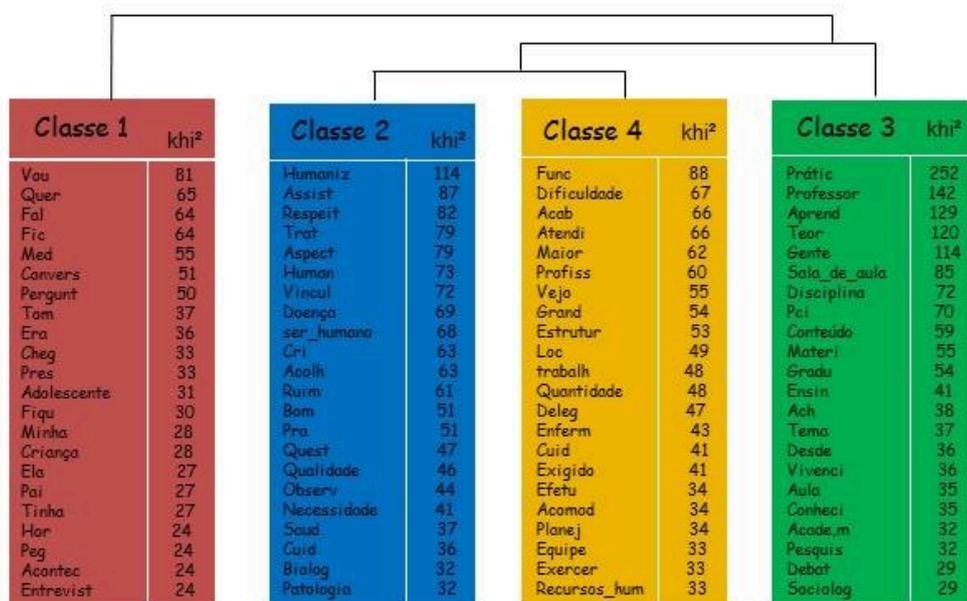
Familiar	3 período		8 período		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sim	12	30	03	7,5	15	37,5
Não	08	20	17	42,5	25	62,5
Total	20	50	20	50	40	100

## 5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA HUMANIZAÇÃO PELOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Para que se possa acessar as RS construídas pelos acadêmicos, serão abordados os conteúdos que emergiram da primeira análise utilizada nesta pesquisa, a análise padrão ou standard realizada pelo software ALCESTE. Serão consideradas as variáveis de análise, assim como as formas reduzidas com maiores valores de  $khi^2$ , bem como os seus significados, além do dendograma da Classificação Hierárquica Ascendente e as UCE. Posteriormente será realizada a discussão dos achados.

A análise padrão o Software ALCESTE gerou um *corpus* composto por quarenta (40) UCI, foram classificados 2122 U.C.E, perfazendo um total de 75% de aproveitamento, sendo agrupadas em quatro classes lexicais, conforme ilustra a figura 1.

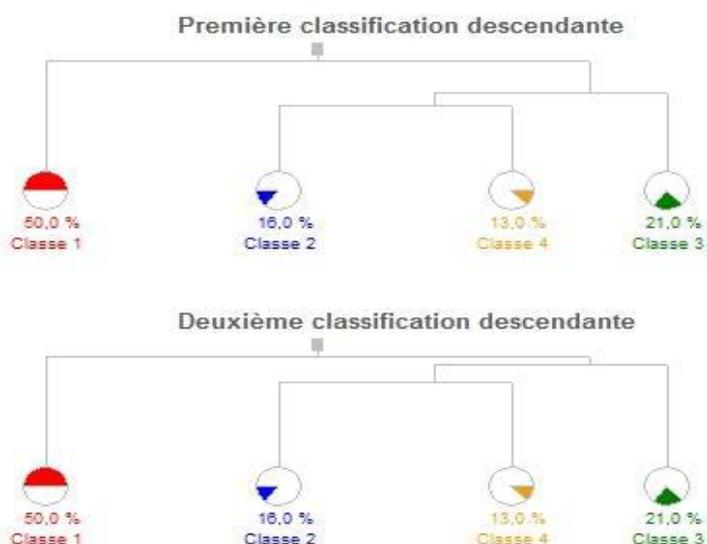
**Figura 1** – Dendograma Representativo das Classes Resultantes da Análise Alceste



Diante da Classificação Hierárquica Descendente observa-se que o

*corpus* foi dividido em dois blocos: a classe 1 e a classe 3, 2 e 4, conforme se observa na figura 1 e 2, a formação desses dois blocos correspondem a duas dimensões das RS sobre a humanização: a dimensão relacional e a dimensão teórica e prática. (Quadro 2)

**Figura 2 – Comparação entre as duas Classificações Descendentes Hierárquicas**

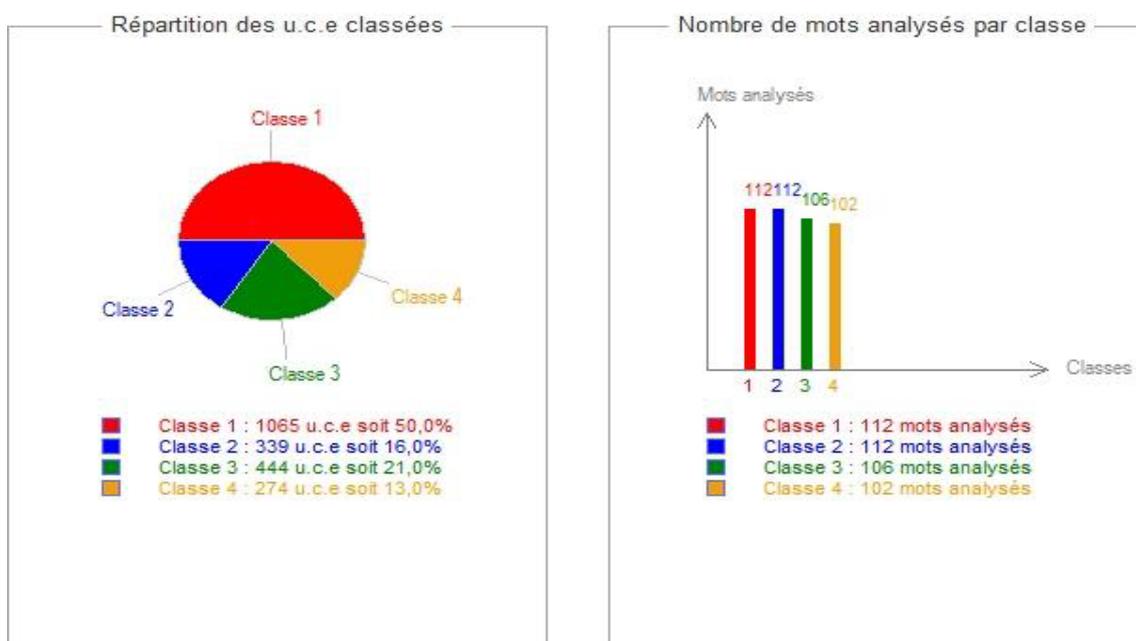


A dimensão relacional engloba a Classe 1, que apresenta 1065 UCE perfazendo 50% do total de UCE classificadas e 112 palavras analisadas, esta classe foi nominada: Cotidiano: encontro mediado pelas relações .

A dimensão teórica e prática engloba o outro bloco com a classe 2, que apresenta 339 UCE perfazendo 16% do total de UCE classificadas e 112 palavras analisadas, nominada como: Aspectos Conceituais da humanização na prática de enfermagem; a classe 3 que possui 444 UCE perfazendo 21% do total de UCE classificadas e 106 palavras analisadas, sendo nominada como: Aprendendo a humanizar a assistência: elo entre o saber e o fazer; e a classe 4 a qual possui 274 UCE, 13 % do total, com 102 palavras analisadas, nominada como: Dificuldades para se implementar a humanização. (Figura 3)

**Quadro 2** – A divisão das dimensões da RS com suas respectivas classes

Dimensões da RS	Classes resultantes do ALCESTE
Dimensão Relacional	<u>Classe 1</u> – Cotidiano: encontro mediado pelas relações
Dimensão Teórico e Prática	<u>Classe 2</u> – Aspectos conceituais da Humanização na prática de enfermagem <u>Classe 3</u> – Aprendendo a Humanizar a Assistência: elo entre o saber e o fazer <u>Classe 4</u> – Dificuldades para se implementar a Humanização

**Figura 3** – Distribuição das UCE e o número de palavras analisadas por classe

## 5.1 DIMENSÃO RELACIONAL

Esta dimensão abarca o cotidiano dos acadêmicos de enfermagem que estão no terceiro período do curso de graduação. Para este grupo a prática de enfermagem em que se dá a humanização ocorre na relação interpessoal acadêmico-usuário, acadêmico-equipe de enfermagem e enfermeiro-usuário.

A classe que faz parte desta dimensão é a classe 1: “Cotidiano: Encontro mediado pelas relações” Esta classe engloba metade do *corpus* analisado, e isto pode ser justificado por que são as relações que sustentam a dimensão prática da humanização. Estes acadêmicos de enfermagem desenvolvem durante os três primeiros períodos do curso atividades de educação em saúde, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças, as atividades são realizadas na perspectiva da atenção primária de saúde, em campo aberto a crianças, adolescentes e adultos, neste momento o ensino sobre o cuidado tem como foco a interação na relação interpessoal entre o acadêmico e o usuário; logo, o desenvolvimento das atividades em campo prático está baseado na perspectiva relacional.

### 5.1.1 Cotidiano: Encontro Mediado pelas Relações na Enfermagem (classe 1)

Evidencia-se que esta classe possui associação com alunos do terceiro período (*per\_3*), que possuem parentes que atuam na equipe de enfermagem (*fam\_2*), não possuem religião (*rel\_4*) e são do sexo masculino (*sex\_m*). No quadro 3 estão apresentadas as variáveis analisadas bem como o seu respectivo valor de  $\chi^2$ .

**Quadro 3** – Valores de  $\chi^2$  relativos as variáveis de análise com associação estatística à classe 1.

Variável	Categoria Associada	Valor de $\chi^2$
Período	Terceiro	223
Familiar na Equipe de Enf.	Sim	106
Religião	Ateu	54
Sexo	Masculino	20

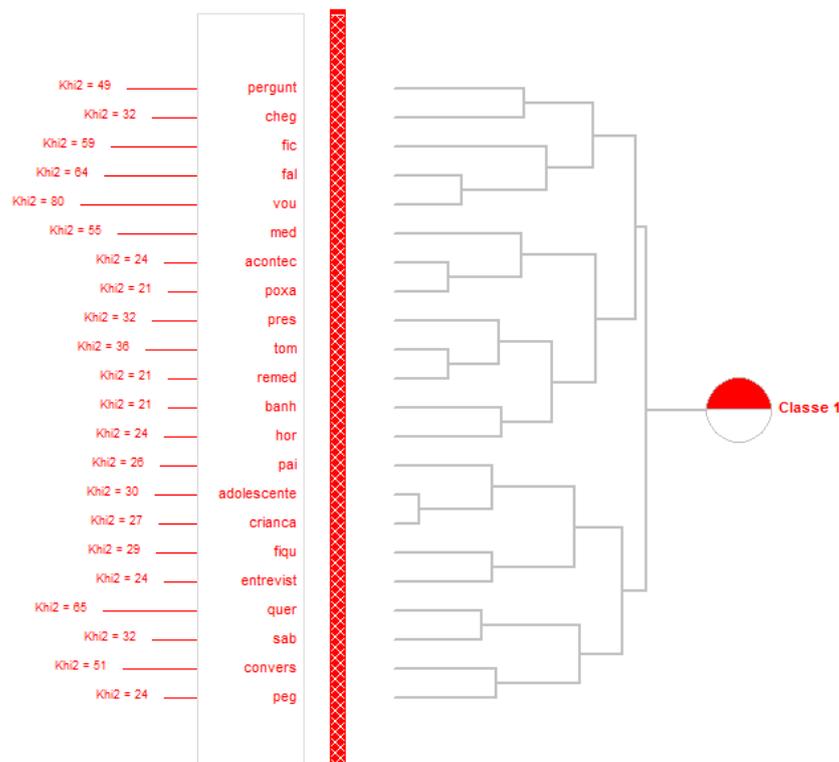
Para a análise desta classe foram consideradas também as formas reduzidas, com maiores valores de  $\chi^2$  e seus respectivos contextos semânticos, conforme Quadro 4. Considera-se que estas informações

possibilitam uma aproximação com o conteúdo da classe. A relação entre as palavras intraclasse pode ser observada através da classificação hierárquica ascendente (CHA). (Figura 4)

**Quadro 4** – Formas Reduzidas com o  $\chi^2$  relacionado e as formas completas – classe 1.

Formas Reduzidas	KHI <sup>2</sup>	Forma Completa
Vou	81	vou
Quer	65	quer, querem, queremos, querer, queria, queriam
Fal	64	fala, falada, falado, falam, falamos, falando, falar,
Estava	64	estava
Fic	60	fica, ficado, ficam, ficamos, ficando, ficar, ficaram
Med	55	medica, medicar, medicas, médico, médica, médicos, medir, medo
Convers	51	conversa, conversado, conversam, conversamos, conversando
Pergunt	50	pergunta, perguntado, perguntamos, perguntando, perguntar
Tom	37	tom, toma, tomam, tomando, tomar, tomasse, tomava
Era	36	era
Cheg	33	Chega, chegada, chegam, chegamos, chegando, chegar
Pres	33	presa, presente, preso, pressão
Sab	32	sabe, sabem, sabemos, saber, sabia, sabiam

**Figura 4** – Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) da Classe 1



Considerando as palavras de maior khi<sup>2</sup>, a aproximação destas, como se observa na CHA (figura 4), além das UCE, observa-se que esta classe remete ao cotidiano dos acadêmicos, marcado pela prática de enfermagem. Este cotidiano caracteriza-se pelo encontro com o outro, expresso pelo verbo “vou”, esse encontro foi mediado pela “fala” com o sujeito, se observam como eles “ficam”, como eles “chegam” e o que “perguntam” através da “conversa”, se observa o que outros “querem” e o que “sabem”.

A partir dessas considerações iniciais e com a leitura detalhada das UCE em seu conjunto, evidencia-se que o cotidiano envolveu três dimensões: a relação acadêmico-usuário, a relação acadêmico-equipe de enfermagem e a relação enfermagem-usuário. Essas três dimensões seguem apresentadas e discutidas como sub-classes respectivamente.

### 5.1.1.1 O Cotidiano: Relação acadêmico-usuário na prática de enfermagem

Para os acadêmicos do terceiro período, o cotidiano envolve a prática de enfermagem que é permeada pela interação com o outro durante o atendimento prestado a clientela no cenário das aulas práticas, as quais ocorrem junto a pessoas adultas num contexto de trânsito para o trabalho ou no espaço do próprio trabalho, o atendimento de enfermagem consiste na realização de entrevista com um roteiro pré-estabelecido pelos docentes responsáveis pela disciplina.

Durante a entrevista os acadêmicos conhecem o perfil do usuário, os hábitos e estilos de vida, e posteriormente fazem as orientações pertinentes de acordo com as respostas dadas pelos usuários, os acadêmicos também executam algumas técnicas, tais como: verificação de pressão arterial, mensuração do peso e altura, assim como a realização de glicemia capilar em pessoas que possuam fator de risco para a diabetes *melittus* e estejam em jejum.

O conteúdo das UCE evidenciam que o discurso dos acadêmicos abordam uma prática de enfermagem que envolve a interação estabelecida com o usuário durante a realização da entrevista no atendimento que se faz nas aulas práticas.

Dessa forma, a relação estabelecida entre o acadêmico e o usuário foi expressa pela escuta, fala, atenção, empatia e cuidados necessários para a realização da entrevista e o procedimento de enfermagem.

teve uma entrevista que eu fiquei com a mulher quase duas horas e a mulher chorou, aí eu vou fazer o que? Eu vou ficar lá e escutar, mesmo que a pessoa fique: “\_olha o tempo”, não vou fazer isso, porque eu sei como é. (uci nº 26: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

de sentar e poder conversar e saber da vida da pessoa e não só perguntar: você tem isso ou aquilo ou faz isso ou aquilo, e ai orientando por cima dessas perguntas, a gente tem que parar e perguntar coisas além daquilo ali. (uci nº 27: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

como ele está se sentindo naquele momento e avisar o que eu vou fazer, e isso pra mim é como eu te falei: quando a pessoa chega, você tem que perguntar o que ele esta sentindo, vou aplicar alguma coisa, vou fazer alguma coisa, vou explicar para ele o procedimento que eu vou fazer para ele não se sentir vulnerável. (uci nº 23: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_2 \*K\_4)

Evidencia-se que o processo de escuta surgiu como um dos elementos para prestação do cuidado de enfermagem, elemento este que corresponde a um dos eixos centrais para o atendimento em todas os níveis de atenção e a qualquer clientela, em especial a clientela atendida no nível primário de atenção à saúde. (MONTENEGRO, BRITTO, 2011).

A escuta é um antecedente essencial ao conhecimento do paciente como possibilidade de identificar suas necessidades mostrando atenção e empatia. A enfermeira deve estar atenta com vistas à compreensão lógica e ao mesmo tempo sensível às necessidades de cuidado do usuário. (VALE; PAGLIUCA, 2011) A prática desenvolvida pelo acadêmico no início do curso de graduação é peculiar e envolve interação presente na relação acadêmico-usuário, dimensão esta que vai ao encontro de outro estudo realizado com os acadêmicos de enfermagem desta referida instituição. (DUARTE, 2010).

Nesse sentido, ressalta-se que o significado do cuidar é algo concretizado por meio da interação presente no cuidado de enfermagem, pois se sabe que a interação como produto do encontro das pessoas é imprescindível para entender as necessidades do usuário, possibilitando a inter-relação com o conhecimento. A interação, dessa forma, é marcante no processo de cuidar, pois contribui para serem identificadas as necessidades do usuário de forma participativa e integrativa, trazendo satisfação para ambos. (VALE; PAGLIUCA, 2011)

A clínica ampliada, dispositivo da PNH, aborda as formas de tratamento e relacionamento como o usuário, promovendo a escuta ativa capaz de reconhecer o estilo de vida, hábitos, as relações entre a família e o social. A partir desta proposta a clínica ampliada estimula a formação de vínculos e afetos através do diálogo entre a relação interpessoal enfermeiro e usuário, para tanto considera os saberes dos sujeitos implicados nesta relação. Dessa forma, o profissional possui subsídios para orientar da melhor forma o usuário contribuindo para a autonomia e o protagonismo de ambos, favorecendo a adesão por parte do usuário ao tratamento estabelecido pelo profissional. Esta clínica tem como objetivo que a construção de co-responsabilização entre profissionais e usuários, reconhecendo as potencialidades e limitações das ações e tecnologias. (BRASIL, 2009)

Ainda nesse contexto, os acadêmicos descrevem as diferenças encontradas durante a realização da entrevista com os sujeitos adultos em um contexto de trabalho no terceiro período, com as crianças no primeiro período e com os adolescentes no segundo, sendo estes dois últimos em contextos escolares.

[O Adolescente] não quer que pergunte algumas coisas, ele não quer falar de outras coisas, a gente pegou meninas que estavam grávidas, a gente pegou meninas que tinham algumas doenças sexualmente transmissíveis que você sentia que ela estavam meio arredias e que elas tinham vergonha de te dizer que estavam com aquilo. (uci nº 27: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

a gente senta e conversa, mas tudo que está ali, a criança não tem esse discernimento de só isso; não, a criança ela quer dizer tudo para você, você pergunta se ela passeou, ela te diz se vai passear não sei aonde, onde e onde. (uci nº 27: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

acho que a diferença é que no [programa curricular] as pessoas são mais ocupadas porque na saúde do trabalhador você pega o cara que está no serviço dele, ele está tomando um café, mas já que eu estou aqui eu quero verificar a minha pressão. (uci nº 31: \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_2 \*fam\_2)

você não vai chegar e falar: “Olha, você tem que comer tantas”, não adianta, o adolescente é muito assim, o adulto não, quando você fala ele ouve mais e reflete, o adolescente tira a conclusão do que ele vai comer, não é você que vai convencer ele, (uci nº 39 : \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

Estes acadêmicos de enfermagem estão no término da primeira etapa curricular do curso de graduação, que compreende a atuação da enfermagem a clientela supostamente sadia em diferentes fases de desenvolvimento (criança, adolescente, adulto), na qual o atendimento possui como enfoque a atenção primária de saúde, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Esta dimensão vai ao encontro do exercício profissional de enfermagem, que destaca que o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente a educação visando à melhoria da saúde da população. (BRASIL, 1986)

No entanto, esta prática desenvolvida pelos acadêmicos de enfermagem nos cenários de prática despertou-lhes alguns desafios sobre como lidar e se posicionar perante a clientela durante a realização da entrevista.

que nem agora, eu fui fazer uma entrevista com o senhor: “\_Ah, tudo bem, eu só quero verificar a pressão, ah, tem uma entrevista aqui agora rapidinho, mas eu só quero verificar a pressão, eu prometo que é rápido”. (uci nº 31:\*sex\_m \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_2 \*fam\_2 \*K\_4)

e aquilo ali você tem que saber lidar, foi o que eu falei daquela situação, você orientar todas aquelas coisas maravilhosas para a pessoa e a pessoa te responder: “\_Eu não vou fazer não, é assim que eu quero viver”. (uci nº 27:\*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

as vezes a pessoa não quer ouvir aquilo, as vezes a pessoa sabe que vai errar, vai se alimentar mal, tem pressão alta, continua tomando remédio porque tem pressão alta, porque ele continua comendo muito sal, continua comendo muito errado, ele fuma. (uci nº 28: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

ai eu falei para ele que não pode ser assim, eu tentei explicar e ele não quer entender, ai você também não pode ser grossa com a pessoa, e ele falando que fumava muito, que sabia que fazia mal, que a avó dele morreu de câncer. (uci nº 37:\*sex\_f \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

Os desafios encontrados pelos acadêmicos envolvem questões relacionadas ao tempo que dispõem para a realização do atendimento, os usuários entrevistados muitas vezes querem apenas verificar a pressão sem o atendimento de enfermagem completo. Demonstravam conhecimento sobre seu problema de saúde; no entanto, comunicavam que não realizavam os cuidados necessários para mantê-la, e apesar de serem orientados pelos acadêmicos sobre os cuidados e quanto a necessidade de mudanças em seus hábitos no sentido de promoverem a saúde, não praticavam tais cuidados

mas não, tem pessoas que: “\_Não, eu estou fumando e estou bem, se eu não tiver câncer daqui há uns cinco anos eu tenho mais cinco anos de vida”. As vezes eu paro e penso: o que eu faço numa situação dessas? (uci nº 30:\*ind\_30 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

ela tomava muito remédio, a pressão dela estava dezesseis por alguma coisa, estava alta, eu fiquei muito tempo com ela, tentando mostrar para ela, passar para ela aquele pouco que eu sabia, mas não entrou muito não. (uci nº 28:\*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

mas você diz que ele está com a pressão alta, que ele tem casos na família de infarto e pergunta se ele não quer procurar um assistência de saúde especializada nisso: “\_Talvez seja bom para o senhor”, as vezes ele não quer parar de fumar. (uci nº 40: \*ind\_40 \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_6 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_3)

hoje eu me impressionei com esse senhor que eu atendi porque ele sabia que ele precisava emagrecer, ele não podia comer sal, precisava de uma alimentação balanceada, comer fruta e legumes, ele sabia disso e disse que não ia comer e eu procurei orientar ele a procurar uma nutricionista para

fazer uma dieta, mesmo que ele não goste de feijão, não goste de legumes. (uci nº 34: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1)

Mesmo reconhecendo que os usuários têm conhecimento sobre sua condição clínica e não seguem um estilo de vida mais saudável, os acadêmicos realizam seu trabalho e prestam as orientações necessárias. Esta percepção de tomada de decisão envolve uma vertente imprescindível à formação do enfermeiro que é a capacidade de promover estilos de vida saudáveis, atuando como um agente de transformação social. (BRASIL, 2001)

Nesse sentido, é interessante destacar que a mudança no estilo de vida é um processo lento e dinâmico e só é possível se houver paciência, confiança, inter-relação e comunicação. Ela exige da enfermeira e do usuário persistência, determinação e coragem para enfrentar os deslizes ocorridos neste processo de mudança. (VALE; PAGLIUCA, 2011)

#### 5.1.1.2 Cotidiano: Relação acadêmico - equipe na prática de enfermagem

Os discursos dos acadêmicos sobre a sua prática no contexto de formação profissional remete a experiência pessoal que estes possuem, ao vivenciarem a necessidade de receber cuidados pela equipe de enfermagem em situações de hospitalização.

