



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE

CAMILA DE MELO MOURA

**PERCURSO FORMATIVO DA HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO DISCURSO DOS
FISIOTERAPEUTAS DA UNIDADE NEONATAL DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE
ENSINO**

MACEIÓ-AL
2018

CAMILA DE MELO MOURA

**PERCURSO FORMATIVO DA HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO DISCURSO DOS
FISIOTERAPEUTAS DA UNIDADE NEONATAL DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE
ENSINO**

Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Seiji Aragaki.

Linha de Pesquisa: Integração ensino, serviço de saúde e comunidade.

Maceió-AL

2018

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale – CRB4-661

M929p Moura, Camila de Melo
 Percurso formativo e práticas em humanização da saúde no discurso dos
 fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino / Camila
 de Melo Moura. – 2018.
 121 f. : il.

Orientador: Sérgio Seiji Aragaki
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de
Alagoas. Faculdade de Medicina. Maceió, 2018.

Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Humanização da Assistência. 2. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
3. Método Canguru. 4. Fisioterapeutas. 5. Educação Continuada. 6. Ensino
Superior. I. Título.

CDU: 61-053.31:378


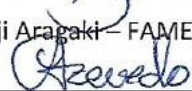
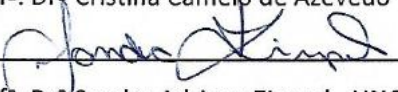


Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Faculdade de Medicina – FAMED
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - PPES

Ata da Defesa do Trabalho Acadêmico Conclusão de Curso - TACC

Aos vinte dias do mês de dezembro de 2018, às 8h30min, foi realizada na sala do mestrado, no prédio da FAMED, no Campus A.C. Simões – Maceió-AL., a defesa pública do Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso - TACC da mestranda **CAMILA DE MELO MOURA**, intitulado: **“O percurso formativo da humanização da saúde no discurso dos fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino”**. A Banca Examinadora constituída pelas professores doutores Sérgio Seiji Aragaki (orientador e presidente), Cristina Camelo de Azevedo e Sandra Adriana Zimpel (titulares), emitiram o seguinte parecer:

Banca Examinadora:

 _____	<input checked="" type="checkbox"/> Aprovada	<input type="checkbox"/> Reprovada
Prof. Dr. Sérgio Seiji Aragaki – FAMED/UFAL		
 _____	<input checked="" type="checkbox"/> Aprovada	<input type="checkbox"/> Reprovada
Profª. Drª Cristina Camelo de Azevedo - IP/UFAL		
 _____	<input checked="" type="checkbox"/> Aprovada	<input type="checkbox"/> Reprovada
Profª. Drª Sandra Adriana Zimpel - UNCISAL		

Em caso de REPROVAÇÃO, é necessária apresentação de um parecer consubstanciado no espaço abaixo designado: _____

Eu, Sérgio Seiji Aragaki, orientadora e presidente da Banca, lavrei a presente Ata que segue por mim assinada e pelos demais membros da Banca Examinadora.

À Deus, Aquele que sabe todas as coisas e tem poder para fazer tudo.

Aos meus pais, Gilvânia e Luciano, principalmente à minha mãe, que pacientemente tolerou meus momentos de angústia e ansiedade durante essa caminhada. Essa vitória também é fruto do esforço de vocês.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à Deus, que me deu o dom da vida e guiou meus passos até aqui. É Nele que sempre me fortaleço.

Aos meus pais, que me deram amor, segurança e me proporcionaram uma educação de qualidade, mesmo tendo que fazer um esforço gigante para que não me faltasse nada.

À minha irmã Luanda, que esteve presente em todos os momentos de minha vida e aos meus sobrinhos Pedro e Júlia, que amo de paixão.

Ao meu orientador, Sérgio Aragaki, a quem eu muito admiro. Agradeço pelos ensinamentos, pela paciência, pelo compromisso, pelo acolhimento e pela disponibilidade sempre que precisei.

Aos meus familiares e amigos que acreditam em mim.

A todos os meus professores que fizeram parte dessa minha trajetória, desde o Colégio Imaculada Conceição até o mestrado. Minha gratidão e admiração por vocês serão eternas.

A todos que fazem parte do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, principalmente aos meus colegas de trabalho.

Aos meus amigos de turma do mestrado. Agradeço por todos os momentos maravilhosos que vivemos nesses dois anos, sem vocês teria sido muito mais árduo e não tão prazeroso como foi.

Às professoras das bancas de qualificação e defesa, Cristina Camelo e Sandra Zimpel, pela disponibilidade e pelas relevantes contribuições à pesquisa.

Muito obrigada!