Esta vivência fez com que os acadêmicos valorizassem os elementos que caracterizam o cuidado, tais como: a escuta ativa, a atenção, a paciência, o conhecimento científico, o respeito à privacidade e ao direito à informação.

Porém, como pode ser observado através das UCE, nem sempre o atendimento de enfermagem se assenta nos princípios éticos e legais da humanização e do cuidado de enfermagem, princípios estes que se amparam no SUS, no exercício profissional de enfermagem e no código de ética dos profissionais de enfermagem. Os acadêmicos pontuam que no cotidiano observam que os profissionais de enfermagem não respeitam os direitos dos usuários.

E parece que as pessoas nem me escutavam e falavam: toma esse remédio. O que aconteceu? Eu sou alérgica a dipirona, ai quando eu ía no hospital e eu falava: “\_Eu sou alérgica a dipirona”, ninguém me escutava e me davam varias dipironas, ficam naquela de: “\_Ah, vou pegar seus dados” e vai no automático nem fala o nome, nem pergunta o seu nome, a pessoa já vai no automático e isso para mim é errado, que nem essas pessoas que me aplicaram dipirona. (uci nº 26: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

Mas ela falou: “\_Eu vou pegar essa veia aqui”; e eu disse: “\_Essa veia vai estourar; não, eu sei o que eu estou fazendo”. E ela punccionou e quando ela colocou a agulha a veia estourou. Eu falei que ia estourar e ela meio que desmereceu. (uci nº 28: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

Poxa, mas eu quero ir no banheiro. “\_Mas poxa, fica calma, você vai chegar lá, tem que ter essa paciência”. Você não pode chegar e falar: “\_Ah não, eu já vi isso quarenta e cinquenta vezes” (uci nº 31: \*ind\_31 \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_2 \*fam\_2 \*K\_4)

Ressalta-se que a ética se constitui como uma dimensão fundamental, tanto para o cuidado de enfermagem como para a humanização, pois esta enfatiza os valores, direitos e deveres, bem como o modo como os sujeitos conduzem suas relações (BERMEJO, 2008).

Logo, para os acadêmicos, a equipe de enfermagem não atua de acordo com os preceitos da humanização quando prestam o atendimento não respeitando o direito à informação e à privacidade do outro, realizando assim uma prática desumanizada.

o procedimento é esse, mas isso não aconteceu: “\_Dá licença, meu nome é tal”. Ele foi tirando a roupa, o capote, já foi me dando banho e saiu e não me deu nenhum tipo de informação e eu fiquei muito constrangida, até porque era um técnico, era um homem. (uci nº 28: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

agora tem outros que não: “\_Eu vou fazer o procedimento e acabou tá?” E aí, se você não perguntar o que é, você toma o medicamento sem saber o que você está tomando. (uci nº 19: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Salienta-se que a informação compreende a perspectiva ética da humanização, a PNH pauta-se na ética das relações entre o profissional e o usuário utilizando como uma das estratégias a informação. Deste modo, os profissionais devem assumir uma postura dialógica com os usuários, comunicando e explicando as informações referentes à sua condição clínica, além de entender a subjetividade de cada um e adequar estas informações à linguagem e ao modo de vida e dos mesmos. (BRASIL, 2004)

#### 5.1.1.3 Cotidiano: Relação o Enfermeiro - Usuário sob a ótica do Acadêmico

Os acadêmicos relatam que durante a observação da prática do enfermeiro no cotidiano dos serviços de saúde, observam que a relação enfermagem-usuário é influenciada por atributos que configuram o perfil do profissional, tais como: a boa vontade, a atenção, a paciência, a sensibilidade e

gostar do que faz. Neste sentido, para os acadêmicos, esses atributos atuam como mediadores da assistência prestada aos usuários.

não é uma coisa muito acessível e têm pessoas que têm boa vontade para fazer e têm pessoas que não têm não e, por exemplo, igual a uma técnica para dar banho numa pessoa, porque por mais que você tenha má vontade ou não, a técnica vai sair. (uci nº 31: \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_2 \*fam\_2 \*K\_4)

mesmo com a rotina que era igual a dos outros, mas ela se importou, ela fazia uma coisa pequenina e que você olhando assim não é nada demais, mas não, ela dava atenção, nem que fosse cinco minutinhos sabe? E isso fez uma diferença. (uci nº 30: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

se você quer trabalhar nisso você tem que se encaixar nos padrões disso, você não vai trabalhar numa coisa que não gosta, por isso eu acho que tem que ter padrões. (uci nº 39: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

eu não estou no anatômico analisando um corpo que está morto, que está frio ali que eu vou mexer e depois eu vou descartar ou não, aquela pessoa tem uma vivência, passou por situações e que tem pudor de certas coisas e às vezes quer saber, por exemplo (uci nº 28 : \*ind\_28 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

ela vive ali friamente porque ela não está nem aí, ela não gosta mesmo e a pessoa que queria estar aqui, que queria fazer enfermagem mesmo se envolve muito mais porque escuta mais, se envolve muito mais e tenta absorver muito mais disso tudo. (uci nº 27: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

Os acadêmicos relatam que a chefia e a liderança podem se configurar em práticas que a afastam da interação usuário-enfermagem, onde a interação para estes é entendida como um elemento essencial para se alcançar a humanização no cuidado de enfermagem. Ressalta-se ainda que frente a esta questão os acadêmicos devem compreender as atribuições de cada membro da equipe de enfermagem, pois cabe ao enfermeiro a responsabilidade ética e legal de liderar e chefiar a equipe de enfermagem, os acadêmicos devem compreender no seu processo de formação profissional em enfermagem o desenvolvimento de habilidades e responsabilidades que cabem ao chefe e ao líder da equipe de enfermagem.

não vou fazer nada, eu vou ficar ali para mandar, eu vou chegar para os meus cinco ou seis técnicos de enfermagem: “\_Vão trocar todo mundo!” Também não é assim, independente se você está se formando para entrar num cargo de chefia. (uci nº 31: \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_2 \*fam\_2 \*K\_4)

saber se ele está tendo as eliminações normais e o enfermeiro, ele não participa dessa parte, o enfermeiro não está presente quando você vai dar um banho, quando você vai dar a medicação, o enfermeiro não está junto, o

enfermeiro, ele faz outras coisas. (uci nº 25: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_1)

No espaço de formação profissional o enfermeiro deve compreender a liderança e a chefia de enfermagem como competências de extrema importância para uma assistência de qualidade, pois esta influencia o cuidado direto prestado ao usuário, favorecendo a aplicação dos preceitos da humanização nas práticas, pois não se pode pensar a assistência sem a gestão da mesma.

Outra dimensão abordada pelos acadêmicos compreende as dificuldades para lidarem com a equipe de enfermagem, com a vivência de uma relação conflituosa, pois segundo eles, possuem o conhecimento científico para uma prática de enfermagem que atenda aos preceitos da humanização visando à qualidade da assistência, porém não conseguem implementá-la devido a resistência da equipe da enfermagem.

implementar alguma coisa para um profissional que tem anos de experiência, anos de campo prático, eu não consegui na emergência, eu até tentei uma vez com uma técnica, só que o que ela fez foi me ignorar e ai eu desisti. Foi uma punção que ela tinha perdido o acesso, ai eu estava chegando na emergência, ai fui lá conversei com ela, era uma senhora idosa tinha Alzheimer. (uci nº 18: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

ela punccionou o braço no local e eu ainda falei com ela: “\_Olha, ela é idosa, ela tem Alzheimer, vamos tentar punccionar em um local e depois enfaixar com atadura e punccionar num local que seja menos provável de ela puxar”. Ela disse: “\_Não tem problema não”. A mesma coisa foi com outra técnica: ela pegou um termômetro de um paciente com isolamento de contato e usou o termômetro na enfermaria toda, a gente foi tentar conversar com ela e ela disse: “\_Não tem, você quer que eu faça o que?” (uci nº 18: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

Essas UCE evidenciam que há desafios no trabalho em equipe na enfermagem. Considerando que dentro de uma equipe todos possuem deveres e compromissos, o não cumprimento do que é devido acarreta danos à equipe e ao usuário. Frente a isto é que os acadêmicos, no seu processo de formação profissional, devem aprender a lidar com estas dificuldades, reconhecendo a sua responsabilidade legal sobre o cuidado e a importância da gestão compartilhada para se humanizar a assistência e a gestão.

Logo, tal dimensão traz à tona o trabalho em equipe como um desafio para se pensar a humanização, conforme proposta da PNH, pois sem o

trabalho em equipe de enfermagem e o trabalho em equipe multiprofissional não é possível se efetivar e construir a humanização da atenção e da gestão, em especial no processo de formação profissional em saúde, os acadêmicos de enfermagem devem aprender e vivenciar práticas em que ocorra o trabalho com a equipe e a gestão compartilhada do cuidado à saúde.

Através da análise desta classe pode-se inferir que os acadêmicos de enfermagem do terceiro período do curso constroem as suas RS sobre a humanização através das relações estabelecidas na prática de enfermagem, essas variáveis da díade enfermeiro-usuário se relacionam à interação, mediada por sentimentos que marcam a imagem do profissional e por elementos éticos.

## 5.2 DIMENSÃO TEÓRICO E PRÁTICA

Esta dimensão abarca o outro bloco formado pelo ALCESTE, com as classes lexicais 2, 3 e 4, onde a classe 3 aborda como os acadêmicos aprendem a humanizar na prática de enfermagem, a classe 2 e 4 abordam respectivamente o conceito construído acerca da humanização e as dificuldades para se implementar a humanização.

Esta dimensão envolve aspectos conceituais relacionados aos sentidos e imagens construídas acerca da humanização e as dificuldades relacionadas para que ela se efetiva na prática e aspectos teóricos e práticos, pois é na prática de enfermagem propiciada pelo curso de graduação que os acadêmicos aprendem a humanizar, unindo aspectos teóricos e práticos.

### 5.2.1 Aprendendo a Humanizar a Assistência: elo entre o saber e o fazer (Classe 3)

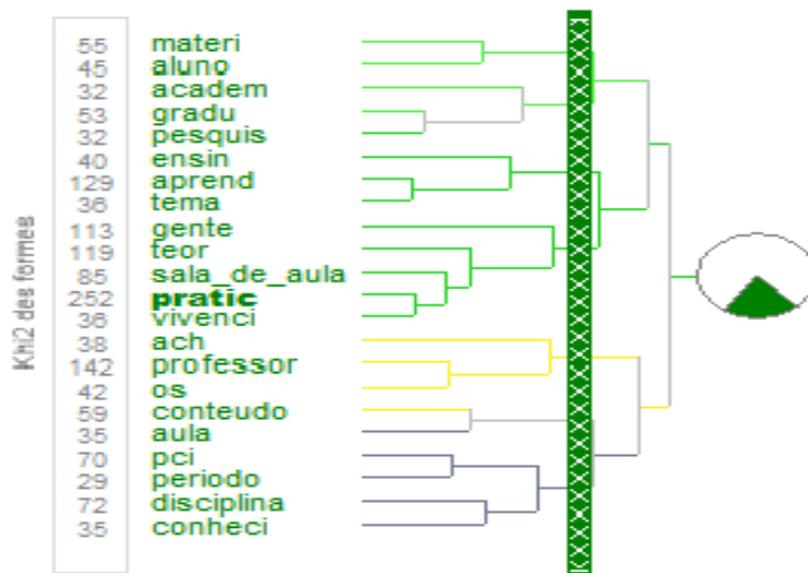
Esta classe possui associação estatística com acadêmicos do oitavo período ( $\chi^2=35$ ) e que não possuem parentes na equipe de enfermagem ( $\chi^2=24$ ) e não possui associação estatística com o sexo e com a religião. Ela abrange 444 UCE, representando 21% do *corpus* analisado, com 106 palavras analisadas. As formas reduzidas e seus contextos semânticos são observados no quadro 5.

**Quadro 5** – Formas Reduzidas com o KHI<sup>2</sup> relacionado e as formas completas associadas na Classe 3.

Formas Reduzidas	KHI <sup>2</sup>	Forma Completa
Pratic	252	pratica, praticam, praticando, praticar, pratico
Professor	142	professor, professora, professoras, professores
Aprend	129	aprenda, aprende, aprendem, aprender, aprendo, aprendeu
Teor	119	teoria, teorias, teórico, teórica, teóricos
Materi	55	matéria, matérias, material
Gradu	54	graduação, gradual
Ensin	41	ensina, ensinar, ensinou, ensino, ensinam, ensinaram
vivenci	36	vivencia, vivenciar, vivenciou
Conheci	35	conheci, conhecimento, conhecimentos

As palavras contidas no quadro 5 denotam que a abordagem do tema da humanização no universo da formação envolve um conjunto de elementos relacionados ao processo ensino-aprendizagem: o agente, exemplificado na figura do professor, e o contexto do ensino-formação na enfermagem, exemplificado pelo conhecimento, teoria, ensino, matéria, vivência e prática. Tais léxicos, em seu conjunto, apontam que a humanização se aprende na prática, em cenários de aplicação onde se pode vivenciar o que se debate nas salas de aula, na teoria, com o professor. No que se refere ao conhecimento sobre o tema, se destacam as disciplinas que integram a grade do curso de graduação.

**Figura 5** - Classificação Ascendente Hierárquica relativa a classe 3.



Esta classe possui duas vertentes: a do saber e a do fazer, as quais serão discutidas em sub-classes. A vertente do fazer expressa as aproximações e os distanciamentos entre a prática e a teoria, a qual sofre influências da academia; a do saber traz conteúdos que mostram que os acadêmicos constroem o conhecimento sobre a humanização subsidiado no que se ensina nas disciplinas, em cada período letivo, de acordo com o professor e com os conteúdos abordados.

#### 5.2.1.1 Como fazer? (Des)articulação entre a prática e a teoria e o trabalho em equipe

Os acadêmicos declaram que a humanização se aprende na prática, alguns elucidam que são influenciados pela academia no seu processo de ensino e aprendizagem para pensarem desta forma.

toda a minha graduação foi veiculada e voltada para esse tipo de pensamento; então, é por isso que me leva a pensar e refletir tanto na prática. (uci n° 18: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_4)

olha eu tive bastante influência da academia, dos professores em sala de aula a nível mesmo de aprendizado da forma como o assunto foi abordado na prática em especial do HU. Eu vi muitas das vezes como não fazer, quando o profissional se omite. (uci n° 10: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

então, na academia que você tem contato com aquilo na teoria que é o que deveria ser e você tenta implementar isso na prática como deveria mesmo. (uci nº 4: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

eu acho que a gente aprende na pratica e por-isso-que e importante o estagio porque na teoria e lindo, mas na pratica nem todo mundo vai saber o que é e aplicar. (uci nº 26: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

A prática é reconhecida pelos estudantes como o celeiro da aprendizagem da humanização, pois estes devem construir e experimentar novos saberes e práticas com os sujeitos envolvidos nos processos de cuidar em saúde - profissionais e usuários. Isto vem ao encontro do que trata a PNH quando esta aborda a formação em saúde, a qual deve implicar ações e trocas coletivas, tendo como base práticas concretas de intervenção para que possa ser capaz de gerar novas práticas. (GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009; PAVAN; GONÇALVES; MATIAS, et al 2010)

Porém, alguns conteúdos representacionais mostram as preocupações dos estudantes com a efetivação da humanização na prática, pois eles mesmos já vivenciam as dificuldades de fazer a aplicação da teoria na prática, segundo as diretrizes preconizadas pela PNH.

Então, é uma coisa que me preocupa de como vai ser realmente colocado em prática porque o que a gente vê e que não é colocado em prática ainda tem aquelas coisas assim: “\_Ah, os alunos ainda têm paciência porque não estão há dez anos no mercado”. (uci nº 13: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_3)

mas e o que eu te falei na pratica fica mais dificil da gente conseguir colocar, então na academia ficou melhor para mim na teoria, na pratica eu não consegui ver muita coisa, eu não consegui levar. (uci nº 13: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_3)

Tais questões devem fomentar debates do processo de formação do enfermeiro. A academia deve propiciar espaços de cuidado construído com os outros profissionais e usuários, para que assim os profissionais estejam capacitados para atuar diante do cotidiano desafiador do SUS. (CARVALHO; CASTRO; PAIXÃO, 2006).

Além disso, há desafios a serem enfrentados no contexto da formação, quando o processo de ensino-aprendizagem se dá de uma forma e a execução nos espaços da prática de outra, não havendo articulação entre o que se aprende em sala de aula com o que se efetiva na prática.

eu acredito que sim porque eles ensinam para a gente uma coisa em sala de aula e na prática a gente vê que é bem diferente, a realidade é bem diferente que em sala de aula. (uci n° 25: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

eu acho que é na prática humanizada no ensino porque de nada adianta a gente aprender na teoria e quando chega lá na prática, na questão de aprender, a gente faz de outra forma. (uci n° 36: \*ind\_36 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_5 \*K\_3)

eu aprendi só na teoria porque na prática é complicado, a gente faz estágio no [hospital] que não tem recursos, o prédio está caindo e falta profissional; então, é meio complicado, mas a gente, é claro, a gente vê o potencial de cada professor. (uci n° 6: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

eu acho que isso é uma coisa que a gente aprende aqui na sala de aula, mas não consegue implementar, aprender para mim não é só a gente aprender quando a gente coloca em prática e aí a gente não consegue fazer isso. (uci n° 12: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

A humanização não se efetiva porque os contextos institucionais não viabilizam que os acadêmicos implementem o que teoricamente se preconizou, evidenciando que não há espaços de articulação entre o saber e o fazer nos cenários práticos de aprendizagem. Diante dos desafios impostos pela prática para que se implemente a humanização, os acadêmicos propõem estratégias de divulgação e difusão das diretrizes e dispositivos da humanização em congressos, palestras, rodas de conversa, além do desenvolvimento de atividades de educação permanente para que se alcance também a equipe de enfermagem.

Primeiro, porque nem todos os profissionais estão conscientes da importância da humanização, então eu acho que tem que fazer um trabalho de conscientização dos profissionais, para que depois eles possam vir a praticar a humanização, é difícil sim. (uci n° 22: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

eu acho que é uma coisa um pouco nova, acho que a gente tem que começar a ver esse assunto no colegial, no colégio, congressos e deve ser divulgado mesmo através desses meios que se tem para divulgar e essas questões de educação permanente. (uci n° 20: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

mas não custa nada, aquilo que eu te falei da educação permanente em todos os períodos, em todos os [programas curriculares] batendo naquela tecla. (uci n° 5: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

então, uma forma é levar o conhecimento para as pessoas seja através de palestras, através de educação permanente, continuada, eu acho que é a forma que se poderia levar esse conhecimento para os profissionais. (uci n° 20: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

propor estratégias, isso poderia influenciar até no próprio setor, se a gente conseguisse através dessas rodas de conversa, desses debates propor

soluções. Isso aí ia melhorar muito, não só para a gente como alunos. (uci nº 14: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_3)

Sabendo da importância de práticas que vão ao encontro da humanização e compreendendo os desafios impostos nos serviços de saúde, a PNH possui algumas estratégias de construção coletiva entre os usuários, gestores e trabalhadores dentro da perspectiva de formação em saúde, são elas: as oficinas de sensibilização, os seminários, os módulos preparatórios para formação de apoiadores, processos de instrumentalização para ações específicas e processos de formação de apoiadores institucionais. (PAVAN; GONÇALVES; MATIAS et al, 2010) Observa-se que os estudantes produzem discursos consoantes a estas estratégias apontadas pela Política, o que mostra que os mesmos reúnem saberes que mostram seus conhecimentos sobre o tema.

Na enfermagem, trabalhar em equipe é um dos requisitos para uma boa gestão do cuidado, e no processo de humanização isto se faz importante para que se implemente a Política no atendimento do usuário. No entanto, observa-se que esta é uma questão a se colocar na formação, pois os estudantes nem sempre conseguem se sentir parte da equipe. Esta problemática precisa ser mais bem trabalhada no currículo e nas negociações do órgão formador com os campos de prática. Observa-se na uce representativa da uci 15, a seguir, que o estudante atribui esta falta de integração ao tempo em que permanece no campo.

todos os estágios que eu fiz eu não consegui ser parte da equipe, passei. Onde eu me senti parte foi na clínica da família na parte de atenção básica, me senti muito parte da equipe, a gente passa um período maior de tempo. (uci nº 15: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

As instituições de ensino precisam considerar esta questão do tempo de permanência dos estudantes nos cenários de aprendizagem prática, uma vez que ela incide diretamente na formação do sentido de pertença deles. Se este for mais bem desenvolvido, pode fazer com que haja mais contribuições através de uma melhor integração do ensino-serviço. O tempo de permanência emergiu como uma experiência representativa que dificulta a prática da humanização. Outras vezes, a dificuldade está na resistência de alguns

membros da equipe que dificultam o processo de trabalho, que neste contexto em especial abrange o processo de formação profissional em enfermagem. (CASATE, CORREA, 2005)

para os profissionais é um pouco mais complicado por conta da resistência, mas se fossem feitas educações continuadas abordando os temas mostrando mesmo como faz, mostrando a política poderá ser mais satisfatório os cuidados. (uci n° 17: \*sex\_m \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_2)

tentam conversar, muitas vezes não conseguem por essa resistência que a gente vê no decorrer da faculdade, a gente vê que muitos não gostam realmente que a gente esteja no setor, que acha que fica muito tumultuado, que gasta mais material. (uci n° 13: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_3)

a maior resistência que a gente tem é quando vai para o campo prático e isso incomoda muito o aluno porque quando a gente está em sala de aula estudando, a gente tem mil ideias de como vai cuidar e chega na hora não consegue fazer aquilo tudo. (uci n° 16: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_3)

Frente a este desafio apontado pelos acadêmicos de enfermagem para a implementação da humanização nas práticas, destaca-se a necessidade de criação de um dos dispositivos da PNH nos espaços institucionais nos quais ocorre o ensino-aprendizagem do profissional em enfermagem: o grupo de trabalho de humanização (GTH). Este dispositivo se constitui em um grupo de encontro de pessoas interessadas em discutir o ambiente de trabalho e as relações que se estabelecem nele, se tornando um espaço para aproximar as pessoas. Esta poderia ser uma contribuição da instituição formadora aos serviços, no sentido de se trabalhar os preceitos da Política, problematizar as situações do cotidiano, levantar as dificuldades e propor soluções. Considera-se que sem que haja o trabalho em equipe e a gestão compartilhada, não seja possível se trabalhar no contexto da humanização, conforme proposta da PNH. (BRASIL, 2008).

Além deste dispositivo, a PNH aposta no método de inclusão, pois é necessário para se humanizar a inclusão dos sujeitos na produção de saúde. Este processo acontece através das rodas de conversa e, por isso, nos espaços de formação em saúde e de serviço, deve haver espaços para a construção sobre a humanização entre os profissionais e os estudantes, a comunicação se torna assim um elemento essencial para se pensar e fazer a

humanização da atenção e da gestão, pois através da inclusão se possibilita a co-responsabilização entre os sujeitos, considerando-os como sujeitos autônomos e protagonistas. (BRASIL, 2008)

Frente a tal questão é preciso fomentar espaços como as rodas de conversas para que os trabalhadores enfrentem as relações de poder e do trabalho; logo, através do método de inclusão, há possibilidades para a gestão compartilhada dos trabalhadores, estes atuando como agentes ativos frentes aos processos de mudanças nos serviços de saúde. (BRASIL, 2008).

#### 5.2.1.2 Saber: Os Programas curriculares, as Disciplinas e a figura do Professor

Esta sub-classe abrange conteúdos representacionais sobre o conhecimento construído no espaço formal de ensino sobre a humanização. Os conteúdos das UCE mostram que se faz importante se trabalhar na formação o conceito de humanização e, em especial, as diretrizes da PNH, seu escopo e dispositivos. A humanização é abordada durante o curso, nas aulas, de um modo geral, e especificamente através dos programas curriculares e das disciplinas das áreas de ciências sociais e humanas, tais como antropologia, sociologia e psicologia.

Diante disso, a humanização acontece a cada encontro estabelecido pelo acadêmico nos diferentes cenários de prática, através dos programas curriculares. (CARVALHO, CASTRO, PAIXÃO, 2006.)

eu acho que o próprio [programa curricular] mesmo já tem que dar essa humanização e em toda aula a gente aprende que tem que humanizar, óbvio que sempre tem que ter humanização, mas não tem uma aula com esse tema, mas em toda aula sempre bate nessa tecla. (uci nº 30: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_1)

eu acho que a humanização, ela é tratada da maneira que tem que ser, naturalmente, dentro de todos os conteúdos. A gente não tem que ter nenhum conteúdo específico falando: “Olha, hoje a gente vai falar de humanização. (uci nº 16: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_3)

eu acho que a gente aprende no contato direto com os clientes, na faculdade, que a gente já está desde o primeiro período em contato. Eu acho que isso já é importante, já é um passo muito importante no primeiro período você já tem estágio. (uci nº 30: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_1)

então, todos os [programa curriculares] trouxeram isso e as outras disciplinas também, então eu creio que isso, você trazer de forma gradual,

mas sempre trazendo, acho que ajuda a afirmar aquele conhecimento, ele fica para sempre. (uci nº 11: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_3)

Porém, acadêmicos do oitavo período relatam que só aprendem sobre a humanização ao final do curso de graduação, pois apesar de presenciarem espaços de encontro com o usuário desde o começo do curso, o aprendizado formal sobre o tema só ocorre no final do curso.

A teoria eu acho que é boa, eu acho que a gente tem que estudar na verdade humanização desde o primeiro período. A gente deixa para ver isso muito depois. (uci nº 6: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

a gente faz estágio desde o primeiro período que a gente começa com criança, acho que eles trazem um pouco disso do cuidado humanizado, mas a gente só começa a ver, a aprender nos últimos períodos o que seria a humanização. (uci nº 18: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_4)

eu acho que de repente a gente poderia ver isso em todos os períodos para que a gente possa desenvolver isso durante a faculdade inteira, para que a gente possa sair daqui com um conteúdo legal sobre isso, a gente não ver isso só na área básica. (uci nº 20: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

As disciplinas de antropologia, sociologia e psicologia foram as mais citadas pelos acadêmicos por entenderem que são as que maior relação tem com o aprendizado da humanização, uma vez que tais ciências possibilitam a compreensão do ser humano como um todo, considerando todos os seus aspectos, valorizando sua cultura, respeitando seus conceitos e valores.

Cabe salientar que a Antropologia se destaca em pontos relacionados à origem do ser humano, sua evolução e a construção cultural, visto que para a antropologia, a cultura é estabelecida sobre valores, não existe uma cultura superior a outra, o que existe são culturas diferentes. Esta ciência permite compreender o ser humano como um todo e analisar as relações estabelecidas com as questões físicas, evolutivas, culturais e sociais. Logo, o objeto de estudo desta ciência é conhecer e estudar o homem. (RICHTER, BOMTEMPO, RAMOS, 2006)

A sociologia se propõe a analisar e entender as relações sociais que permeiam as condutas humanas. Ao acadêmico de enfermagem é necessário o mínimo de conhecimento inerente a sociedade, considerando que é nesta que se dá o desenvolvimento de habilidades e técnicas, cabe assim ao

estudante conhecer sobre a sociedade de maneira holística e ao mesmo tempo pragmática. (RICHTER, BOMTEMPO, RAMOS, 2006)

Já a psicologia é a ciência que estuda o comportamento humano, estando relacionada às questões emocionais, afetivas e sociais, tendo como objetivo descobrir novos caminhos para lidar com as manifestações psíquicas. (GARCIA, 2006)

É importante o estudo da psicologia no curso de enfermagem, pois esta tem como essência o cuidado ao ser humano. A realização de procedimentos não teria o mesmo resultado se não viesse acompanhada do toque, da audição, da fala, do esclarecimento de dúvidas e da orientação. (GARCIA, 2006)

a sociologia, porque eu acho que a gente leva para um lado diferente, as aulas que a gente tem de sociologia por mais que elas mudem, porque eu acho que todo semestre muda de professor. (uci n° 39: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_1)

eu acho que o [programa curricular] é o melhor, fora para a área de humanização, a psicologia que te ensina, sociologia também, a antropologia e a sociologia que você aprende que às vezes tem muito essa limitação. Ah, porque eu penso assim, mas são culturas diferentes. (uci n° 23: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_2 \*K\_1)

O [programa curricular], sociologia, antropologia também porque eles lidam muito com a questão psicológica e social e eles voltam isso muito para o campo prático. (uci n° 36: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_5 \*K\_3)

a psicologia também é muito interessante também dentro do curso, eu amei a psicologia para a enfermagem porque traz também coisas de como a gente vê a pessoa de maneira diferente. (uci n° 27: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

Os acadêmicos devem compreender os aspectos biológicos, psicológicos e sociais inerentes ao processo de cuidado, pois o *continuum* saúde-doença não compreende apenas intervenções de medidas terapêuticas e medicamentosas e procedimentos invasivos afins, mas também uma relação profissional-usuário eficaz que perpassa todas as ações de enfermagem. (GARCIA, 2006)

A Figura do professor surgiu no discurso dos acadêmicos como um elemento que facilita o aprendizado da humanização, através da metodologia do ensino pelo exemplo, pois quando o professor está com os alunos nos espaços de ensino-aprendizagem do cuidado de enfermagem o aluno observa na forma como atua no *ensino do cuidado* e como este *cuida* dos usuários. Nessa lógica, o professor influencia e incentiva os acadêmicos a

implementarem a humanização. (CASATE, CORRÊA, 2006).

o professor pode chamar a tua atenção para aquilo e se você não vivenciou essa humanização, acho que o professor pode te alertar e aí você está no ultimo período, como é a sua prática, como é relacionado, o que você faz a humanização. (uci n° 6: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

o profissional que eu quero ser e o profissional que eu não quero ser, e dentro das salas de aula tanto na área básica quanto na área hospitalar, acho que essa vivência dos professores de trazer discussão para a gente poder ouvir opinião. (uci n° 18: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_4)

eu acho que são os exemplos que a gente vê, a forma com que os professores tratavam os pacientes que a gente tem que ter espelho dos professores, a gente aprendeu o que é, porque é um tema novo. (uci n° 7: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

sim, eu penso que o que tenha me influenciado mais dentro da academia são os próprios professores, são os profissionais que ensinam pra a gente todo dia, a cada dia trazem alguma coisa a mais, o próprio estágio que eu acho que é fundamental. (uci n° 19: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

na sala de aula o que me influenciou foi você ver que apesar de tudo os professores, eles passam a teoria para a gente e quando eles estão com o paciente em sua maioria eles tentam colocar a teoria na prática, eu consegui aprender que é a teoria mesmo. (uci n° 13: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_3)

Os conteúdos das UCE evidenciam que a figura do professor é central na representação do ensino da humanização, se configurando como representativo desta no cuidado ao usuário nos ambientes de aprendizagem seja na sala de aula ou no campo prático da assistência.

A formação para o SUS e a PNH deve ser entendida como um processo transformador, capaz de modificar o cotidiano dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Assim, o aluno deve ser visto como um sujeito protagonista no seu processo de ensino-aprendizagem, como alguém que executa algo além de tarefas, como alguém que gerencia e cuida, para que a partir dessas vivências no cotidiano encontrem elementos motivadores no processo de ensino-aprendizagem, capazes de intervir na realidade, buscando novas soluções, incitando novas formas de cuidado. Neste íterim, a presença atuante do professor faz toda a diferença. Portanto, a utilização da metodologia de ensino pelo exemplo influencia e impulsiona o aluno a realizar mudanças nas práticas de saúde, interferindo de forma direta nas práticas de cuidado que os alunos estabelecem com os usuários (PAVAN; GONÇALVES; MATIAS, et al 2010)

No entanto, há experiências em que a relação professor-aluno não se mostra favorável para o aprendizado da humanização, uma vez que o processo de comunicação nem sempre se estabelece de forma satisfatória.

Eu não vejo muita atuação do professor porque ou o professor fica muito arisco com os alunos, e eu não vi muita discussão disso do professor com a enfermagem, assim tem que escutar na sala de aula que eles veem o que está errado e discutem. (uci n° 18: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_4)

Não, na sala de aula tradicional que já começa que o professor está voltando para a turma, então é um professor voltado para passar aquilo ali, eu acho uma coisa muito fechada e esta parte da humanização falta muito na educação e reflete na saúde porque os profissionais que vão sair de lá vão ter este espelho para se basear. (uci n° 40: \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_6 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_3)

eu acho que eles não têm dificuldades, eles falam, mas eles deveriam mostrar mais na prática, até ensinar técnicas de humanização, podia ser até coisas que a gente não sabe lidar com aquilo, se tivesse um jeito melhor para falar com a gente. (uci n° 23: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_2 \*K\_1)

Os acadêmicos citam a necessidade de mudança do perfil profissional do professor para que possam preparar melhor os acadêmicos para atuarem na prática frente à humanização, desenvolvendo mais atividades relacionadas à prática assistencial.

eles só entendem o papel, então ele acredita ensinar uma coisa que você não acredita, não funciona. Eu acho que está faltando professor jovem na docência, não que você seja antigo não possa continuar. (uci n° 1: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

da pesquisa é uma coisa deveria ser muito atrelada a outra, e como os professores estão muito mais voltados para a pesquisa do que com a realidade, eles acabam não preparando a gente da melhor forma. (uci n° 29: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_3)

Os conteúdos das UCE em destaque são preocupantes, principalmente por serem os acadêmicos oriundos de um currículo que se desenvolve na concepção da indissociabilidade entre a teoria, a prática e a pesquisa, uma vez que aplica o processo de pesquisar como princípio educativo na formação. O ensino pela pesquisa aliada à prática visa à produção do conhecimento e não a sua reprodução. Não obstante, os estudantes estão tomando a pesquisa como representativa de um afastamento da prática, e por consequência, da humanização, o que exige que os docentes, objeto desta crítica, reflitam sobre como estão sendo aplicados os princípios norteadores do currículo da Escola em tela.

São inúmeros os benefícios que as pesquisas trouxeram e trazem para a área da saúde, contribuindo para o desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Através da pesquisa também se humaniza a atenção e a gestão. No entanto, evidencia-se que os acadêmicos têm dificuldade para articular os saberes que se constroem na aliança entre a ciência e o conhecimento empírico adquirido com a prática assistencial da enfermeira, pois entendem que haja supremacia das práticas assistenciais sobre a da pesquisa, não as correlacionando com os dados que se obtêm através da investigação. Esta representação conduz a que acreditem ser necessárias mudanças do perfil do professor de enfermagem, mais alinhado à prática, dissociando-a da pesquisa, para que a humanização possa se efetivar, afastando-se do processo de pesquisar.

Diante dos resultados desta classe, compreende-se que os acadêmicos aprendem a humanizar na prática, pois é nesta que se vivenciam as relações, o encontro com o outro. Para entender o ser humano que recebe o cuidado é necessário o conhecimento da antropologia, sociologia e psicologia; logo, as representações dos acadêmicos sofrem influência dos conteúdos abordados nestas disciplinas, mas também do professor que contribuem para o aprendizado da humanização.

### **5.2.2 Aspectos conceituais da Humanização na Prática de Enfermagem (classe 2)**

Esta classe possui 339 UCE, com 112 palavras analisadas, perfazendo o total de 16% do corpus analisado e possui uma associação com alunos do oitavo período, que não possuem parente que atuem profissionalmente na área de enfermagem, católico e do sexo feminino, conforme pode ser observado no quadro 6.

**Quadro 6** – Valores de KHI<sup>2</sup> relativos às variáveis de análise com associação estatística na classe 2.

Variável	Categoria Associada	Valor de khi <sup>2</sup>
Período	oitavo	94
Familiar na Equipe de Enf.	não	21

Religião	católico	8
Sexo	feminino	7

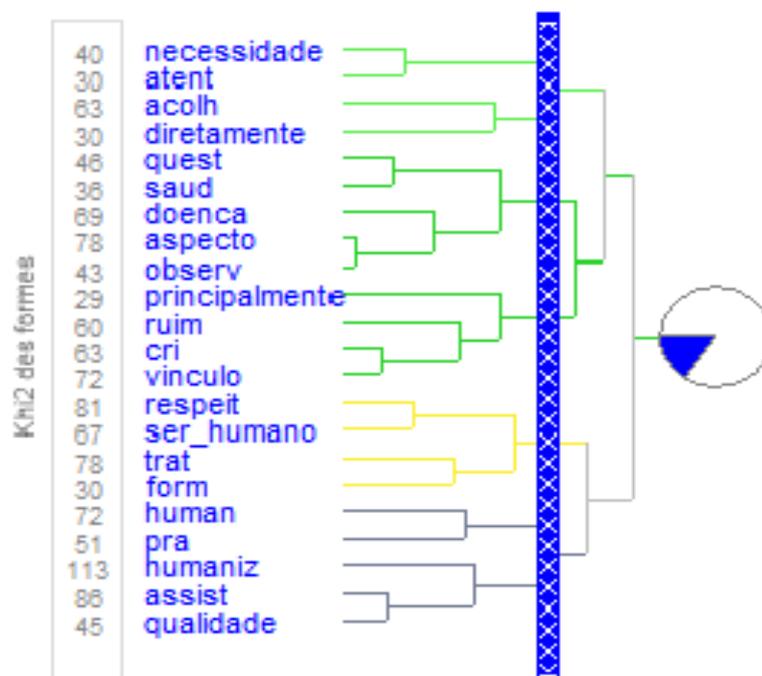
Esta classe abrange os conceitos construídos sobre a humanização pelos acadêmicos de enfermagem. Observa-se que a representação é construída através do estado de ser humano, se consolidando no tratar o outro de forma humana. Este tratamento se efetiva na relação de vínculo com o outro, relação que deve ter como base o respeito e como resultado a qualidade da assistência. Para tanto, estes apontam que esta assistência deve visar atender às necessidades do outro, acolher, observar para além do aspecto saúde-doença, conforme se observa no quadro 7.

**Quadro 7** – Formas reduzidas com o  $\chi^2$  relacionado e as formas completas associadas da classe 2.

Formas Reduzidas	KHI <sup>2</sup>	Forma Completa
Humaniz	114	Humanização, humanizado, humanizar, humanizado,
Assist	87	assistência
Respeit	82	Respeito, respeitar, respeitando
Trat	79	Tratar, tratando, tratam, tratado, tratada, trate, trata
Aspecto	79	Aspecto, aspectos
Human	73	Humano, humana, humanas
Vinculo	72	Vínculos, vinculo
Doença	69	doença
Cri	63	Criar, criei, cria, criado, criada, criando, criaram
Acolh	63	Acolhe, acolher
Observ	44	Observar, observação, observa, observam, observando

A relação estabelecida com estas palavras pode ser observada na Classificação Hierárquica Ascendente. (Figura 6)

**Figura 6** – Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 2.



À luz dos dados, o sentido atribuído a palavra humanização deriva do conceito de ser humano, observa-se neste momento o processo de formação da RS, passando-se da ideia de algo abstrato para concreto, com transformação do não familiar em familiar, através dos processos de objetivação e ancoragem.

faz parte da sociedade, é isso que eu vejo como não ser humano, é você agir somente por instinto e nós não somos seres que agem somente por instinto, mas devemos agir da forma da sociedade que nós estamos inseridos, é você saber viver em comunidade. (uci nº 1: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

mas eu vejo uma prática também, que tem a necessidade de ter outros aspectos sendo colocados em pauta também, pra mim, no meu contexto, eu vejo a humanização além do que está escrito no papel, eu vejo ela pelo conceito da palavra mesmo. (uci nº 19: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

acho que ela tem de bom é o fato dela estar fazendo retornar o lado bom das pessoas, e de ruim que isso nunca deveria ter saído, essa parte boa não deveria ter saído das pessoas, elas deveriam estar sempre com essa parte boa que é a humanização agora. (uci nº 33: \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_2 \*K\_2)

A palavra humanização advém do humanismo e retorna do processo de humanismo que foi um componente do renascimento. Nesse sentido a palavra humanização pode articular-se ao desenvolvimento do humanismo na sociedade e nos elementos que a integram. Com isso os acadêmicos de enfermagem, ao caracterizarem a RS sobre a humanização, partem desta perspectiva do imaginário social.

mas que podem ser percebidas com gestos ou olhares, ou você perceber do outro uma preocupação, uma ansiedade. Pra mim é humanização porque você está sendo humano, você está tentando compreender o lado daquela pessoa ali. (uci nº 4: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

humanização é o que a gente escuta desde o começa da graduação, humanização é você acolher aquela pessoa da melhor forma possível, resolutividade, ser humano, ter empatia, se por no lugar do outro. (uci nº 3 : \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_1)

daquele estado de doença existe um ser humano, é cuidar daquela pessoa da melhor forma possível, observando aspectos tanto biológicos da questão da doença, da patologia, como aspectos sociais, aspectos humanos. (uci nº 17: \*sex\_m \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_2)

Compreende-se que a humanização se objetiva na figura de ser humano e se efetiva na relação que este estabelece com o outro, esse encontro se configura no ato que leva a pessoa a sua condição humana, os acadêmicos objetivam e ancoram a humanização em sentimentos como a empatia, generosidade, ansiedade e preocupação.

Como a RS da Humanização se constrói pela ideia de humanidade, falar do que é próprio ao ser humano gera certo estranhamento, por isso os acadêmicos questionam a criação de uma política que fale sobre a humanização. Esta dimensão retrata um desafio evidenciado pela PNH, quando logo no início, em seu primeiro documento, aponta para que o conceito de humanização possa gerar um sentimento de banalização decorrente do termo, visto como tendo o objetivo de tornar mais humanas as relações, se configurando como uma condição de bondade o que é de direito. (BRASIL, 2004)

Bom, na verdade quando começou a se falar de humanização dentro da faculdade, dentro das aulas, causou um certo estranhamento pra mim porque se você precisa de uma política pra ser humanizado é porque o atendimento era desumanizado. (uci nº 10: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

sempre achei esse termo um pouco... eu não sou humana? Por que eu preciso de humanização? A gente vê que com o tempo tanta coisa foi perdida e a gente vê até aqui nos estágios, a gente entra com um pensamento e muita gente, devido as carências do serviço, acabam se deixando levar numa assistência que não é de qualidade. (uci nº 14: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_3)

de ruim eu acho que é a questão que eu já coloquei: o termo humanização dá impressão que passa pra gente é de que até aqui foi, não existiu essa relação, esse vínculo usuário-enfermeira. (uci nº 8: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

À luz das representações dos acadêmicos, a humanização se efetiva através da relação profissional com o usuário, na qual deve estar permeada pelo carinho, empatia, atenção, sensibilidade e compreensão.