RESUMO GERAL

Este Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso (TACC) é composto pelas seguintes seções: apresentação; dissertação, fruto da pesquisa realizada durante o mestrado; e três produtos educacionais a ela relacionados. Ao final, são traçadas as considerações gerais do TACC e disponibilizados os apêndices e anexos. Na apresentação são explicitadas as motivações pessoais que levaram à pesquisa, assim como um breve histórico sobre o tema estudado. A dissertação é oriunda da pesquisa “Percurso formativo da humanização da saúde no discurso dos fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino”. Feita na abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas, a pesquisa foi realizada com oito fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino de uma cidade do nordeste brasileiro. Observadas lacunas nos processos formativos dos profissionais, que dificultavam colocar em prática a humanização da saúde, foram pensadas e executadas ações que pudessem colaborar na Educação Permanente em Saúde (EPS), capazes de provocar mudanças nas práticas assistenciais. Frutos dessas ações, os produtos educacionais foram: um Artigo Original, um manual técnico para a produção de uma oficina de humanização e um relatório técnico da “Oficina de humanização: uma reflexão sobre os modos de cuidar”. A conclusão geral, advinda da pesquisa e das intervenções e produtos relacionados, é de que os objetivos propostos foram alcançados, havendo importantes aprendizados para a pesquisadora e para seus interlocutores nessa trajetória acadêmica, produzindo melhorias para os profissionais e para a instituição onde foram desenvolvidas as ações.

Palavras-chaves: Humanização da Assistência. Ensino Superior. Educação Continuada. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Fisioterapia.

GENERAL ABSTRACT

This Academic Completion Work (TACC) is composed of the following sections: presentation; dissertation, result of the research carried out during the master's degree; and three related educational products. At the end the general considerations of the TACC are outlined and the appendices and annexes are made available. In the presentation the personal motivations that led to the research are explained, as well as a brief history on the subject studied. The dissertation comes from the research "Training course and practices in humanization of health in the discourse of physiotherapists of the neonatal unit of a public teaching hospital". It was made in the qualitative approach through semi-structured interviews. The research was carried out with eight physiotherapists of the neonatal unit of a public teaching hospital in a city in the northeast of Brazil. After observing gaps in the professional training processes, which made it difficult to put into practice the humanization of health, actions were taken that could collaborate in the Permanent Education in Health (PEH) and also capable of provoking changes in the care practices. The educational products were: the results of these actions, an original article, a technical manual for the production of a humanization workshop and a technical report of the "Humanization workshop: a reflection on the ways of caring". The general conclusion drawn from research and from the interventions and related products is that the proposed objectives have been achieved with important learning for the researcher and her interlocutors in this academic trajectory, producing improvements for the professionals and for the institution where the actions were developed.

Keywords: Humanization of Assistance. Education, Higher. Education, Continuing. Intensive Care Units, Neonatal. Physical Therapy Specialty.

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSOBRAFIR	Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
EPS	Educação Permanente em Saúde
FAMED	Faculdade de Medicina
HUPAA	Hospital Universitário Professo Alberto Antunes
MPES	Mestrado Profissional em Ensino na Saúde
MS	Ministério da Saúde
P	Participante
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
RN	Recém-Nascido
RNBP	Recém-Nascido de Baixo Peso
SUS	Sistema Único de Saúde
TACC	Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNCISAL	Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Montagem do cartaz.....	84
Figura 2 - Cartaz: <i>Humanizar é</i>	84
Figura 3 - Construção do mural.....	87
Figura 4 - Mural dos pontos positivos, pontos negativos e sugestões das práticas humanizadas.....	87
Figura 5 - Apresentação do grupo 1.....	89
Figura 6 - Apresentação do grupo 2.....	90
Figura 7 - Apresentação do grupo 3.....	90
Figura 8 - Roda de conversa.....	91
Figura 9 - Dinâmica de encerramento.....	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil dos fisioterapeutas participantes da pesquisa. 2018.	27 e 51
Quadro 2 - Sentidos de humanização dado pelos participantes da oficina. 2018.	85
Quadro 3 - Pontos positivos, pontos negativos e sugestões das práticas humanizadas. 2018.	88
Quadro 4 - Resultado das respostas da avaliação dos participantes quanto a sua participação na oficina. 2018	93
Quadro 5 - Resultado das respostas da avaliação dos participantes quanto a sua participação na oficina. 2018	94

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	11
2	DISSERTAÇÃO: Percurso formativo da humanização da saúde no discurso dos fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino	14
2.1	Introdução	16
2.2	A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS	17
2.2.1	Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso.....	18
2.2.2	Humanização da saúde e a formação profissional.....	18
2.3	Evolução histórica das unidades neonatais	19
2.3.1	A Fisioterapia na unidade neonatal.....	22
2.4	Objetivos	23
2.4.1	Objetivo geral.....	23
2.4.2	Objetivos específicos.....	23
2.5	Percurso metodológico	23
2.6	Resultados e discussão	26
2.6.1	Sentidos de humanização.....	27
2.6.2	Atores sociais da humanização.....	30
2.6.3	Percurso formativo da humanização.....	33
2.6.4	Práticas alinhadas à humanização.....	37
2.7	Considerações finais	39
	REFERÊNCIAS	40
3	PRODUTOS EDUCACIONAIS	45
3.1	Produto 1 – Artigo Original: Humanização da saúde no discurso dos fisioterapeutas de uma unidade neonatal	46
3.2	Produto 2 – Manual técnico para a produção de uma oficina de humanização	66
3.2.1	Apresentação.....	68
3.2.2	Objetivos do manual.....	69
3.2.3	Desenvolvimento da oficina.....	69
3.2.3.1	Objetivos da oficina.....	69
3.2.3.2	Facilitadores.....	69