A assistência humanizada, ela está no fato de você tratar o outro no todo dele, é você tratar o outro como você gostaria de ser tratado, é você tratar com carinho, com disponibilidade, olhando com olhos de ver. (uci nº 1: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Então, eu acho que é isso: tratar a pessoa da forma que você gostaria de ser tratado, você gostaria de ser tratado com carinho, com atenção, e porque tem que tratar também. (uci nº 20: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

humanização pra mim não é você não, talvez não seja só no hospital, mas principalmente no hospital você ter um tratamento que trate as pessoas da melhor forma, da forma que você quisesse ser tratado, que é de uma forma boa. (uci nº 24: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_3)

a humanização, eu penso que é a forma que você vai tratar o paciente, tanto os pacientes como os familiares, compreender a angústia do paciente, a dor e o medo, compreender a parte psicológica, isso também faz parte da humanização. (uci nº 5: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

A humanização da assistência pra mim é uma caracterização mais próxima, uma identidade maior do profissional com o usuário. (uci nº 8: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Frente a este discurso em que os acadêmicos pontuam a relação interpessoal para se efetivar a humanização, cabe citar a teoria de enfermagem de Peplau (1952), que tem como meta da enfermagem desenvolver a interação entre o enfermeiro e usuário. A estrutura desta teoria para a prática parte do princípio que a enfermagem é um processo interpessoal, os enfermeiros devem facilitar as relações interpessoais nos serviços de saúde. (PERRY, 2009)

A qualidade foi citada como um aspecto positivo para a humanização, para os acadêmicos a qualidade no atendimento prestado aos usuários nos serviços de saúde se configura como base para que aconteça a humanização

da atenção e da gestão. Observa-se a dimensão do afeto na construção da RS sobre a humanização, quando os acadêmicos aludem à qualidade como algo positivo, favorável ao atendimento do usuário.

De acordo com a PNH, na implementação da humanização, utiliza-se de um conjunto de estratégias para alcançar a qualidade da atenção e da gestão em saúde no SUS. (PASHE, PASSOS, 2008)

então eu acho que você dar uma assistência humanizada é você por o seu cuidado, é você por essa questão de prestar uma assistência de qualidade acima desse juízo de valor. (uci nº 10: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

uma assistência humanizada para mim vai ser uma assistência que seria de qualidade (uci nº 14: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_3)

mas é porque na cartilha eles falam que é pra enfatizar ainda mais que as ações precisam ser feitas, você tratar de forma integral, você tem um serviço voltado para qualidade e não para a quantidade. (uci nº 9: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_2)

pra mim uma assistência mais humanizada é tratar o paciente ou o cliente de forma como uma pessoa e não como um número, visando mais um, tratar visando a qualidade e não a quantidade. (uci nº 22: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

atentar para o lado familiar suas questões, seus conflitos com as famílias e procurar ao final dar qualidade da assistência prestada. (uci nº 11: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_3)

Logo, segundo a PNH, para que se possa ter qualidade nos serviços de saúde são necessários elementos que visem melhorias nas práticas de saúde voltadas tanto para os usuários como para os profissionais de saúde que trabalham nas unidades.

Como a humanização se objetiva no ser humano e na relação estabelecida entre entes, a humanização se configurou como algo positivo; no entanto, um aspecto negativo citado foi que para que se estabeleça a interação é necessário que haja tempo para que esta aconteça.

Ressalta-se que a enfermeira deve disponibilizar tempo hábil a fim de colher através do processo de escuta de informações que possam subsidiar a identificação das necessidades do usuário e, desse modo, planejar e desenvolver cuidados destinados a atender às suas necessidades. (VALE; PAGLIUCA, 2011)

de bom eu acho que no final do processo de atendimento, mais eficácia na prevenção se for o caso e no tratamento de doenças, eu não sei se seria ruim, mas você perde um pouco mais de tempo. (uci nº 22: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

você pode prestar o melhor cuidado para aquele paciente. Agora um aspecto ruim da humanização talvez seja, não ruim para a assistência de enfermagem, mas talvez seja ruim pro governo, para os hospitais, porque talvez você tendo um contato mais humanizado, você vai ter que prestar mais tempo a um paciente só. (uci nº 38: \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

não, ela só vem a acrescentar pra mim, até o momento eu não vejo com nenhum aspecto negativo. (uci nº 8: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

A humanização de bom é a aproximação e a retribuição também do que você acaba recebendo da pessoa que você dá o cuidado. De ruim, o que a humanização teria? Deixa eu pensar, é porque eu penso coisas positivas em relação a humanização. (uci nº 32: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

de ruim eu não consigo ver nenhum ponto porque só tem a acrescentar mesmo, só tem de bom mesmo, é você fazer com que aquele sujeito tenha satisfação no serviço que você está prestando porque ele está sendo bem atendido. (uci nº 7: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Para os acadêmicos o elemento que demarca a relação da humanização com o cuidado de enfermagem é o vínculo construído pelo profissional com o usuário, que foi compreendido através da relação de proximidade com o outro. Ressalta-se que no campo da enfermagem, o vínculo se configura como uma tecnologia de relação, que integra o ato de cuidar em si, relacionando as diferentes formas de cuidar do usuário. (SILVA, ALVIM, FIGUEIREDO, 2008)

eu acho que é fundamental porque é a enfermagem que convive realmente com o paciente, se não for um trabalho humano que você estabeleça um vínculo, uma troca entre você e o paciente não vai pra frente, não vai ter uma assistência boa. (uci nº 25: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

a humanização no cuidado de enfermagem é aperfeiçoar essa questão do vínculo. Pra mim a humanização no todo se resume a identificar o cliente, a identidade do cliente e do vínculo dele com o profissional. (uci nº 8: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

mas eu acho que é de suma importância essa humanização no cuidado, esse outro olhar sobre a visão do cuidado com o outro, eu acho que se o cuidado for feito sem humanização, pelo que eu entendo de humanização, ele não é feito de uma forma eficiente. (uci nº 32: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

em contato com o ser humano, óbvio que a enfermagem tem contato com o ser humano em cem por cento do tempo, mesmo quando eu estou ali coletando um dado do paciente eu estou ali tendo um contato com ele, que

é um contato sistemático e não humanizado. (uci nº 38: \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

Para os acadêmicos esta construção de vínculo faz referência a um aspecto positivo da humanização, pois se aproxima da responsabilização do usuário. Destaca-se que a partir da responsabilização com o outro, o cuidador vai além das ações técnicas da atenção a saúde permitindo que se crie um vínculo, esta dimensão faz parte da clínica ampliada, dispositivo da PNH. (ARAÚJO, 2009)

eu acho que só vem a trazer mesmo a questão do vínculo do profissional que passa a ser maior, a questão da responsabilização própria do usuário, eu acho que a humanização traz diversos benefícios para a pessoa, para a saúde dela. (uci nº 6: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

eu acredito que ela aplicada de uma forma correta só tem pontos positivos, eu acho que ponto positivo que ela teria seria criar um vínculo entre esse cliente, esse paciente, não sei como ele vai ser chamado, mas entre essa pessoa e o profissional. (uci nº 19: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

O Acolhimento é um dos dispositivos da PNH que surgiu nos discursos dos acadêmicos associado com um aspecto de vínculo; nessa linha, o acolhimento deve ser entendido como “um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo sua postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários.” (BRASIL, 2009)

O que eu vejo de bom é que a gente dá um direcionamento maior para a pessoa, a gente não deixa a pessoa tão perdida, essa questão do acolhimento a gente meio que encaminha ele mais para a pessoa e isso é bom porque estabelece um vínculo de confiança maior. (uci nº 20 : \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

assistência humanizada é você tratar bem o cliente desde o momento em que ele literalmente chega ao serviço, é ele ter um bom atendimento desde o setor da parte do acolhimento, da triagem. (uci nº 19 : \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

Porém, este vínculo pode remeter a algo negativo quando esta proximidade com o outro gera algo além da relação profissional, como a intimidade.

[confundir] humanização com a questão da intimidade, da amizade e eu acho que isso não é tão bom, criar um vínculo é bom para conhecer o

paciente, mas principalmente pelo profissional que você é. (uci nº 20 : \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Nas representações, a humanização também surgiu atrelada a ética aplicada ao cuidado, uma vez que eles estabelecem relações interpessoais pautadas em elementos éticos como o respeito e o direito mediando a relação entre profissional-aluno e o usuário, tornando assim tais relações, por princípio e natureza, éticas. (ARAÚJO, FERREIRA, 2011)

olha eu acho que eu vou ficar redundante porque pra mim uma assistência humanizada, eu acho que ela tem que ter o caráter do respeito em relação ao paciente, ela tem que ter em relação a situação que ele está se encontrando e com a família também. (uci nº 24: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_3)

eu acho que respeito é fundamental, você saber tratar o paciente. (uci nº 25: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

A meu ver eu penso que primeiramente humanização é um direito do cidadão; então, por ser um direito do cidadão a humanização é dever do trabalhador respeitar o ser humano. (uci nº 5: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

É você tratar a pessoa com dignidade, com respeito de forma humanizada. (uci nº 9: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_2)

Para você prestar a assistência humanizada cabe ao profissional não só de ter respeito novamente, mas respeitar aquele sujeito, dar atenção e tratar com respeito mesmo para ele se sentir acolhido (uci nº 7: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

A dimensão ética da humanização se expressa através do respeito e do direito, possui uma relação com o atendimento que os usuários do SUS recebem nas unidades de saúde, ressaltando que estes possuem o direito de serem atendidos com ordem, organização e qualidade, assim como receberem informações claras sobre seu estado de saúde, de forma que esta informação seja também extensiva aos seus familiares, devem receber ainda um tratamento humanizado e sem discriminação.

Os usuários do SUS devem ter respeitado os seus direitos de paciente, além do que possuem deveres na hora de buscar o atendimento no serviço de saúde, não devem mentir ou dar informações erradas sobre a sua saúde e devem cumprir o que diz a carta dos direitos dos usuários.

As representações sociais dos acadêmicos de enfermagem aludem que para ocorrer a humanização na saúde é necessário que haja uma ruptura com o modelo biomédico, que enfoque o “tratar como doença” os usuários nas unidades de saúde, o que para estes tal prática significa prestar um atendimento tratando as pessoas como coisas, não reconhecendo o usuário como uma pessoa que necessita de cuidados, mas apenas como um objeto exclusivo de intervenção clínica com o foco na doença que o usuário possui. Uma das consequências dessa prática nas unidades de saúde por parte dos profissionais é a destituição da autonomia do sujeito, além do não reconhecimento dos seus sentimentos, constituindo-se numa assistência que não vai ao encontro do que preconiza a humanização. (GIORDINI, 2008).

Pela questão da gente ver o paciente como uma pessoa e a gente tratar o paciente não como um objeto que contém uma doença, mas como uma pessoa que tem problemas. (uci nº 36: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_5 \*K\_3)

o humanizado é aquele contato pessoa a pessoa com o paciente, deixa eu ver como eu te explico melhor, o contato ele identifica não só a questão da doença porque esse é o modelo biomédico, você não trata de doença e muito menos de doente. (uci nº 8: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

humanização da assistência é você tratar o paciente da melhor forma possível, você não ver o paciente só como uma doença ou como uma parte do corpo, mas tentar entender por trás daquela patologia. (uci nº 17: \*sex\_m \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_2)

mas entender todo o contexto em que ele está inserido, não é só a doença fisicamente que vai afetá-lo, mas também tem a família, tem a comunidade, tem os aspectos sociais e econômicos dele. (uci nº 18: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_4)

Ao contrário do discurso anterior, a humanização da atenção e da gestão acontece quando os profissionais de saúde prestam o cuidado ao usuário reconhecendo o sujeito que procura os serviços de saúde como um ser ativo e autônomo no seu processo de cuidar da própria saúde.

Esta dimensão faz parte da clínica ampliada, uma das diretrizes da PNH. Nesta clínica assume-se o compromisso ético profundo com os sujeitos identificando nesses algo muito além de uma patologia, compreendida como um conjunto de sinais e sintomas. Uma clínica deve ser muito mais do que uma prescrição de remédios e solicitações de exames, sendo necessário que haja um processo de reflexão sobre a existência de fatores que influenciam e interferem no processo de saúde e adoecimento do usuário. (BRASIL, 2009).

Outro elemento que surgiu nos discursos dos acadêmicos sobre o sentido da humanização nas práticas de saúde envolve enxergar o outro como um todo, o que corresponde a um conceito definido como “holismo”. Esse conceito implica em considerar as dimensões biofísica, social, psíquica, emocional, mental e espiritual que interagem com o corpo físico em estado de equilíbrio e harmonia. (GIORDINI, 2008)

Esse conceito permeia o ambiente de cuidado na saúde, uma vez que se considera que o usuário que necessita de cuidados e/ou está em processo de adoecimento não é apenas um corpo físico que apresenta sinais e sintomas, mas há algo além, existem outros fatores que influenciam o seu processo de saúde e que devem ser considerados e colocados em primeiro plano pelos profissionais de saúde. (GIORDINI, 2008)

Olhar para o outro como um todo envolve um aspecto muito mais subjetivo do que objetivo no que concerne o uso da visão, enxerga-se o outro com as suas singularidades, particularidades através do qual cada usuário ira apresentar diferentes necessidades. Considera-se que há uma preocupação por parte da enfermagem em abranger não somente o que corresponde ao biológico, mas a totalidade que envolve o cuidar do outro. (GIORDINI, 2008)

a humanização então é tudo como escutar o paciente, faz parte do cuidado ter aquele olhar holístico compreender, se por no lugar do outro. (uci nº 5: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

A escola toda é voltada pra isso. Desde o início a gente é influenciada a pensar no indivíduo como um todo de forma integral, pensar holisticamente não olhar só o dedão do pé, olhar tudo, olhar o individuo como um todo. (uci nº 9: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_2)

Eu não parei para fazer essa observação de entender se era assim ou não, esse tratamento diferenciado é do enfermeiro, com o olhar mais holístico, ele está mais preocupado com o paciente no todo de uma forma geral e não com a doença do paciente. (uci nº 8: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Observa-se que a humanização, nas representações dos acadêmicos, surgiu atrelada a um cuidado que visa atender às necessidades e desejos do usuário. Para tanto é necessário que haja uma forte interação entre o profissional e o usuário para que possa ser desenvolvida a capacidade de observar, perceber e identificar as necessidades do outro, essas capacidades

devem ser desenvolvidas no processo de formação profissional em enfermagem.

quando tem a família perto ela te dá vários dados sobre o paciente. Eu acho que isso ajuda a você humanizar a sua assistência, você saber realmente o que o paciente precisa, as reais necessidades dele, e tentar de alguma forma ajudar aquele paciente. (uci nº 25: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

E uma assistência que identifica as necessidades individuais do cliente e não ele num contexto como no coletivo, você olha cada cliente de uma maneira diferenciada de acordo com as necessidades dele. (uci nº 8 : \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Evidencia-se que para os acadêmicos de enfermagem a humanização envolve olhar para o sujeito como um todo, bem como atender as suas necessidades. Tais premissas vão ao encontro da teoria de enfermagem de Virginia Henderson, na qual destaca que as enfermeiras ajudam os sujeitos a satisfazerem as 14 necessidades básicas. Para Henderson, essas necessidades envolvem o sujeito como um todo incluindo fenômenos inerentes aos domínios: fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e desenvolvimentais. Nessa medida, a enfermeira e o sujeito devem trabalhar unidos para satisfazerem as necessidades e atingirem as metas. (PERRY, 2009)

Jean Watson, com a teoria do cuidado transpessoal também aborda este processo interpessoal com o enfoque nas necessidades dos sujeitos. Para Watson, a enfermeira precisa conhecer as necessidades dos indivíduos, como responder aos outros, e as forças e limitações dos familiares, assim como as da enfermeira. Assim, para Watson, a enfermeira deve ter consciência do comportamento humano e das respostas humanas aos problemas reais ou potenciais dos sujeitos. O propósito da enfermagem é compreender a inter-relação entre a saúde, comportamento humano e doença. (PERRY, 2009).

Os resultados desta classe conduzem à conclusão de que os acadêmicos de enfermagem possuem um conhecimento híbrido sobre a humanização, pautado no senso comum e na ciência da enfermagem, visto que através desta classe foi possível acessar os processos de formação das RS sobre a humanização, onde a humanização se objetivou na imagem do ser humano e a ancoragem em sentimentos presentes no estado de ser humano e

estabeleceu nexos com conceitos teóricos de enfermagem, mesmo que os acadêmicos de enfermagem não os citassem em nenhum momento.

Foi possível ainda acessar a dimensão do afeto nas RS, quando a qualidade e o vínculo foram qualificados como um aspecto positivo e não ter tempo e também o vínculo, por vezes, qualificam-se como aspectos negativos. O universo reificado aparece nas representações quando os acadêmicos reconhecem que a humanização estabelece nexos com as teorias de enfermagem quando citam a importância de se atender às necessidades dos sujeitos e não tratar o usuário como doença, identificando-se, portanto, um rompimento com o modelo biomédico que ainda orienta as ações de saúde.

### 5.2.3 Dificuldades para Implementar a Humanização (classe 4)

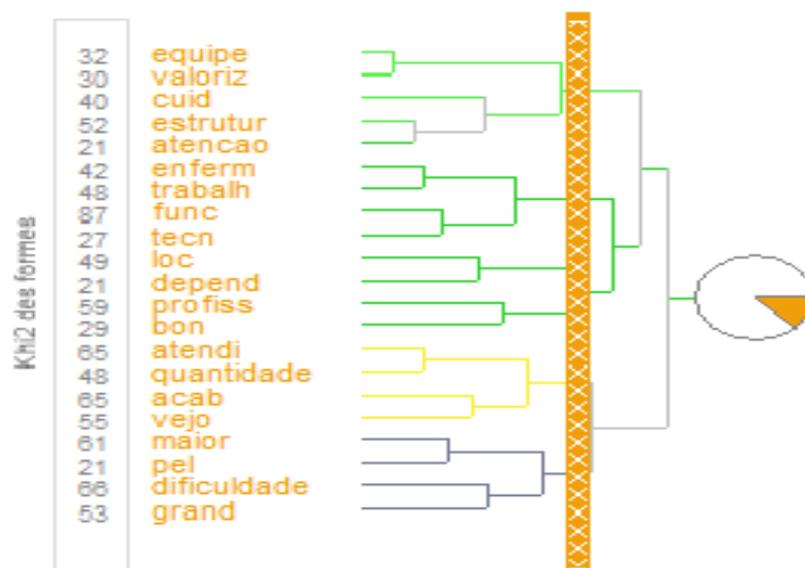
Esta classe possui associação estatística com acadêmicos do oitavo período, evangélicos, que não possuem familiar atuando profissionalmente na área da enfermagem e do sexo feminino (sex\_f khi<sup>2</sup> = 13). (Quadro 8)

**Quadro 8** – Valores de KHI<sup>2</sup> relativos às variáveis de análise com associação estatística da classe 4.

Variável	Categoria Associada	Valor de khi <sup>2</sup>
Período	oitavo	88
Familiar na Equipe de Enf.	não	13
Religião	evangélico	18
Sexo	feminino	13

Esta classe possui 274 UCE, perfazendo 13% do corpus, com 102 palavras analisadas. Evidencia-se que através das formas reduzidas em análise em conjunto com as UCE, esta classe aborda as dificuldades para se implementar a humanização, através da menção das seguintes palavras: equipe, a estrutura, o trabalho do enfermeiro e a função do técnico, depende do local, bons profissionais e a quantidade de atendimentos, as relações estabelecidas entre as palavras interclasses podem ser observadas na C.H.A. (Figura 7)

**Figura 7** – Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4.



Observa-se que as dificuldades englobam a gestão de recursos humanos e materiais (estrutura do serviço) que se relacionam com o atendimento e questões que remetem a profissão como o trabalho em equipe, o enfermeiro que delega função e o perfil de um bom profissional na enfermagem. Para maior compreensão dos conceitos atribuídos a esta classe segue no Quadro 9 as formas reduzidas e seus respectivos contextos semânticos.

**Quadro 9** – Lista de Formas Reduzidas com o khi<sup>2</sup> relacionado e as formas completas associadas da classe 4.

Formas Reduzidas	KHI <sup>2</sup>	Forma Completa
Func	88	função, funções
Dificuldade	67	dificuldade, dificuldades
Acab	66	acaba, acabada, acabam, acabar, acabava, acabavam
Atend	66	atendi, atendimento, atendimentos
Maior	62	maior, maiores, maioria
Profiss.	60	profissão, profissões
Vejo	55	vejo
Grand	54	grandes, grande, grandeza
Estrutur	53	estrutura, estruturais
Loc	49	locais, local
Trabalh	48	trabalha, trabalhada, trabalham, trabalhamos, trabalhando

Deleg	47	delega, delegando, delegando,
Recursos_humanos	33	Recursos humanos

Os acadêmicos declaram que para que se atenda aos usuários nos serviços de saúde é necessário que haja profissionais em número suficiente, bem como recursos materiais, estes são citados como elementos que influenciam a humanização nas práticas de saúde. Porém, os acadêmicos relatam observar nos serviços poucos profissionais para uma grande demanda de serviços, bem como escassez de recursos. A gestão de recursos materiais e humanos se torna assim um elemento central para a humanização da atenção e da gestão.

Cabe salientar que a escassez de recursos materiais emerge como um dos maiores problemas no trabalho senão o maior, podendo gerar estresse na equipe de enfermagem. A carência de material implica na necessidade de busca e na perda de tempo que poderia ser destinado a assistência. O fato de buscar condições para realizar o trabalho aliado à situação de nem sempre encontrá-las, leva a sentimentos de irritação e cansaço profissional. (CALDERERO; MIASSO; WEBSTER, 2008)

por isso, porque o quantitativo de paciente é muito grande para as pessoas que trabalham na área da saúde, isso você vê em todos os lugares: hospital público, hospital particular, tem muito paciente para pouca pessoa. (uci nº 25: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

fragmenta até o cuidado porque você não consegue dar continuidade mesmo, você, não sei explicar direito, ele pode fazer o possível para ser humanizado, mas em noventa e cinco por cento dos casos faltam recursos humanos, faltam materiais. (uci nº 6: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

a equipe deve sempre estar presente, à disposição porque o foco da equipe de saúde é o paciente; fora que tem que ter todos os materiais disponíveis para atender melhor o paciente, recursos humanos, recursos materiais, acho que engloba todos esses fatores. (uci nº 18: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_4)

ah, com certeza, eu acho que essas dificuldades são assim como nós passamos por lá, nós passamos realmente o que os enfermeiros passam no dia a dia e com certeza é complicado demais a questão de realizar esse atendimento humanizado com uma quantidade de pessoas muito grande. (uci nº 6: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

O excesso de atividades decorrentes da insuficiência de pessoal e de material, inviabiliza a realização de muitas atividades, tornando além de angustiante, praticamente impossível a realização de um trabalho de qualidade. (CALDERERO, MIASSO, WEBSTER, 2008)

Tais questões fomentam o debate sobre a saúde do trabalhador e a valorização do mesmo, estes são entendidos pela PNH como diretrizes fundamentais para a humanização. Para tanto, a PNH aposta na mudança nos modelos de gestão e de cuidado, pois é preciso transformar as práticas para que se possa mudar os processos de trabalho, ressalta-se que é necessário reconhecer as dinâmicas de cada unidade de saúde assim como a indissociabilidade entre atenção e gestão, sendo assim é preciso que haja uma articulação entre os trabalhadores e os gestores. (BRASIL, 2011)

Essas premissas aqui pontuadas fazem parte do programa de formação em saúde do trabalhador da PNH. Através deste instrumento acontecem as rodas de conversa, onde trabalhadores e gestores discutem o trabalho, esta prática permite que estes sujeitos conheçam o seu processo de trabalho e possam propor mudanças, compartilhando novas estratégias e construindo saídas coletivas, havendo espaço de negociação entre trabalhadores e gestores. (BRASIL, 2011)

Nesse contexto, o planejamento do tempo durante o atendimento se torna um elemento necessário para se alcançar a qualidade na assistência prestada à clientela. Nessa lógica, o tempo foi citado como outro elemento capaz de influenciar a humanização da atenção e da gestão. Durante o atendimento é importante que o profissional possua o planejamento da assistência para que se alcance a resolutividade no serviço.

eu procuro dar uma assistência e procuro assim me assistir para assisti-los da melhor forma possível dentro daquele tempo que eu tenho, dentro daquele espaço que eu tenho, otimizar aquele atendimento. (uci n° 19: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

cuidado muita das vezes, tem pacientes que acontece: “\_Ah, eu nem sei o que é que esse paciente tem”. Acontece, porque é tanta gente e tanta coisa que eu nem sei, que o próprio ambiente, cenário, a estrutura não permite que a gente dê um cuidado de qualidade. (uci n° 2: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_4 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_4)

se o enfermeiro tiver organização ele vai conseguir implementar um pouco mais a humanização. E ali eu vejo que alguns enfermeiros, por não terem essa visão da organização, acabam se perdendo e fazem um atendimento biomédico. (uci n° 13: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_3)

Às vezes eu vejo que o dia a dia daquela enfermeira que está ali é um dia a dia extremamente corrido porque às vezes a organização, o processo de trabalho não foi bem planejado. Então, às vezes cai tudo pra ela. (uci nº 19:sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

A maioria eu vejo com uma postura contrária a humanização porque eu sei que a vida de atendimento é muito corrida, são muitas pessoas para serem atendidas. (uci nº 22:sex\_f \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

O tempo se constitui como uma grande dificuldade para que se preste o atendimento aos usuários dificultando a implementação da humanização.

eu acho que a maior dificuldade é o tempo, o tempo para que você tenha que dar atenção ao outro é muito curto, eu falo pelo enfermeiro em si ele tem que exercer várias funções, cuidar de várias pessoas ao mesmo e efetuar da melhor forma possível. (uci nº 32:sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

eu acho que a humanização, se você parar para pensar acho que cai mais na questão do atendimento, você vai atender a pessoa, você vai atender a pessoa de forma muito rápida porque a demanda é muito grande; então, você acaba tendo uma dificuldade. (uci nº 6:sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

de não ter pessoas trabalhando para isso, é ruim na humanização porque acaba que você não consegue dar conta de nada porque não tem tempo porque é aquela coisa, enfermeiro é um enfermeiro as coisas não são seguidas corretamente. (uci nº 13:sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_3)

Tais afirmativas levam a discussão sobre o cumprimento do dimensionamento de pessoal na enfermagem que faz parte de uma resolução que estabelece parâmetros que determinam o quantitativo mínimo de profissionais de enfermagem para o desenvolvimento de atividades nas instituições de saúde. Este dimensionamento destaca o tempo mínimo necessário para o cuidado prestado de acordo com a especificidade de cada clientela, que contemplam a: assistência mínima, assistência intermediária, assistência semi-intensiva e assistência intensiva. Este dimensionamento aborda a clientela assistida, o tempo mínimo necessário bem como o quantitativo mínimo necessário de profissional: enfermeiro, técnico e auxiliar necessário para a prestação do cuidado. Reconhece-se assim que quando respeitado e efetivado o quadro mínimo necessário para o trabalho de enfermagem nas instituições são inúmeros os benefícios aos trabalhadores, usuários e também aos gestores. (COFEN, 2004)

Porém, quando este não é efetivado acomete a saúde do trabalhador e do usuário dificultando a qualidade e a humanização da atenção e da gestão. Dessa forma, como pontuado pelos acadêmicos, o tempo é um desafio para a humanização que pode ser superado quando respeitado o dimensionamento de pessoal na enfermagem.

Cabe ressaltar que no cotidiano dos serviços os profissionais de saúde se deparam com superlotação, grandes filas, os profissionais encontram-se muito atarefados, não conseguem avaliar os seus processos de trabalho assim como a reflexão para mudá-los. O acolhimento se configura como um meio para se refletir sobre este processo de trabalho em saúde, avaliando os riscos e a vulnerabilidade em que os usuários apresentam quando procuram o serviço de saúde. (BRASIL, 2009)

Nessa linha, a PNH possui o dispositivo do acolhimento com classificação de risco, esta sendo entendida como:

uma ferramenta que além, de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado, informar o paciente que não corre risco elevado, assim como seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo, dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação a satisfação dos usuários e principalmente, possibilitar e instigar a pactuação de redes e extremas de atendimento. (BRASIL, 2009)

Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco é uma das intervenções potencialmente decisivas na organização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, onde o espaço possui organização com uma dinâmica espacial dividida por eixos: o do paciente grave com risco de morte, eixo vermelho, e o paciente aparentemente não grave, mas que necessita e procura o atendimento de urgência, eixo azul. (BRASIL, 2009)

Para a classificação de risco foram desenvolvidos diversos protocolos que têm como prioridade não demora em prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata; logo, se baseia na avaliação primária do paciente. Ressalva-se que a realização da classificação de risco é feita por um profissional de enfermagem de nível superior, o enfermeiro.

O trabalho em equipe tem se configurado como um dos elementos que dificultam o processo de trabalho na enfermagem comprometendo não

somente a saúde do usuário que recebe a assistência de enfermagem, mas de membros da equipe que relatam estresse, insatisfação com o trabalho devido às dificuldades de relacionamento com a equipe. Ao encontro deste discurso os acadêmicos declaram que o trabalho em equipe vem se configurando como um dos elementos que dificultam a humanização da atenção e da gestão. (SOUZA, SOARES, 2006)

no caso, para mim que sou ainda acadêmica, eu vejo que a nossa principal dificuldade é o relacionamento com a equipe de enfermagem dentro dos setores. (uci nº 14: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_3)

então, a gente é encarado como se a gente tivesse atrapalhando o cuidado, às vezes a gente está junto com o técnico fazendo um banho ou qualquer procedimento que seja e a gente é visto com se a gente tivesse de olho no trabalho deles e assim eles não conseguem tratar a gente como uma ajuda. (uci nº 4: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_4)

eu já tive contatos com enfermeiros muito bons que ajudavam e trabalhavam junto com o técnico e eu já vi enfermeiros que ficavam sentados sem fazer nada. (uci nº 28: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

eu não sei, tem essa coisa do técnico e do enfermeiro que eu acho que tinha que ser uma coisa mais em conjunto do que uma coisa em cima e uma coisa em baixo. (uci nº 32: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

toda a legalidade para fazer a maioria dos procedimentos e o enfermeiro muitas vezes não está ali, a gente observa isso, mas existem lugares que eu já fiz estágio extra e nesses locais eu já observei um trabalho em equipe do enfermeiro com o técnico. (uci nº 11: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_3)

O trabalho em equipe na enfermagem é de responsabilidade de todos, assim é necessário que se respeite as individualidades de cada membro, bem como reconhecer e fomentar as competências e capacidades de cada membro da equipe. É importante que durante o processo de trabalho, o enfermeiro como líder da equipe ofereça oportunidades de participação, compartilhe e busque soluções para os problemas surgidos em toda sua equipe, procurando ouvir as opiniões dos membros, desenvolvendo processos de comunicação eficiente.

A falta de um bom relacionamento interfere na assistência prestada e na satisfação no trabalho, podendo gerar maior estresse para a equipe. A qualidade dos cuidados não está somente relacionada à habilidade técnica,

mas também ao bem estar psicológico, comprometendo a saúde do trabalhador. (CORONETTI; NASCIMENTO; BARRA et al, 2006)

Outra dificuldade apontada pelos acadêmicos é a ato do enfermeiro delegar muita função, se afastando do cuidado direto ao usuário. Este resultado reitera estudos anteriores sobre a representação social da enfermagem, em que o ato de delegar apareceu como uma das ações do enfermeiro para os acadêmicos de enfermagem. (HERMIDA, 2008)

Sabe-se que no cotidiano dos serviços os enfermeiros dedicam grande parte de seu tempo em atividades administrativas e burocráticas, e acabam delegando funções aos outros membros da equipe, auxiliares e técnicos de enfermagem, o que acarreta o distanciamento da relação enfermeira-usuário, contribuindo para que não aconteça a humanização como pode ser observado nos conteúdos das UCE que seguem:

Bom, eu acho que aí a coisa é um pouco diferente, a coisa muda de figura porque muitas vezes eu percebo que muita das vezes o enfermeiro, ele se torna, delega as funções ao técnico para fazer isso aquilo e aquilo outro. (uci nº 10 : \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Então, humanizar o cuidado, eu acho que o enfermeiro, ele tem que conhecer toda a história clínica do paciente, o que a gente não vê acontecendo muito, mas tem que ter o diagnostico da enfermagem que é importante passar tanto para a equipe técnica em valorizar, e assim o enfermeiro que eu vejo muito também, ele acaba delegando funções que são próprias dele, se é pra humanizar o cuidado. (uci nº 18: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_4)

A grande maioria é um enfermeiro que delega função, é um enfermeiro que não tem contato com o paciente, é um enfermeiro que não tem um bom relacionamento com a equipe profissional, é um enfermeiro que às vezes você não vê no setor. (uci nº 12: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

A prioridade ao se delegar uma função, corresponde ao conhecimento do que se pode delegar aos outros membros da equipe de enfermagem, pois o enfermeiro deve compreender que ao delegar deve supervisionar o cuidado, bem como avaliá-lo, entendendo a responsabilidade legal pelo cuidado prestado ao usuário; no entanto, os acadêmicos observam desvio no ato de delegar. (POTTER, 2004)

tem muito também de delegar função, delega para o outro fazer, se acomoda com os papéis. O enfermeiro, ele delega para o técnico muita classificação de risco que é função do enfermeiro fazer isso. (uci nº 9 : \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_2)

A palavra delegar faz referência a “enviar a alguém poderes de julgar, resolver, etc”. (FERREIRA, 2000) O enfermeiro, ao delegar função para outro membro da equipe de enfermagem, deve reconhecer as competências científicas e legais de cada membro da equipe de enfermagem, pois o outro membro que foi delegado pelo enfermeiro para realizar uma função deve ser capaz de realizá-la ou resolvê-la, entendendo a responsabilidade legal, técnica e científica que o enfermeiro tem com o cuidado a ser prestado pelo outro membro da equipe de enfermagem.

No entanto, quando o enfermeiro deixa de exercer uma função que lhe é privativa pela gama de elementos técnicos e científicos exigidos ficando a cargo de outro profissional que não possui o desenvolvimento técnico e legal para tal, descaracteriza-se o ato de delegar. Frente a isto, há o exercício ilegal da enfermagem pelo técnico e pelo auxiliar por se tratar de uma função privativa do enfermeiro e uma negligência e imperícia por parte do enfermeiro. Evidencia-se nesta ação o não cumprimento do que é ético e legal.

O perfil do profissional contribui para facilitar ou dificultar a humanização da atenção e da gestão. O perfil facilitador seria a do profissional que reúna característica como: boa vontade, amor e compromisso com o outro, gostar do que faz e valorizar a profissão.

tem locais que eu acho que disponibilizam tempo e condições para que o enfermeiro dê essa assistência humanizada, essa assistência completa e eu acho que em outros locais que não, isso vai do indivíduo também. (uci nº 32: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

Eu acho que isso vai de profissional a profissional, talvez amor pela profissão, estar fazendo o que gosta, eu acho que talvez o amor, mas eu não sei dizer. (uci nº 28: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

com carinho e com amor você acaba fazendo só o atendimento qualquer, você também não precisa de altas tecnologias e um ambiente mega, ultra planejado, claro que ajuda, mas vai muito da gente, as barreiras vão muito da gente, a gente fala que é difícil. (uci nº 1: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

as dificuldades têm em qualquer lugar e em qualquer ambiente, mas as pessoas também podem ajudar as pessoas podem ter um pouco mais de boa vontade. (uci nº 2: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_4 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_4)

eu acho que pode ser que exista alguns locais e alguns hospitais que possam disponibilizar esse cuidado que tenha essa iniciativa, e o enfermeiro não tenha a necessidade, a vontade de efetuar aquilo. (uci nº 32: \*sex\_f

\*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_4)

mesmo as pessoas formadas não têm amor pela própria profissão além de não ter amor pelo próximo não tem amor pelo o que faz. Então, não estão nem ai também. (uci n° 35:\*sex\_f \*per\_3 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_2 \*K\_1)

Evidencia-se que os atributos presentes no discurso dos acadêmicos permeiam a ideia da construção da imagem do enfermeiro, construindo uma figura tipo de profissional que não atende a humanização, haja vista que estes não possuem os atributos necessários para exercer a enfermagem, atributos como os ligados a caridade e a moral, permeando um discurso sobre a identidade da profissão. (NAUDERER, LIMA, 2005; PORTO, 2004)

Logo, os acadêmicos de enfermagem do oitavo período constroem as RS sobre a humanização através da imagem do profissional de enfermagem se amparado nos valores morais, se distanciando do que é preconizado pela PNH, já que para esta política as relações interpessoais devem ter como base a dimensão do direito do usuário.

Há que se compreender que independente das características pessoais de cada profissional, deve ser trazido à tona a responsabilidade ética e legal do ato de cuidar em enfermagem, bem com o direito à saúde que o cidadão possui. Pensar na humanização com atributos ligados a sentimentos como o amor, a paciência e o compromisso pode trazer para assistência justamente o seu contrário: a não humanização, pois há que se respeitar o direito que o outro possui de ser cuidado; relacionar a humanização ao perfil sentimental do profissional pode levar o usuário a ser cuidado ou não.

Os achados desta classe evidenciam que para os acadêmicos de enfermagem do oitavo período, as dificuldades para se implementar a humanização envolvem recursos materiais, humanos e trabalho em equipe, é necessário tempo para se prestar o atendimento; logo, este foi citado como um grande dificultador pois os acadêmicos relatam que no cotidiano dos serviços de saúde os enfermeiros nem sempre dispõem de tempo.

Através desta classe se identificou mais uma vez que as RS da Humanização se pautam nas relações estabelecidas entre profissional e usuário. Desta forma, se o enfermeiro delega a função de cuidar aos outros membros da equipe, se afasta do cuidado direto ao usuário, o que dificulta que

a humanização ocorra, pois para que esta se efetive é necessário a relação direta, o contato direto.

Ao encontro desta representação, os acadêmicos constroem uma figura tipo de profissional que atende à humanização, profissional este que deve ter atributos que favoreçam as relações; no entanto, tais características podem comprometer a ética na saúde e no cuidado.

## VI REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DO TERCEIRO PERÍODO E DO OITAVO PERÍODO

Neste capítulo se apresentam os conteúdos que emergiram da análise *tricroíse* ou cruzada da variável categoria período letivo. Na realização da análise cruzada, bem como foi feito na análise geral, serão consideradas as variáveis em análise que apresentam associação estatística com a classe; as formas reduzidas com maiores valores de  $\chi^2$  e suas formas completas; o dendograma da C.H.A e as U.C.E.

Estão apresentados os elementos característicos de cada período, em atendimento ao segundo objetivo desta pesquisa, qual seja: descrever as peculiaridades dos conteúdos das RS dos acadêmicos de enfermagem em diferentes momentos do curso de graduação em enfermagem.

### 6.1. RS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DO TERCEIRO PERÍODO

Esta classe abrange 50% do corpus analisado e possui associação estatística com acadêmicos de enfermagem do terceiro período, que possuem algum familiar que atua profissionalmente na enfermagem, professam o espiritismo, do sexo masculino, conforme pode ser observado no quadro 10.

**Quadro 10** – Valores de  $\chi^2$  relativos às variáveis de análise com associação estatística com a análise cruzada dos acadêmicos do terceiro período.

Variável	Categoria Associada	Valor de $\chi^2$
Período	terceiro	2842
Familiar na Equipe de Enf.	Sim	722
Religião	Espirita	170
	Ateu	107
Sexo	masculino	281

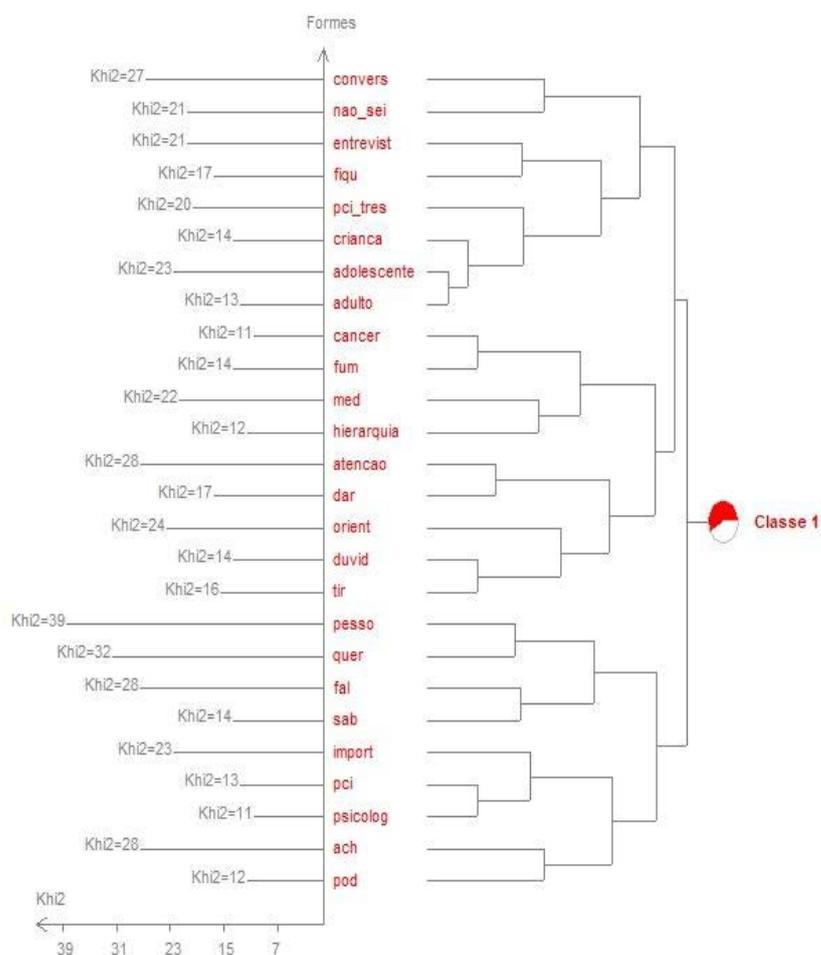
Através da leitura das palavras de maior  $\chi^2$  (Quadro 11) e das U.C.E evidencia-se que esta classe abrange a RS dos acadêmicos de enfermagem do terceiro período, estas RS compreendem a relação estabelecida com o outro durante a atuação nos ambientes onde ocorrem as práticas através da menção das seguintes palavras: conversa, entrevista, criança, adolescente e

adulto, evidenciando que o conceito construído sobre a humanização envolve o ato de orientar, e a pessoa ( $\chi^2 = 39$ ) se configura como um dos elementos mediadores na relação capaz de dificultar ou facilitar a humanização na prática. As relações entre as palavras e interclasses podem ser observadas na figura 8.

**Quadro 11** – Lista de Formas Reduzidas com o  $\chi^2$  relacionado e as formas completas associadas dos acadêmicos de enfermagem do terceiro período.

Formas Reduzidas	$\chi^2$	Forma Completa
Pessoa	39	Pessoa, pessoal, pessoas
Quer	32	Quer, querem, queremos, querer, queria, queriam
Ach	28	Acha, acham, achamos, achando, achar, acharam, achava
Fal	28	Fala, falada, falado, falam, falamos, falando, falar
Atenção	28	atenção
Convers	27	Conversa, conversação, conversado, conversam, conversamos
Oriente	24	Orienta, orientação, orientado, orientam, orientado, orientar
Import	23	Importa, importam, importando, importante, importantes
Med	22	Mede, medica, medicar, medica, medico, médicos, medir
não_sei	21	Não sei
Entrevist	21	Entrevista, entrevistado, entrevistam, entrevistando, entrevistar
Dar	17	Dar, dará, daria
Fique	17	Fique, fiquei, fiquem
Tir		Tira, tiram, tirando, tirar, tiraram, tirei, tiro, tirou
Fum	14	Fuma, fumam, fumando, fumante, fumantes, fumar, fumava,
Sabe	14	Sabe, sabem, saber, saberem, sabia, sabiam
Duvidas	14	Duvida, duvidas, duvido
Pode	12	Pode, podem, podemos, poder, podia, podiam

**Figura 8 – Classificação Hierárquica Ascendente da variável terceiro período**



Remarque : Cette classification est obtenue à partir de 50 formes analysées, elle ne peut pas être comparée avec un arbre obtenu avec un nombre de mots différent.

### 6.1.1 Prática do Acadêmico de Enfermagem no Terceiro Período

Os conteúdos representacionais contidos nas UCE evidenciam que a relação entre o acadêmico e o usuário durante as práticas é mediada pela interação.

teve uma entrevista que eu fiquei com a mulher quase duas horas e a mulher chorou, aí eu vou fazer o que? Eu vou ficar lá e escutar mesmo que a pessoa fique: “\_Olha o tempo”. Não vou fazer isso, porque eu sei como é. (uci n° 26 : \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

eu tento passar as informações que eu sei, já aconteceu até aqui mesmo, nos primeiros dias de estágio, a moça ficou umas duas horas falando de como ela era estressada, de como a vida dela era estressante. (uci n° 28 : \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

de sentar e poder conversar e saber da vida da pessoa e não só perguntar: “\_Você tem isso ou aquilo ou faz isso ou aquilo?” E aí orientando por cima

dessas perguntas, a gente tem que parar e perguntar coisas além daquilo ali, que a gente não tem tempo. (uci n° 27: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

Diante das experiências vivenciadas durante os estágios os acadêmicos destacam as especificidades de cada clientela assistida até o momento durante o curso; logo, a interação se dá de forma diferente com cada grupo, seja ele criança, adolescente e adulto.

you vai prevenir a pessoa de ter uma doença futura, é muito foco em DST, então you pode salvar uma vida no [programa curricular] através de uma orientação, então eu acho que as pessoas gostaram mais disso no [programa curricular] ouve muitos comentários. (uci n° 29: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_1)

a gente senta e conversa, mas tudo que está ali, a criança não, a criança não tem esse discernimento de só isso, não, a criança ela quer dizer tudo para you, you pergunta se ela passeou, ela te diz se vai passear não sei aonde, onde e onde. (uci n° 27: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

quando elas viam as doenças sexualmente transmissíveis elas diziam eu não quero isso pra mim, eu quero me cuidar, então eu adorava explicar isso eu gostei muito, agora aqui eu falando de hipertensão, de câncer. (uci n° 30: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_1)

a criança também que vai vir eu acho importante, porque é um vínculo entre a mãe e o filho, a enfermeira estar perto perguntando se ela quer alguma coisa, se ela está sentindo muita dor, e vendo quando está com contração. (uci n° 25: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_1)

Ao se relacionar com o usuário, vários conflitos surgem, esses conflitos acontecem quando os acadêmicos reconhecem e orientam a mudança no estilo de vida; porém. os usuários nem sempre seguem as orientações, não demonstrando interesse em mudar.

e aquilo ali you tem que saber lidar, foi o que eu falei daquela situação, you orientar todas aquelas coisas maravilhosas para a pessoa e a pessoa te responder: "Eu não vou fazer não, é assim que eu quero viver", e you o que? (uci n° 27: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

infelizmente tem pessoas que quer aprender por bem e outras por mal e quando ela aprender por mal espero que ela se lembre do que you falou e vá procurar ajuda, vai fazer o que you falou, eu acho frustrante you não poder ajudar. (uci n° 37: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

às vezes a pessoa não quer ouvir aquilo, às vezes a pessoa sabe que vai errar, vai se alimentar mal, tem pressão alta, continua tomando remédio porque tem pressão alta, porque ele continua comendo muito sal, continua comendo muito errado, ele fuma. (uci n° 28: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

Essas questões devem suscitar debates no processo de formação profissional em enfermagem, pois os acadêmicos precisam aprender a lidar com as situações em que o usuário manifesta seus saberes e autonomia com as suas escolhas sobre o estilo de vida. Esta situação leva o acadêmico à frustração, denotando o poder e a impotência do discurso biomédico, sua autoridade, hierarquia e validade, própria do paradigma que ainda sustenta as ações de saúde.

Os acadêmicos de enfermagem devem compreender que o fato do usuário não seguir as suas orientações, não traduz em não validade à sua prática, não significa que ele não exerceu o cuidado, ao contrário, este é o seu papel na promoção da saúde; no entanto, cabe ao outro a responsabilidade pelo cuidado à sua própria saúde, visto que para se pensar a humanização é necessário que se pense em gestão compartilhada.

### **6.1.2 Conceito de humanização construído pelos acadêmicos de Enfermagem do terceiro período**

A Humanização para os acadêmicos de enfermagem do terceiro período surgiu associada a um tratamento oferecido pelo profissional de enfermagem sem que haja qualquer forma de discriminação racial, o tratamento deve acontecer de forma igualitária; logo, essa prática deve acontecer não somente dentro do hospital, mas também fora dele.

com atenção e cuidado e sem discriminação de cor, raça, se é pobre, se é limpo, se é sujo, eu acho que humanização é muito voltado, focado para o hospital, mas eu acho que é uma coisa que a gente pode praticar no dia a dia fora do hospital também. (uci n° 24:\*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

com medo do que pode acontecer lá fora ou com medo de se contaminar com algum procedimento incorreto, aí eu acho que não tinha que ver isso, independente de raça, de cor, você tem que tratar aquela pessoa bem. (uci n° 21:\*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_1)

Outra característica que demarca o conceito de humanização para este grupo de acadêmicos é o atendimento em que se estabelece a relação de ajuda do profissional com o usuário, esta relação acontece através de outras ações tais como escutar, orientar, tratar, respeitar, solidarizar-se, assim como dar atenção.

na minha cabeça sempre foi ajudar ao próximo de várias formas, dando conselho, escutando, orientando, essas coisas, mas eu acho que infelizmente isso é muito desigual, na minha cabeça, e essa parte de ajuda, orientação, não sei se é bem isso. (uci nº 37: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

eu acho que é o profissional ver o paciente como um todo, ele está com uma dor, não é só tratar a dor, é tratar o que ele sente, muitas vezes pode ser o psicológico dele, pode ser uma conversa, pode ajudar, dor na alma que falam que a pessoa sente. (uci nº 23: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_2 \*K\_1)

eu acho que são características que eu busquei que eu achava que tinha haver com a área da saúde, é você saber respeitar, dar atenção, é você ser solidário ao que a pessoa sente, ao que a pessoa fala e você tentar de uma forma ajudar. (uci nº 25: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_1)

A Relação de ajuda que marca as práticas de cuidado para os acadêmicos de enfermagem, corresponde à finalidade da enfermagem para Marta Rogers, teórica de enfermagem, que descreve a teoria do homem unitário em 1961. Esta teórica foi precursora da visão de que o ser humano era alguém para além de mero receptor de cuidados pelos profissionais de saúde, Rogers incentivou a enfermagem a considerar a pessoa como um todo ao planejar a assistência. Logo, a finalidade da enfermagem para esta teórica é ajudar os seres humanos a atingir o bem-estar dentro do potencial de cada indivíduo, família ou grupo. (ROGERS, 1990).

Associada a uma relação pautada pela atenção, os acadêmicos destacam a necessidade de atender às singularidades de cada pessoa para que ocorra a humanização.

Eu já vi isso setenta vezes, mas para aquele paciente, aquilo é uma coisa inédita; então, eu considero que humanizar é você dar atenção a esse paciente como se fosse o primeiro, é você chegar para ele e falar que vai ficar tudo bem, que isso acontece. (uci nº 31: \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_2 \*fam\_2 \*K\_1)

Observa-se que a humanização surge associada ao tratamento dispensado aos usuários, no qual a relação deve acontecer sem preconceito, através da relação de ajuda e de ações como dar atenção e ser solidário. Estes elementos que surgiram no discurso dos acadêmicos de enfermagem também vão ao encontro da PNH, com vistas a cuidar do outro, quando apresenta como objetivo final o direito a saúde dos usuários.

### 6.1.3 Elementos que medeiam as relações: O que facilita e o que dificulta a Humanização

Para o acadêmico de enfermagem a humanização se dá na relação interpessoal; no entanto, há diversos elementos que medeiam estas relações, com elementos que dificultam que a humanização ocorra na prática e elementos que a influenciam de forma positiva, facilitando que ela aconteça.

Nessa medida, o curso, por proporcionar espaços de aprendizado em que ocorre o contato com o usuário durante as experiências de ensino prático, foi citado como um elemento que influencia o aprendizado do acadêmico de enfermagem, facilitando assim que ocorra a humanização na prática.

Mas já tem alguns que por mais praticar, mais aperfeiçoar e mais dar atenção ao cliente, mais ouve e mais fala e sabe coisas para poder falar e dar uma ajuda de explicar como ajudar as pessoas. No meu caso eu acho que eu já fui melhorando e aperfeiçoando. Tem coisas que eu não sabia no começo e hoje eu sei como fazer. (uci n° 36: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_5 \*K\_1)

mas pelo menos você já teve aquele contato, você já sabe a diferença de postura das pessoas, então eu acho isso muito importante, faz uma grande diferença no seu atendimento durante o curso. (uci n° 30: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_1)

com certeza e o [programa curricular] que é o trabalho de campo, em que a gente entra em contato direto com o público alvo e eu acho que é importante isso ser feito desde o primeiro período, no primeiro período a gente já entra em contato com crianças. (uci n° 22: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

O encontro com o cliente proporcionado pela disciplina permite o acadêmico de enfermagem vivenciar a implementação das práticas de saúde a diferentes sujeitos possibilitando desenvolver formas de abordagem, articular conhecimentos diferentes para aplicação do cuidado e desenvolver elementos do cuidar, como a observação, a escuta, o raciocínio, julgamento clínico, orientação e outros.

Isto evidencia que a humanização se assenta na prática e por meio da sua prática, tendo a teoria como apenas um elemento guia, já que a construção da PNH se dá na dimensão da experiência concreta e não por um modelo ou padrão ideal.

No curso de graduação em enfermagem, a psicologia foi a disciplina mais citada para se pensar a humanização, pois ela impulsiona o processo de

empatia, sentimento este necessário para a realização do cuidado durante a prática de enfermagem.

na psicologia, o professor tentando mostrar que um dia o próximo pode ser você, nós estávamos falando dos parentes que ganham preferência. (uci nº 33 : \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_2 \*K\_1)

No contexto de ensino e aprendizado, a relação entre o professor e o aluno surgiu como um elemento capaz de influenciar a humanização, ora como facilitador ora como dificultador, isto porque para os acadêmicos de enfermagem ora o professor facilita a interação ora não.

lógico que elas sabem lidar melhor com isso, então a professora mesmo diz que eu tenho que aprender a lidar com essas pessoas, você não pode ficar abalada com isso, lógico no começo você vai ficar triste. (uci nº 37: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

eu não sei, eu acho que não, os professores são bem maleáveis sempre tentando conversar com os alunos dispostos a esclarecer duvidas. (uci nº 28: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

porque você não arrumou a sala, você tira uma nota baixa porque você chega cinco minutos atrasada. “\_Professor, olha a minha situação, você acha que eu vou conseguir chegar a tempo? Aí ele disse: “\_O problema é seu”. (uci nº 26:\*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

a turma fica com medo de perguntar porque o professor fala que o aluno é burro, a pior coisa que pode acontecer é o professor falar que o aluno é burro. (uci nº 40:\*sex\_m \*per\_3 \*rel\_6 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_1)

Observa-se que como a humanização se efetiva na relação com o outro e esta relação é pautada pela interação através da fala, escuta, conversa, orientação e ajuda, os fatores que dificultam a humanização envolvem as pessoas que interagem na prestação do cuidado ao usuário.

a pessoa está mais preocupada com o umbigo dela e que se ferre o próximo, mas também tem aquelas exceções que são aquelas pessoas que poxa te ajudam estão do seu lado, aquelas pessoas realmente que se você precisar vai te orientar, vai te ajudar. (uci nº 37: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

pode ser, mais eu acho que isso vem da personalidade da pessoa. Tem gente que não é receptivo a falar, a conversar com a pessoa. (uci nº 23 : \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_2 \*K\_1)

então acho que é isso que é importante: você dar abertura para a pessoa e tem gente que não dá. Eu acho que tem pessoas fechadas, tem aquelas pessoas que preferem manter distancia para proteção, não sei. (uci nº 26:\*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

puxando eu acho que a pessoa vai falar, ela vai se expressar, mas se você nem der bola ela não vai falar porque tem pessoa que ela senta lá e só quer

que alguém escute e se você não der abertura para a pessoa falar ela não vai falar. (uci n° 26: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

Os acadêmicos descrevem a atuação dos seus colegas, atuações estas que não vão ao encontro da humanização, pois não valorizam a interação; logo, se em seu próprio grupo não a praticam, não o farão quando estiverem na relação com o usuário.

e tem aquilo também: os maus estudantes que não aprendem nada em sala de aula e chegam lá e não sabem dar um orientação, não sabem orientar porque a pessoa ficou diabética, ou porque ela ficou hipertensa. (uci n° 38: \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

então eu gosto desse lado de ajudar e acho que tem pessoas que são iguais a mim, agora tem pessoas que infelizmente falam pelas coxas: “Ah ele quer ajuda, eu vou falar o básico só para não ter trabalho”, por exemplo, até aqui no estágio. (uci n° 37: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

porque tem alunos que também não querem e estudam aquilo para a prova e acabou, não levam aquilo para a vida, eu acho quem tem muitos que estão aqui e não querem, que só estão porque passaram no vestibular, não escolheram a profissão, sabe? (uci n° 27: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

acho que eles têm que ter mais atenção porque no estágio da central é muito pouco caso, como se aquelas pessoas não valessem nada. (uci n° 35: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_2 \*K\_1)

Por ser uma profissão que tem como objeto de cuidado o ser humano, precisa se preocupar com ele para que possa ajudá-lo, e por si só a enfermagem é entendida como um elemento que facilita a humanização na prática.

senão eu acho que pelo fato de ser uma profissão desgastante você não vai conseguir levar isto a frente, na enfermagem a gente tem que se preocupar com o próximo, você tem que querer ajudar o próximo, senão eu acho que nada flui e você vai ser uma pessoa frustrada na sua profissão. (uci n° 37 : \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

Frente a isto, além da atuação dos colegas de classe, os acadêmicos descrevem as práticas de enfermeiros que não atendem a humanização, práticas estas vivenciadas pelos acadêmicos quando estes necessitaram de cuidados da equipe de enfermagem; no entanto, esta relação não foi mediada pelo respeito, escuta e interação.

eles fizeram a massagem e a família estava chorando e o enfermeiro virou e falou na cara da família e disse: “\_Eu não sei por que vocês estão chorando, vocês não sabiam que isso ia acontecer? Ele era o chefe da enfermagem. (uci n° 30 : \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_1)

mas, ela falou: “\_Eu vou pegar essa veia aqui”, e eu disse: “\_Essa veia vai estourar”, “\_Não, eu sei o que eu estou fazendo”, e ela puncionou e quando ela colocou a agulha a veia estourou, eu falei que ia estourar e ela meio que desmereceu. (uci nº 28: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

Cabe salientar que os acadêmicos deste grupo destacam a atuação do enfermeiro; no entanto, perante a isto apresenta dificuldades em delimitar o que compete ou não ao profissional nos serviços de saúde.

eu não sei se o enfermeiro atua tanto, porque eu não sei se o enfermeiro tem tanto contato com o paciente, o enfermeiro eu acho que ele atua. foi como eu te falei: alguns atuam mais e outros atuam menos por uma questão talvez de preparação do curso ou da falta da preparação ou até por uma questão pessoal porque eu acho que algumas pessoas não. (uci nº 24 : \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

chega um paciente no hospital baleado aí você quer ajudar, mas você tem que esperar o médico, pro médico chegar e dar aquele diagnóstico, poder levar para cirurgia, enquanto isso você fica ali fazendo o que? Nada mais do que consolando o paciente. (uci nº 38: \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

A imagem do enfermeiro também foi marcada por uma prática que atende aos preceitos da humanização, assim os acadêmicos de enfermagem do terceiro período também constroem a imagem de uma profissão que presta uma assistência humanizada.

Alguns são muito bons, tem enfermeiros que eu quero ser igual, aquele enfermeiro que chega e eles são respeitados. As pessoas olham para ele e tem ele como referência, pode falar com aquele enfermeiro que ele vai saber te orientar. (uci nº 38: \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_1)

ele falou com a família. Então, você ter esses pequenos cuidados porque ele está assim, eu acho que isso meio que demarca um tratamento humanizado porque não é só você chegar e: “agora eu vou dar meu plantão, eu vou trocar muita fralda”. (uci nº 31: \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_4 \*téc\_2 \*fam\_2 \*K\_1)

tem casos que a família não fica com o paciente e o enfermeiro pede para a assistente social para o familiar vir porque é importante para o paciente ter a família perto dele, assim eu acho que presta. (uci nº 25: \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_1)

mas quando ele fazia o procedimento e dava o medicamento e tal, geralmente o enfermeiro pega e vai para a sala dele já que já deu o medicamento, e lá como tinha pouca gente e era um ambulatório relativamente pequeno ele sentava do meu lado e a gente ficava conversando eu dizia que queria fazer enfermagem. (uci nº 40: \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_6 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_1)

A figura do enfermeiro pode atuar como um facilitador para que se estabeleça a humanização, a este encontro, identifica-se que nas representações dos acadêmicos, se o enfermeiro interage com a família, ele presta uma assistência humanizada.

Compreende-se através desta classe que as RS da humanização para os acadêmicos de enfermagem do terceiro período, que possuem algum parente que atue profissionalmente na enfermagem, se referem a uma prática estabelecida na relação com o outro, marcada pela interação, através de ações como escutar, falar e orientar, dar atenção, se colocar no lugar do outro e ser solidário, evidencia-se ainda que esta relação foi compreendida como uma relação de ajuda, onde o profissional deve ofertar um tratamento igualitário sem discriminação aos sujeitos.

Nessa lógica, os acadêmicos aprendem a humanização durante o curso, principalmente no terceiro período, pois nos três primeiros se enfatiza muito a importância das relações interpessoais no cuidado; demarcam a psicologia como uma disciplina que mais influencia a humanização da atenção e da gestão e destacam que o professor também atua influenciando o aprendizado para a humanização.

Dessa forma, a “pessoa” palavra de maior  $\chi^2$  desta classe, foi entendida como um grande dificultador para a humanização, observando-se nos conteúdos representacionais dos acadêmicos que esta pessoa faz referência ao enfermeiro e ao próprio acadêmico, dando margem para se pensar a humanização como uma questão pessoal. Nesta classe, os acadêmicos constroem uma figura-tipo de enfermeiro com características ligadas àqueles que atendem e aos que não atendem a humanização na prática.

## 6.2 RS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DO OITAVO PERÍODO

Esta classe abrange 50% do corpus analisado e possui associação estatística com acadêmicos de enfermagem do oitavo período, que não possuem familiar que atue profissionalmente na enfermagem, evangélicos, do sexo feminino, conforme pode ser observado no quadro 12.

**Quadro 12** – Valores de KHI<sup>2</sup> relativos às variáveis de análise com associação estatística com a análise cruzada dos acadêmicos do oitavo período.

Variável	Categoria Associada	Valor de khi <sup>2</sup>
Período	oitavo	2842
Familiar na Equipe de Enf.	não	852
Religião	evangélico	554
Sexo	feminino	281

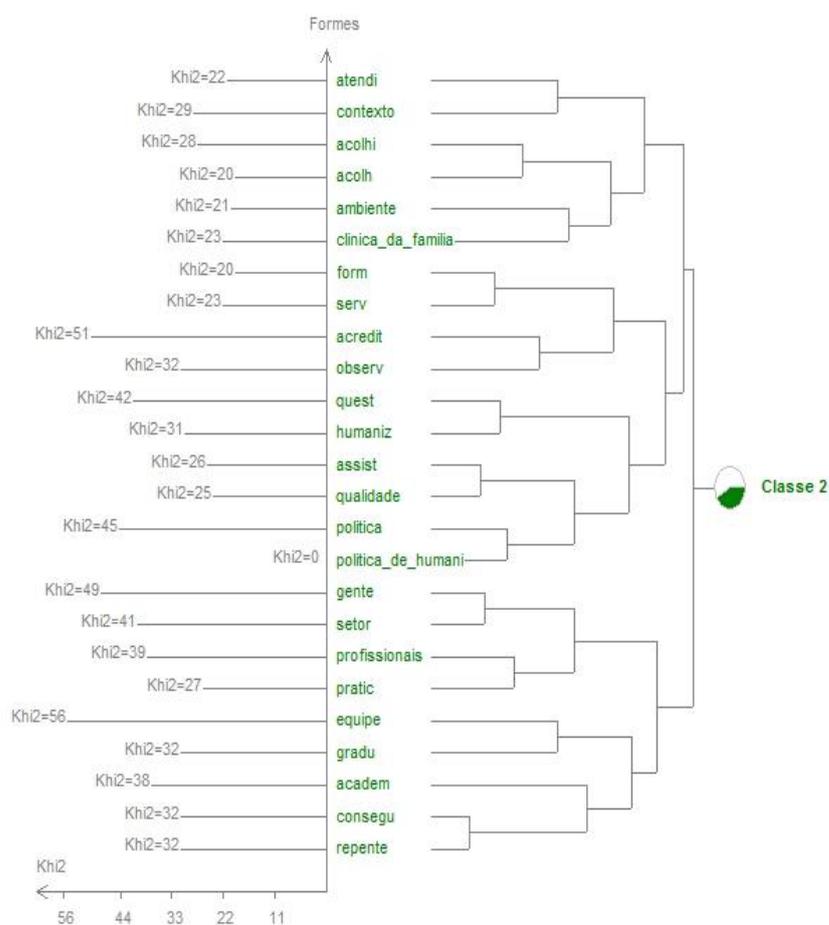
Através da leitura das palavras de maior khi<sup>2</sup> (Quadro 14) e das U.C.E evidencia-se que esta classe abrange o cotidiano dos acadêmicos de enfermagem do oitavo período, compreendendo a sua atuação enquanto acadêmico na clínica da família. O conceito construído sobre a humanização está relacionado ao atendimento de qualidade e às influências para a humanização, através da menção as palavras: equipe, graduação e curso, sendo a equipe um fator que dificulta a humanização, e o aprendizado durante o curso de graduação um facilitador. As relações entre as palavras e interclasses podem ser observadas na figura 9.

**Quadro 13** – Lista de Formas Reduzidas com o khi<sup>2</sup> relacionado e as formas completas associadas dos acadêmicos de enfermagem do oitavo período.

Formas Reduzidas	KHI <sup>2</sup>	Forma Completa
Equipe	56	equipe, equipes
Acredit	51	acredita, acreditam, acreditar, acredite, acredito
Gente	49	gente
Política	45	política, políticas
Quest	42	questão, questões
Setor	41	Setor, setores
Profissionais	39	profissionais
Academ	38	academia, acadêmico, acadêmica, acadêmicos
Gardu	32	graduação, gradual, graduando
Observ	32	observa, observação, observado, observam, observamos
Consegu	32	consegue, conseguem, conseguia, conseguiam, conseguimos
Repente	32	repente

Humaniz	31	humaniza, humanização, humanizada, humanizado
Contexto	29	contexto
Acolhi	28	acolhi, acolhia, acolhimento
Pratic	27	pratica, praticam, praticando, praticar, praticas, pratico
Qualidade	25	qualidade
Serv	23	serviço, serviços, servir
Clinica_da_familia	23	Clinica da família
Atendi	22	Atendimento, atendimentos
Ambiente	21	ambiente
Politica_de_humanização	20	Politica de Humanização

**Figura 9** – Classificação Hierárquica Ascendente da variável oitavo período.



Remarque : Cette classification est obtenue à partir de 50 formes analysées, elle ne peut pas être comparée avec un arbre obtenu avec un nombre de mots différent.

### 6.2.1 Prática dos Acadêmicos de Enfermagem do oitavo período

A atuação em campo prático dos acadêmicos de enfermagem no oitavo período acontece na clínica da família. Esse cenário é marcado por eles como um ambiente diferenciado, visto que nesta unidade a enfermeira incentiva a equipe, acontece o vínculo entre o profissional e o usuário, durante o atendimento a observação do usuário acontece como um todo e os acadêmicos conseguem fazer parte da equipe de enfermagem.

eu acho que é também do serviço porque a clinica é um serviço novo, é uma estratégia nova e o hospital não, as pessoas que atuam no hospital não se modernizam até ela própria, a equipe, a própria enfermeira incentiva essa equipe, às vezes ela entende. (uci nº 4: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

estressados e acaba afetando todo mundo, já na clinica da família acho que é um pouco diferente, acho que essa questão da humanização do cuidado já está um pouco mais avançada, principalmente por conta desse vínculo. (uci nº 20: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

então, o cuidado com o paciente na saúde pública e lá é exatamente isso, porque lá você pode observar o paciente como um todo, aspectos sociais, aspectos econômicos, enfim, você prestar a assistência da melhor forma possível e você observar aspectos, por exemplo, em relação a atenção primária que você dá orientação em relação a alimentação. (uci nº 17 : \*sex\_m \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_2)

todos os estágios que eu fiz eu não consegui ser parte da equipe, passei, onde eu me senti parte foi na clínica da família, na parte de atenção básica me senti muito parte da equipe, a gente passa um período maior de tempo. (uci nº 15: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Apesar de o cenário ser marcado por diversos elementos positivos que favorecem o aprendizado do acadêmico para a humanização da atenção e da gestão, eles destacam a necessidade de que haja planejamento para a realização das atividades durante a atuação na clínica da família.

às vezes eu vejo que o dia a dia daquela enfermeira que está ali é um dia a dia extremamente corrido, porque às vezes a organização, o processo de trabalho não foi bem planejado; então, às vezes cai tudo pra ela, às vezes tem sei lá, trezentas enfermeiras. (uci nº 19: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Evidencia-se que o planejamento favorece o atendimento e, por conseguinte, a humanização; no entanto, caso a assistência não aconteça através do planejamento há um comprometimento do cuidado prestado ao outro, acarretando uma sobrecarga de trabalho para a enfermeira. Esta

questão remete não somente benefícios para o usuário, mas também para o profissional.

### **6.2.2 Conceito de Humanização construído pelos acadêmicos de enfermagem do Oitavo período**

Para o acadêmico de enfermagem a ideia que norteia a construção do conceito de humanização remete a uma característica inata, é próprio do ser humano, o conceito está associado a ideia presente na palavra “humanização”.

Bom, durante a graduação a gente escuta muito falar da humanização da assistência que não é uma coisa nova, mas eu acredito assim: a humanização, ela não é algo novo, é algo que faz parte de nós, do ser humano, diferente dos animais irracionais. (uci nº 1: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

mas eu vejo uma prática também que tem a necessidade de ter outros aspectos sendo colocados em pauta também, pra mim no meu contexto eu vejo a humanização além do que está escrito no papel, eu vejo ela pelo conceito da palavra mesmo. (uci nº 19: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Frente a isto, os acadêmicos declaram que a ideia construída acerca do termo humanização alude a um aspecto negativo da PNH, pois para estes envolve algo controverso e faz referência a não existência do vínculo entre enfermeira e o usuário.

Então, às vezes me parece que é preciso você ter, ler uma lei pra você prestar uma assistência de qualidade e uma controvérsia mais ideológica, mas ao meu ver a política tem mais pontos positivos e mais a questão ideológica que eu vejo mesmo como algo negativo. (uci nº 10: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

de ruim eu acho que é a questão que eu já coloquei: o termo humanização dá impressão que passa pra gente e de-que ate aqui foi nao existiu essa relação, esse vinculo cliente e enfermeira. (uci nº 8: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

A Humanização também surgiu atrelada a prestação de um cuidado humano pela enfermeira na prática de enfermagem, estabelecer uma relação humana onde a enfermeira se mostra sensível ao outro e é dedicada. Percebe-se que existe uma ênfase no aspecto humano, caracterizando o cuidado e as relações.

pra mim humanização soa como o básico, para mim humanização soa como você ter um cuidado humano, isso inclui estabelecer a relação profissional com o paciente. (uci nº 19: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

É você se dedicar a aquele cuidado, você não desdenhar daquele paciente, é você fazer o atendimento da forma que tem que ser feito, você ter o horário para fazer a medicação, você tem que dar naquele horário, você tem aquele banho. (uci n° 7: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Os conteúdos representacionais das UCE demonstram que o respeito também surgiu associado à humanização da atenção e da gestão evidenciando a dimensão ética presente no discurso deste grupo; no entanto, os acadêmicos declaram que observam na prática que nem sempre os usuários são bem tratados nos serviços de saúde, havendo a necessidade de serem respeitados pelos profissionais de saúde.

porque a gente vê que a gente vai nos serviços e muita das vezes a gente não é bem tratado, está faltando a questão não só da humanização, mas também do respeito. (uci n° 7: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

eu tento tratar o paciente da melhor forma possível como eu gostaria de ser tratado, e levando em questão esses princípios que a gente sabe tratar o paciente de forma integral, respeitar as suas individualidades sempre respeitando o paciente. (uci n° 9: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_2)

pouco humanizada, é por isso que veio essa política, é isso que eu entendo que é humanização e não seria de formar humana porque eu já sou humana, mas é resgatar essa assistência onde você tem o respeito ao outro, a individualidade dele. (uci n° 14: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

No que se refere ao atendimento, os conteúdos das UCE apontam que a humanização deve visar a qualidade, a resolutividade, assim como considerar os aspectos subjetivos dos usuários que transcendem a doença.

você tratar a pessoa que você está cuidando de uma forma melhorada, a humanização, ela traz novos princípios na questão do atendimento, principalmente referente a questão da resolutividade, do acolhimento. (uci n° 12: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

então, eu acho que você dar uma assistência humanizada é você pôr o seu cuidado, é você pôr essa questão de prestar uma assistência de qualidade, acima desse juízo de valor. (uci n° 10: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

daquele estado de doença existe um ser humano, é cuidar daquela pessoa da melhor forma possível, observando aspectos tanto biológicos da questão da doença, da patologia, como aspectos sociais, aspectos humanos. (uci n° 17: \*sex\_m \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_2)

O vínculo se configurou como um aspecto positivo atribuído a humanização da atenção e da gestão que favorece a realização do

atendimento ao usuário; no entanto, é importante que esta relação de maior proximidade seja diferenciada da intimidade e da amizade.

humanização com a questão da intimidade, da amizade e eu acho que isso não é tão bom, criar um vínculo e bom para conhecer o paciente, mas principalmente pelo profissional que você é. (uci n° 20: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

eu acho que só vem a trazer mesmo a questão do vínculo do profissional que passa a ser maior, a questão da responsabilização própria do usuário, eu acho que a humanização traz diversos benefícios para a pessoa, para a saúde dela. (uci n° 6 : \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Esta classe vai ao encontro dos resultados já evidenciados na análise geral ou standard da classe 2 “Aspectos conceituais da Humanização na prática de enfermagem”, na qual as RS da Humanização envolvem o ser humano, remete a ideia de humanidade que se efetiva na relação humana e no cuidado humano. Esta relação enfermeira e usuário é marcada pelo vínculo, o atendimento deve visar a qualidade, sendo resolutivo.

### 6.2.3 Influência para a Humanização: o que facilita e o que dificulta

Os acadêmicos de enfermagem do oitavo período são estimulados para implementar a humanização nos cenários de prática durante o curso de graduação.

mas eu acho que a universidade, ela promove essa questão da humanização dentro da enfermagem, você observar o paciente em todos os aspectos e então é muito mais fácil para quem está na universidade aplicar esses conceitos na prática. (uci n° 17: \*sex\_m \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_2)

debatido ela é sim, não tem como falar que não é debatido na graduação porque sempre passa por essa tecla: a gente sempre ouve humanização, fala sobre a política tudo isso. (uci n° 14: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

durante toda a graduação a gente aprende a humanizar o cuidado, tanto amenizar a dor do paciente naquele momento, mas também conversar, entender todos os aspectos que estão relacionados. (uci n° 18: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

então a gente vê isso, a gente está mais preparado do que os outros, mas eu vejo que ainda tem que melhorar muito, a gente tenta fazer da melhor forma possível essa questão que a gente ouve falar de humanização, de acolhimento. (uci n° 20: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

No entanto, para que o curso de graduação influencie de forma positiva os acadêmicos de enfermagem citam a necessidade de haver articulação da teoria com a prática, ou seja, a teoria apresentada em sala de aula deve ser observada e vivenciada pelos acadêmicos nos serviços de saúde.

mas é o que eu te falei: na prática fica mais difícil da gente conseguir colocar, então na academia ficou melhor para mim na teoria, na prática eu não consegui ver muita coisa, eu não consegui levar. (uci nº 13: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

isso traz essa consistência no teu aprendizado, se você vê alguma coisa numa disciplina e nunca mais coloca em prática ou nunca mais é alertado sobre aquilo, acho que isso fica muito vago no seu conhecimento. Agora aquilo é diário desde o [programa curricular], eu sempre lembro de ver o paciente com uma visão holística, ele é um ser vivo e social, isso eu vi em [programa curricular] e nunca mais vou esquecer. (uci nº 11: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

sim, o conflito em relação ao que você vê na academia e o que você aplica na prática, porque a gente ouve na faculdade a assistência humanizada, a gente estuda sobre isso, a gente ouve falar sobre isso, aí chega na prática você não observa isso tanto. (uci nº 17: \*sex\_m \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_2)

No ensino sobre a humanização na assistência a figura do professor se destaca, os acadêmicos descrevem que o professor pode atuar como um facilitador ou não para a humanização. Esta díade foi marcada pelo conhecimento, isto porque alguns professores se preocupam mais com a técnica ou não aplicam a humanização mesmo possuindo o conhecimento sobre a mesma.

no caso dos acadêmicos é um pouco mais fácil você lidar com a questão da humanização porque você vê durante a graduação os professores tentam de certa forma mostrar o que é e como se faz a humanização da assistência dentro da enfermagem. (uci nº 17: \*sex\_m \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_2 \*K\_2)

alguns sim outros não, a gente vê muito professor preocupado em passar pra gente a questão da técnica, como fazer, a melhor forma de fazer uma cama de operado, isso e aquilo. (uci nº 8: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

mas não era problema com a humanização, era na prática com o paciente no âmbito da organização mesmo da docência, eu acho que os professores enfocam bastante a questão da humanização, a maioria deles falou bastante, eles cobram bastante. (uci nº 10: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_4 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

depende do campo de estágio porque quando a gente está numa área hospitalar é quando a gente vê, eles passam isso pra gente, como a gente

tem que tratar o cliente da melhor forma,. (uci nº 7: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

No entanto, o ambiente de ensino e aprendizagem que os acadêmicos de enfermagem do oitavo possuem pode comprometer a humanização quando a universidade não dispõe de recursos materiais em número suficiente nos cenários onde os acadêmicos realizam as práticas.

mas justamente essas carências que nós encontramos nos recursos humanos e materiais e acaba não auxiliando para que ocorra a humanização nos campos de estágio que nós tivemos. (uci nº 14: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

recursos materiais e o espaço físico completamente inadequado, eu acho que isso prejudica sim a assistência humanizada e quando você tem um ambiente onde te proporciona o melhor atendimento, onde você tem mais tempo para trabalhar e você tem material, o atendimento é diferente sim você consegue suprir muito mais. (uci nº 6: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

A equipe foi citada como um elemento que dificulta a humanização, os acadêmicos declaram que para que haja humanização na prática é necessário que ocorra o trabalho em equipe; no entanto, estes vivenciam durante o curso dificuldades de lidarem com a equipe de enfermagem, que muitas vezes mostram resistência assim como não valorizam as práticas que vão ao encontro da humanização, conforme foi constatado na classe 4 “ Dificuldades para Implementar a Humanização”.

humanizado e em contrapartida os outros profissionais não entenderem aquilo de fazer na maternidade, diante da equipe mesmo no alojamento da gente querer dar aquele banho, o primeiro banho e a técnicas e acharem aquilo inútil: “\_Porque você esta fazendo isso? É perda de tempo”. (uci nº 4: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

a gente não consegue se posicionar, não consegue passar o correto, não consegue passar humanização para os profissionais, parece que a gente está ali para atrapalhar o serviço deles. (uci nº 18: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

tentam conversar, mas muitas vezes não conseguem por essa resistência que a gente vê no decorrer da faculdade, a gente vê que muitos não gostam realmente que a gente esteja no setor, que acha que fica muito tumultuado, que gasta mais material. (uci nº 13: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

tentar desvirtuar essa questão do relacionamento com os profissionais, com a equipe de enfermagem e pensar primeiramente no cliente porque é complicado às vezes, eu também já passei por essa situação de ter conflito com técnico e eu não estava errada, foi questão que a técnica saiu e deixou um copo com um comprimido na enfermaria, não disse nada, sem nenhuma

identificação no meio da enfermagem. (uci nº 14: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Frente a isto, os acadêmicos relatam que a equipe de enfermagem não possui conhecimento sobre a humanização na assistência e, por isso, não prestam uma assistência humanizada.

porque eles entendem que a forma de cuidado prestado atualmente, a forma de cuidado prestado é humanizado pra eles, eles não veem a diferença até por falta de conhecimento do que seria humanização no todo, colocando a parte um problema paralelo. (uci nº 8: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

mas é uma profissão também que traz muitas dores no decorrer da atuação, então eu acredito que essas pessoas, por estarem muito tempo atuantes, esquecem um pouco dessa humanização e eu acho que elas não devem ter passado por isso na sua graduação. (uci nº 11: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

não, na verdade eu acredito que a maioria dos profissionais que estão no serviço, principalmente os que estão há muitos anos, eles desconhecem até o que seria uma assistência humanizada e a maioria não tem interesse de aprendizagem. (uci nº 12: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

também não pode nem tanto criticar os profissionais porque é nova, tem que conhecer o certo e o errado, tem que ter vontade de fazer também. Na pratica você vê a melhor maneira de humanizar o cuidado. (uci nº 18 : \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

Em paralelo à dificuldade de se relacionar com a equipe de enfermagem surgiram as dificuldades relativas aos recursos humanos e materiais nos cenários onde os acadêmicos atuam; logo, o ambiente de trabalho que o acadêmico vivencia se configura como uma grande barreira para que ocorra a humanização da atenção e da gestão, suscitando assim reflexões para se pensar a saúde do trabalhador.

eu acredito que sim, que existem essas dificuldades com relação ao recurso humano e ao recurso físico, mas existe também a questão da dificuldade do profissional de querer aprender novas coisas. (uci nº 11: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

para os profissionais eu vejo mais falta de recursos humanos e materiais, para o aluno eu vejo a questão do relacionamento com a equipe isso vai acabar interferindo diretamente na humanização porque quando a gente consegue ter uma equipe organizada com os alunos, consegue ter um cuidado com mais qualidade. (uci nº 14: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Frente às dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços de saúde o acadêmico destaca que o enfermeiro pode fazer a diferença, essa diferença foi marcada pela autonomia profissional na realização da consulta de enfermagem.

elas podem existir mas elas devem estar dentro das brechas que a gente possa atuar, mas alguns setores que você vê que o enfermeiro tem mais autonomia, o cuidado tem diferença, na própria consulta de enfermagem, na enfermagem ginecológica. (uci nº 1: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*K\_2)

Nessa medida, observa-se que os acadêmicos constroem uma imagem do enfermeiro que pode fazer a diferença, influenciando a equipe para que haja a humanização na prática.

eu acho que existem esses dois tipos: o omissor, [que é] aquele que [diz]: “\_Eu já tentei fazer, não está dando certo, eu vou fazer minha parte deixa eles fazerem da forma deles”. E tem aqueles que utilizam todas as suas estratégias para tentar impactar sua equipe e fazer com que haja comprometimento com a política de humanização. (uci nº 11: \*ind\_11 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

Os conteúdos representacionais dos acadêmicos evidenciam que a atuação do enfermeiro é marcada pelo ato de delegar função aos outros membros da equipe de enfermagem, o que o afasta do cuidado direto aos usuários nos serviços de saúde, não possibilitando o exercício da humanização, conforme já foi observado na análise geral na classe 4 “Dificuldades para implementar a humanização”.

A grande maioria é de enfermeiro que delega função, é um enfermeiro que não tem contato com o paciente, é um enfermeiro que não tem um bom relacionamento com a equipe profissional, é um enfermeiro que às vezes você não vê no setor. (uci nº 12: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

humanizar o cuidado, eu acho que o enfermeiro ele tem que conhecer toda a história clínica do paciente, o que a gente não vê acontecendo muito, mas tem que ter o diagnóstico da enfermagem que é importante passar, tanto para a equipe técnica em valorizar. O enfermeiro que eu vejo muito também, ele acaba delegando funções que são próprias dele, se é pra humanizar o cuidado. (uci nº 18: \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*K\_2)

Através desta classe é possível identificar como os acadêmicos de enfermagem do oitavo período constroem suas RS sobre a humanização objetivando no ser humano e ancorando nas relações humanas e no cuidado humano, evidenciando-se que há uma ideia de humanidade que sustenta o discurso.

Ressalta-se que nesta relação estabelecida com o outro deve acontecer o respeito e o atendimento oferecido ao usuário, os quais devem visar a qualidade e ser resolutivo. Esta questão traz à tona a influência do curso para os acadêmicos de enfermagem sobre a humanização, pois é neste ambiente que os acadêmicos aprendem tentando articular o conhecimento teórico na prática. Neste contexto, é necessário que haja recursos humanos e materiais para que ocorra a humanização.

No entanto, a grande dificuldade para a humanização citada por este grupo foi o trabalho em equipe, cabe salientar que a palavra “equipe” foi a palavra de maior  $\chi^2$  desta classe, dessa forma os acadêmicos destacam que não conseguem trabalhar com a equipe de enfermagem; logo, não fazem parte desta, o que compromete a assistência prestada e, com isso, a humanização.

Observa-se que os acadêmicos constroem a imagem de um enfermeiro que não atende a humanização, pois se afasta do cuidado direto ao delegar funções aos outros membros da equipe; porém, se este estabelece uma relação de cuidado direto com o usuário ao realizar uma consulta de enfermagem, ele presta uma assistência humanizada.

Evidenciou-se através desta classe que os acadêmicos de enfermagem do oitavo período possuem um discurso que permeia o senso comum ao construírem uma ideia de humanidade sobre a humanização e um discurso reificado sendo influenciados pela academia; no entanto, diante de tantos fatores que interferem na assistência e na gestão da mesma, a relação com a equipe ainda se configura como uma grande dificuldade para se estabelecer a humanização.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as RS sobre a humanização para os acadêmicos se apresentam pela ideia de humanismo, com a construção do homem como figura ideal, objetivadas e ancoradas em sentimentos humanos. Logo, a prestação do cuidado se dá através do tratamento dispensado por enfermeiras que reúnam características tais como: bondade, caridade, empatia, e que gostam do que fazem, informando que o profissional que presta o atendimento humanizado parte de um imaginário social da enfermagem.

Como a humanização está relacionada à ideia de ser humano, e a enfermagem tem como objetivo prestar assistência ao ser humano, ao construírem as RS sobre a humanização os acadêmicos estabelecem nexos desta com os conceitos teóricos de enfermagem, através do atendimento das necessidades e desejos do usuário, do olhar direcionado para o todo, para o estabelecimento de relação de ajuda. Ressalta-se que apesar de haver relações nos discursos dos acadêmicos entre a humanização e as teorias de enfermagem, em nenhum momento os acadêmicos as citaram diretamente e nem às suas autoras.

Para os acadêmicos do oitavo período o que demarca a relação entre o profissional e o usuário é o acolhimento e o vínculo; e o objetivo da humanização é prestar uma assistência de qualidade. Tais premissas citadas vão ao encontro da PNH, mas evidencia-se que este grupo de acadêmicos possui um discurso híbrido sobre a humanização, pautado no conhecimento científico e no senso comum. Estes reconhecem que as práticas de enfermagem e a as de humanização são científicas; porém, a humanização está diretamente relacionada a imagem do ser humano e o enfermeiro aos sentimentos caritativos e benevolentes.

No entanto, cabe salientar que apesar de ambos os grupos construírem a imagem da enfermagem através da ideia de caridade, os discursos dos grupos possuem peculiaridades distintas, pois os acadêmicos do oitavo período citam a autonomia profissional e o conhecimento científico e

ético como atributos importantes da enfermagem que favoreçam a humanização. No seu contrário, o ato de delegar surgiu como um atributo do enfermeiro que não atende a humanização, em especial porque com isto o enfermeiro se afasta do usuário para realizar outra função. Esse afastamento caracteriza a não humanização, pois é a interação durante a relação interpessoal que demarca a ação de humanizar.

Para os acadêmicos do terceiro período a imagem da enfermagem surge ligada a caridade e a benevolência, ao encontro do imaginário social da profissão, apesar de reconhecerem que a enfermagem estabelece uma relação de ajuda, que se aproxima da teoria de Marta Rogers. Não estabelecem nexos da enfermagem com a ciência e com as teorias de enfermagem, e diante da prática ainda se mostram confusos sobre o que é e o que não é da competência do enfermeiro.

A dimensão ética emergiu aplicada às suas próprias experiências, nos exemplos quando eles necessitam de cuidados e buscam os serviços de saúde no âmbito do SUS e não têm seus direitos respeitados pela equipe, principalmente quanto à informação, reconhecendo que este direito tem relação com a humanização.

O curso de graduação se constitui como o ambiente de aprendizado para a humanização, pois é através deste que os acadêmicos estabeleceram em grande parte as relações interpessoais com os usuários, enfermeiros, professores e com a própria equipe de enfermagem.

Nas suas representações, a humanização acontece através das relações estabelecidas pelas pessoas, com base na interação entre os sujeitos. Como a humanização se dá através da relação interpessoal, quando esta não se estabelece de forma direta na assistência, a humanização não acontece. Assim o que se faz no âmbito da chefia e da liderança da equipe são entendidas como práticas que não correspondem à humanização.

Logo, as dificuldades para implementar a humanização estão ligadas às relações que os acadêmicos estabelecem com as pessoas e com os usuários, ou seja, relação entre o professor e o aluno, o acadêmico e a enfermagem, a enfermagem e o usuário. Diante destas relações os acadêmicos de enfermagem do oitavo período também controem a imagem da enfermeira pautada em elementos caritativos na prestação do cuidado de enfermagem. Frente a estas relações os acadêmicos do oitavo período também reconhecem que os recursos humanos e materiais também comprometem a humanização da atenção e da gestão.

À luz destes resultados, em que foram identificados conteúdos representacionais de acadêmicos de enfermagem sobre a humanização, evidenciando-se as peculiaridades de dois grupos distintos, em acordo com suas experiências e vivências situadas nos momentos em que estão de sua formação, se evidencia que as imagens e os sentidos da humanização para eles não estão solidamente construídos amparados no direito à saúde e ao cuidado de enfermagem. Ainda é forte a marca da caridade e da benevolência nas ações de saúde e de enfermagem, em que a relação interpessoal se mostra determinante, o que requer um profissional bondoso como exemplo típico de humanização.

Se o entendimento da humanização recai no âmbito das relações interpessoais, na face a face entre os sujeitos, isto explica o porquê de os acadêmicos não reconhecerem a prática da PNH no âmbito da gestão e dos cuidados indiretos que se presta quando se gerencia o trabalho de uma equipe, uma unidade ou instituição de saúde, por exemplo.

Elementos caracterizadores da ciência e da arte da enfermagem como expressão de humanização atrelados à PNH aparecem dispersos nos conteúdos representacionais, dando indícios de não haver, ainda, conscientização dos estudantes sobre as implicações da política para o saber e a prática da enfermagem, seja no âmbito do cuidado direto ou da gestão deste.

Ao mesmo tempo, se evidencia uma crise entre o que se diz (no ensino), o que se preconiza (nos documentos oficiais), o que se disponibiliza nos serviços para atendimento da população (em recursos humanos e materiais) e o que efetivamente se faz (na prática) mostrando a dicotomia entre a Política e a conjuntura de sua aplicação.

Faz-se necessário e urgente problematizar a humanização no ensino de enfermagem, não somente em debates, mas em práticas de atenção e de gestão. Utilizar como princípio educativo na formação do enfermeiro estratégias que envolvam objetivamente a análise crítica da PNH, do SUS, da história social da profissão e de seu desenvolvimento no campo da ciência e tecnologia, levando em conta seu contexto histórico-social de formação, de modo que para os acadêmicos fique mais clara sua inserção no campo da atenção e da gestão em saúde no cuidado à população.

Destaca-se que esta pesquisa, ao desvelar os conteúdos que integram os saberes que orientam as práticas dos acadêmicos sobre a humanização, chama à atenção das instituições formadoras de que é preciso se trabalhar os conceitos que sustentam o SUS e as políticas de saúde que o viabilizam em diálogo com os conceitos teóricos que dão identidade à ciência e a arte da enfermagem ao longo de todo o curso de graduação. Isto se faz no intuito de se dirimir as dicotomias, tendo-se melhor integração entre os discursos e as práticas de cuidado, em favor da formação de um enfermeiro mais reflexivo e crítico sobre os interesses da enfermagem e suas práticas, e da saúde como campo de atenção à população, de atuação profissional e também político como expressão de exercício da cidadania.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z.A. Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: AGUIAR, Z.A. **SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e Desafios**. São Paulo, Martinari, 2011, p.17-40.

ARAÚJO, F.P. **As Representações Sociais da Humanização: Implicações para o cuidado de enfermagem**. [Dissertação]. Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009. 194f.

ARAÚJO, F.P; FERREIRA, M.A. Representações Sociais sobre a humanização no cuidado: Implicações éticas e morais. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 64, n.2, p. 287-93, 2011.

ARRUDA, A. Novos significados da saúde e as representações sociais. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. V. 10. n. 2. p. 215-227. 2002.

AMESTOY, S.C; SCHWARTZ, E; THOFEHRN, M.B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta paul enferm**. São Paulo. V. 19, n. 4, out/dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a13.pdf> Acesso em 15 de abril de 2011.

BAGGIO, M.A. **O significado de cuidado para os** profissionais da equipe de enfermagem. Rev eletrônica de enferm. [on line] 2006 [citado 2010 jul 13] 8(1): [aprox 7 telas]. Disponível em: [www.fen.ufg.br/revista/8\\_1/original\\_01.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/8_1/original_01.htm)

BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface-comunic, saúde, educ**. São Paulo. v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

BERMEJO, J.C. **Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores**. Rio de Janeiro. Vozes. 2008.

BORGES, M.S; QUEIROZ, L.S; RIBEIRO, A.S. A gente não quer só remédio: Representações de pacientes sobre o cuidado de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n.2, p.219-225, 2010.

BRASIL. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e da outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 26 de junho de 1996. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em 10 de novembro de 2011.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>> . Acesso em 10 de novembro de 2011.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e das outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em 5 de novembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2ª ed. 2010. 44 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde: ilustrada.** 2ªed. Brasília:Ministério da Saúde, 2007. 9 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Formação e intervenção.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Grupo de Trabalho de Humanização.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 16 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: A Política Nacional de humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** 1ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de humanização: clínica ampliada e compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS.** 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 72 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Formação em Saúde do Trabalhador.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 44 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde e Trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 11 p.

BRITO, A.M.R; BRITO, M.J.M; SILVA, P.A.B. Perfil Sociodemográfico de discentes de enfermagem em instituições de ensino superior de belo horizonte. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro. v. 13. n. 2. P. 328-333. 2009.

CALDERERO, A.R.L; MIASSO, A.I; WEBSTER, C.M.C. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de pronto atendimento. Rev eletrônica de enfermagem, Góias, v.10, n.1. p. 51-62, 2008.

CARVALHO, V. Cuidando, Pesquisando e Ensinando: Acerca de Significados e Implicações para a prática de enfermagem. **Rev. Latino –Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.2. p. 806-15, 2004.

CARVALHO, V; CASTRO, I.B; PAIXÃO, S.S. Um projeto de mudança curricular no ensino de enfermagem em nível de graduação que favorece aos propósitos emergentes da prática profissional. In: CARVALHO, V. (Org). **Sobre enfermagem: Ensino e Perfil profissional**. Rio de Janeiro. UFRJ/EEAN; 2006. p. 73-100.

CASATE, J.C; CORRÊA, A.K. A humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo. V.13, n.1, jan/fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf> Acesso em 10 de abril de 2011

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4394> Acesso em 22 de abril de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 258/ 2004**. Dispõe sobre do dimensionamento do pessoal de enfermagem nas instituições de saúde Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004\\_4329.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html) Acesso em 25 de junho de 2013

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de educação superior. **Resolução CNE/CNS 3/2001**. Dispõe sobre as diretrizes curriculares para o curso de graduação em enfermagem. Diário oficial da união, Brasília (DF), 9 nov 2001: Seção 1: 37.

CORONETTI, A; NASCIMENTO, E.R.P; BARRA, D.C.C et al. O estresse da equipe de enfermagem ba unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis. V.35. n.4. p. 36-43. 2006.

DESLANDES, S. F. **Humanização revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica.** In: \_\_\_\_\_ (org). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2006. p. 33-47.

DUARTE, N.E. **Representações Sociais sobre o cuidado de enfermagem pelos alunos de graduação: Implicações para a prática e o ensino de enfermagem.** [Dissertação]. Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010. 168f

DUARTE, N.E; FERREIRA. M.A; LISBOA, M.T.L. A dimensão prática do cuidado de enfermagem: Representações Sociais dos Acadêmicos de enfermagem. **Esc Anna Nery Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro. v.16.n.2. p. 227-233. 2012.

GARCIA, J.N.R; NEVES, M.L; CAMARGO, M.C. Historia da Enfermagem. In: MURTA, G.F (org). **Saberes e Práticas: Guia Para Ensino e Aprendizado de Enfermagem.** São Paulo, Difusão Editora, 2006, p. 261-294.

GARCIA, L.F.R. Psicologia aplicada a enfermagem. In: MURTA, G.F (org). **Saberes e Práticas: Guia Para Ensino e Aprendizado de Enfermagem.** São Paulo, Difusão Editora, 2006, p. 147-157.

GUEDES, C.R; PITOMBO, L.B; BARROS, M.E.B. Os Processos de Formação na Política Nacional de Humanização: A Experiência de Um Curso Para Gestores e Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde. **Physys Revista de Saúde Coletiva.** V.19. n.4. p. 1087-1109. 2009.

GIORDINI, A.T. **Humanização da saúde e do cuidado.** São Caetano do Sul, SP. Difusão editora, 2008.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo, v. 39, n. 2, 2005 . P. 145-53. Disponível :<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/04.pdf>> . Acesso em 1 de novembro de 2011.

FERREIRA, A.B. de H. **Miniaurélio Século XXI.** 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

HERMIDA, P.M.V. Representação social dos discentes de enfermagem sobre a profissão e profissional enfermeiro. **Revista de Educação,** São Paulo. v.11.n.12. p. 137-155. 2008.

JAPIASSÚ, H; MARCONDES,D. **Dicionário básico de filosofia.** 5 ed. Rio de Janeiro:

Jorge Zahar editor, 2008.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In:\_\_\_\_\_. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro : EDUERJ, 2002. p. 17-44.

KRONBERGER, N.E; WAGNER,W. Palavras-chave em contexto: Análise estatística de textos. In: BAUER, M.W; GASKELI, J. (orgs). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. (Tradução de Pedrinho A. Guareschi). Petrópolis, RJ. Vozes. 2004.p. 416-441.

LIMA, J.O.R; MUNARI, D.B; ESPIRIDIANO, E; SOUZA, J.C. Aprendendo o cuidado humanizado: a perspectiva do graduando de enfermagem. **Rev. Ciência. Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n.1, p.11-20, 2007.

LUZ, M. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição Democrática” anos 80. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. v.1 (1): 1991.

MARCH, M; BORGES, L; BONFIM, M.E. Humanização da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, V. 26, n.6, p.508-514, 1973.

MAZZOTI, A. J. A. Representações Sociais: Aspectos Teóricos e aplicações à educação. **Revista Em aberto**. Brasília. V. 14. n. 61. p. 60-78. jan/mar. 1994.

MONTENEGRO, L.C.; BRITO, M. J. M. Aspectos que facilitan o dificultan la formación del enfermero en atención primaria de salud. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 29, p. 238-247, 2011.

MOSCOVICI, S. **A Psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis. Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NAUDERER, T.M.; LIMA, M.A.D.S. Imagem da Enfermeira: Revisão de Literatura. **Rev Bras de Enferm**. Brasília. V.58. n.1. p. 74-77. 2005.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é**. São Paulo, Cortez. Ed. 1989.

NORONHA, J.C; LIMA, L.D; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde SUS. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL et al (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008, p.435-72.

OLIVEIRA, B.R.G; COLLET, N; VIEIRA, C.S. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo. V.14, n.2, mar/abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf> Acesso em 15 de abril de 2011.

PAVAN, C; GONÇALVES, L.L.M; MATIAS, M.C.S; PAULAN, S. In: Ministério da Saúde (BR). Secretária de Atenção a saúde. Política Nacional de humanização. **Formação em intervenção**. Brasília (DF); 2010. P. 74-93.

PASCHE, D.F; PASSOS, E. A Importância da Humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública Santa Catarina**. Florianópolis. V. 1. n.1 p. 92-100. jan/jun. 2008.

PERRY, A.G. Fundamentos Teóricos da Prática de Enfermagem. In: POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro. Elsevier. 2009. p. 44-52.

PORTO, I.S. Identidade da Enfermagem e Identidade Profissional da Enfermeira Tendências Encontradas em produções científicas desenvolvidas no Brasil. **Esc Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro. V.18.n.4. p. 92-100. 2004

POTTER, P.A. Administração do Cuidado ao cliente. In: POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro. Elsevier. 2009. p. 301-312.

RICHTER,D; BOMTEMPO, D.C; RAMOS, M.L. Antropologia e Sociologias aplicadas a Enfermagem: propostas de abordagem. In: MURTA, G.F (org). **Saberes e Práticas: Guia Para Ensino e Aprendizado de Enfermagem**. São Paulo, Difusão Editora, 2006, p. 123-142.

ROGERS, M.E. **Nursing: The Science of unitary, irreducible, human beings: update 1990**. In E.A. M. Barret (Ed.), *visión of Rogers science – based nursing*. (pp. 5-11). New york: National League for nursing press.

SÁ, C.P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SENA, R.R. et al. O cuidado no trabalho: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface – comunic, Saúde, Educ**. São Paulo. v.12, n.24, jan/mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/02.pdf>. Acesso em 10 de abril de 2011

SILVA, D.C; ALVIM, N.A.T.; FIGUEIREDO, P.A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**. v.12. n. 2. p. 291-298. 2008.

SILVA, F.D; CHERNICHARO, I.M.; FERREIRA, M.A. Da humanização do Ensino Para a Humanização da assistência e da gestão: Elementos Para se Pensar a Formação em Enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 62.,2010,Florianópolis - SC. **Anais...** Florianópolis - SC, 2010.p.7972-7974.

SILVA, F.D; CHERNICHARO, I.M.; FERREIRA, M.A. Formação do Enfermeiro: Desafios para a Humanização da assistência e da gestão. In: PESQUISANDO EM ENFERMAGEM, 17.,2011, Rio de Janeiro. **Anais...**Rio de Janeiro:UFRJ, 2011.p.31. b

SILVA, F.D; CHERNICHARO, I.M.; FERREIRA, M.A. Humanização e Desumanização: A Dialética expressa no Discurso de Docentes de Enfermagem sobre o cuidado. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**. v.15. n. 2. p. 306-313. 2011. a

SOUZA, F.M; SOARES, E. A visão administrativa do enfermeiro no macrosistema hospitalar: um estudo reflexivo. **Rev Bras de Enferm**, Brasília, v. 59. N. 5.p. 620-625. 2006.

SPÍNDOLA, T; MARTINS, E.R.C; FRANCISCO, M.T.R. Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. **Rev Bras de Enferm**. Brasília, v.61. n.2. p. 164-169. 2008.

TYRREL, M.A.R; CARVALHO, V. O enfermeiro Brasileiro: Formação profissional – Bases legais, conceituais e programáticas. In: CARVALHO, V. (org). **Sobre enfermagem: Ensino e Perfil profissional**. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ/EEAN; 2006. p.361-372.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: VALA, J; MONTEIRO, M.B. (orgs). **Psicologia Social**. 4ª ed. Lisboa: caloueste Gulbenkian, 2000. p. 457-502.

VALE, E.G; PAGLIUCA, L.M.F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: Contribuição para o ensino de graduação. **Rev Bras de Enferm**. Brasília. V.64 n. 1. p. 106-113. 2011

WALDOW, V. R. **Cuidar: Expressão Humanizadora da Enfermagem**. 2ªed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007.

WALDOW, V. R.. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e os cosmos. 2ªed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.

WALDOW, V.R. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: MEYER, D.E; WALDOW, V.R; LOPES, M.J.M. (Org). **Marcas da Diversidade: Saberes e Fazeres da**

**Enfermagem Contemporânea.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p-53-85.

WETTERICH, N.C; MELLO, M.R.C. Perfil sociodemográfico do aluno do curso de graduação em enfermagem. **Rev Latino- am Enfermagem.** São Paulo. v.15. n. 3. p. 404 - 410. 2007.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### 1ª Parte - Dados Gerais:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino                      Idade: \_\_\_\_\_ anos  
 Nacionalidade: \_\_\_\_\_                      Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_                      Cor da pele (por auto-declaração): \_\_\_\_\_  
 Religião: \_\_\_\_\_ Renda familiar: \_\_\_\_\_  
 Período que está cursando: [     ] 3º Período    [     ] 8º Período  
 Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_  
 Já atuou em algum serviço de enfermagem: [ ] sim [     ] não  
 Se sim, por quanto tempo: \_\_\_\_\_  
 Cenários em que atuou: \_\_\_\_\_  
 Têm parentes que atuam no serviço de enfermagem: [     ] sim [     ] não  
 Se sim, qual grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
 Que tipo de atividades desenvolve: \_\_\_\_\_

#### 2ª parte ( questões abertas):

1. Atualmente a humanização da assistência é um tema que vem sendo muito discutido na área da saúde, o que é pra você a humanização?
2. Porque você considera que isso que você disse seja humanização?
3. E sobre a humanização e o cuidado de enfermagem, o que você tem a dizer?
4. Você poderia descrever uma assistência humanizada?
5. Como você se vê prestando a assistência (ou cuidado) de enfermagem, atuando junto ao usuário no campo de estágio? E aos outros colegas, como você os vê?
6. Há alguma diferença na forma como se presta a assistência aos usuários nos cenários que você já atuou como aluno? Que diferenças são essas? Por que você acha que houve estas diferenças?
7. Você acredita que haja dificuldades para se ter humanização quando se presta o cuidado de enfermagem? Quais seriam? Você já teve (ou tem) dificuldades pra lidar com a humanização na prestação do cuidado? De que forma você lida com elas?
8. E os enfermeiros, também possuem dificuldades? Quais seriam? Como você acha que eles lidam

com elas?

9. E os professores, têm dificuldades? Quais e como lidam com elas?

10. Como você vê o enfermeiro(a) atuando na assistência, poderia descrevê-lo? É uma assistência humanizada, porque sim ou porque não?

11. O que a humanização tem de bom? O que ela tem de ruim?

12. Existe alguma coisa relacionada à humanização que te preocupa? Por quê?

13. Pra você como se aprende a prestar uma assistência humanizada?

14. O seu processo de ensino e aprendizagem te influenciou para a humanização na prestação do cuidado? Como?

15. Existe alguma coisa no seu processo de ensino e aprendizagem que você gostaria que fosse diferente referente a humanização? Por quê?

16. Há algum conteúdo que você considera importante no ensino-aprendizagem sobre a humanização na prestação do cuidado de enfermagem? Quais e por que você os citou?

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Acadêmico(a), você foi selecionado e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada**: Saberes e Práticas de acadêmicos sobre a humanização: Implicações Para o Cuidado de Enfermagem, que tem como **objetivos**: identificar as representações sociais (RS) de acadêmicos de enfermagem sobre a humanização; descrever as peculiaridades das RS dos acadêmicos de enfermagem em diferentes momentos do curso de graduação; caracterizar as práticas que tais acadêmicos de enfermagem definem como representativas de humanização no cuidado e discutir as implicações que tais representações trazem para o campo da assistência e formação profissional em enfermagem tendo em vista os preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH). Este é um estudo baseado na abordagem qualitativa, utilizando como método a Teoria das Representações Sociais (TRS).

**Esta pesquisa dará origem a um trabalho de mestrado**, cujos **resultados** servirão de conteúdo para **artigos** a serem publicados em revistas científicas e **eventos** da área da saúde e da área de enfermagem, assim como a **dissertação** de mestrado. A pesquisa terá duração de 01 ano, com término previsto para 2013.

A pesquisa será realizada através de **entrevistas** e as respostas serão registradas em formato eletrônico, **desde que você aceite participar e concorde com a gravação**. Além disso, será aplicada a **técnica de observação** que será realizada nos ambientes da [nome da instituição de ensino]. Esta observação objetiva complementar os dados das entrevistas através das cenas de ensino e práticas desenvolvidas pelos alunos nas dependências da [instituição cenário de ensino]. Estes dados serão registrados em um diário de campo.

Esta pesquisa não lhe causará riscos, pois não afetará a sua integridade física e psicológica. E, também, não o colocará sob riscos sociais. Os **benefícios** virão a partir dos resultados da pesquisa que por versar sobre a humanização da assistência e da gestão, poderá enriquecer o campo de ação da educação em enfermagem. Destaco que **não haverá benefícios financeiros e custos** para os participantes da pesquisa. Sobre os procedimentos específicos para garantir os seus direitos, comprometo-me a esclarecer as dúvidas que você tenha no momento em que achar necessário. Por isso, deixo registrado neste termo o número do meu telefone e o endereço eletrônico.

Caso queira desistir de participar da pesquisa, isto será respeitado, mesmo que já tenha respondido às questões. Neste caso, os registros das respostas dadas serão entregues a você. Esclareço que a sua participação ou não na pesquisa não interferirá nas suas relações de ensino com a instituição, ou seja, não haverá benefícios aos participantes e nem prejuízos àqueles que decidiram por não participar. O **anonimato** será respeitado, ou seja, não divulgarei o seu nome nas discussões e nem em publicações futuras. A identificação será feita por códigos. Todas as gravações serão destruídas após cinco anos. Desde já Agradeço!

---

Enf<sup>a</sup>Fernanda Duarte da Silva  
Pesquisadora Principal  
Cel: 79021205

E-mail: fernanda23\_dasilva@yahoo.com.br

---

Pr<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia de Assunção Ferreira  
Orientadora  
Cel: 8563-2640

E-mail: marciadeaf@ibest.com.br

Comitê de ética e Pesquisa EEAN /UFRJ: (21) 2293-8148/Ramal 228.

Rio de Janeiro: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

---

Acadêmico(a) de Enfermagem

# ANEXO



EEAN

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**Número do Parecer:** 8754

CAAE: 01304812.6.0000.5238

**Título do Projeto:** SABERES E PRÁTICAS DE ACADÊMICOS SOBRE A HUMANIZAÇÃO: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM.

**Pesquisador Responsável:** Fernanda Duarte da Silva

**Instituição onde a pesquisa será realizada:** EEAN/UFRJ

**Data de Entrega do Protocolo ao CEP:** 12/3/2012

## SITUAÇÃO:

### Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião ocorrida em **24/4/2012**.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a **01 (hum) ano e/ou ao término da mesma, com um CD**, indicando o número do parecer atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Rio de Janeiro, 24 de abril de 2012.

Maria Aparecida Vasconcelos Moura  
Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