3.2.3.3 Carga horária.....	69
3.2.3.4 Público alvo.....	69
3.2.3.5 Número de vagas.....	69
3.2.3.6 Local e infraestrutura.....	70
3.2.3.7 Inscrição.....	70
3.2.3.8 Equipamentos e materiais didáticos.....	70
3.2.3.9 Programação da oficina.....	70
3.2.3.10 Roteiro de atividades da oficina.....	71
REFERÊNCIAS.....	77
3.3 Produto 3 – Relatório técnico da oficina de humanização: uma reflexão sobre os modos de cuidar.....	78
3.3.1 Apresentação.....	78
3.3.2 Introdução.....	79
3.3.3 Objetivos da oficina.....	80
3.3.4 Desenvolvimento da oficina.....	80
3.3.5 Execução da oficina.....	81
3.3.6 Resultados, discussão e análise.....	84
3.3.7 Considerações finais.....	95
REFERÊNCIAS.....	96
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TACC.....	97
REFERÊNCIAS GERAIS.....	99
APÊNDICES.....	105
ANEXOS.....	111

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho é consequência da minha trajetória pessoal e profissional, especialmente, pelo meu ingresso no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (MPES) da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), em 2017. Naquele momento eu já atuava como fisioterapeuta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público de ensino e como preceptora de Fisioterapia aplicada à Neurologia, em uma faculdade da rede particular, ambas em uma cidade do nordeste brasileiro.

Minha formação acadêmica se iniciou com a graduação em Fisioterapia (2009) pela Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), seguindo com a Residência em Saúde do Adulto e do Idoso (2012) pela UFAL e a Especialização Profissional em Fisioterapia em Terapia Intensiva, com área de atuação em Neonatologia e Pediatria (2015) pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR).

Em 2017, concomitantemente às disciplinas cursadas no mestrado, realizei um treinamento do Método Canguru, oferecido pelo Hospital Professor Alberto Antunes (HUPAA) a profissionais e estudantes da área da saúde. Esse método trata de um conjunto de medidas adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) para a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à gestante, ao Recém-Nascido (RN) e à sua família.

A partir daí meu interesse pela temática humanização da saúde se intensificou. Eu já vinha observando a sua importância no meu ambiente de trabalho, mas também percebia que havia obstáculos para a sua concretização, tais como: a pouca participação dos profissionais nas decisões, escassez de material e de mão-de-obra qualificada, espaço físico inadequado, sobrecarga de trabalho e pouco investimento na Educação Permanente em Saúde (EPS).

O MS (2008) afirma que a humanização da saúde trata das mudanças nas práticas de atenção e de gestão, de maneira a efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Carvalho e colaboradores (2016), por sua vez, descrevem a humanização como objeto de debate, sendo um dos temas centrais na área da saúde e na formação do trabalhador de saúde. É uma política integrante do SUS para a realização do

cuidado integral, da promoção da saúde e da valorização da dimensão subjetiva e social, implicadas no processo saúde-doença-cuidado.

É nesse contexto que eu, como pesquisadora e fisioterapeuta da unidade neonatal, venho observando a importância da formação profissional alinhada à humanização da saúde. É importante diminuir a distância entre as reais necessidades do SUS e a formação dos seus profissionais.

Assim, senti a necessidade de analisar os discursos de profissionais da unidade neonatal de um hospital público de ensino, relacionando o percurso formativo em humanização da saúde e a sua atuação profissional. Considerando a viabilidade de execução da pesquisa, escolhi restringir os participantes da pesquisa à categoria dos fisioterapeutas.

Este Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso (TACC) contém uma dissertação, intitulada “Percurso formativo da humanização da saúde no discurso dos fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino” e mais três produtos educacionais¹.

Assim, o primeiro produto foi um Artigo Original, feito a partir da dissertação e submetido para publicação na revista científica Saúde e Sociedade, Qualis CAPES Periódicos na Área de Ensino A1.

O segundo produto foi um manual técnico para a produção de uma oficina de humanização, desenvolvido como um facilitador nas práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Já o terceiro produto foi o relatório técnico fruto da Oficina de humanização: Uma Reflexão Sobre os Modos de Cuidar, embasada no produto anterior e realizada com os profissionais da unidade neonatal do referido hospital como uma atividade de EPS.

Cada produto será detalhado oportunamente, com as devidas discussões e conclusões.

Esclareço que todos produtos foram pensados e elaborados a partir dos resultados da pesquisa, que apontaram a necessidade de melhorias nos processos

¹ Esclarecemos que, conforme as orientações e Documento de Área – Ensino – da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o próprio artigo já se caracteriza como um produto educacional.

formativos em humanização da saúde que pudessem se reverter em mudanças nas práticas profissionais.

Os produtos serão vinculados a um sistema de informação em âmbito nacional, com a finalidade de causar impacto não apenas em caráter local, mas também em outras instâncias da sociedade, servindo como elementos transformadores no processo de ensino-aprendizagem, de maneira que o acesso seja fácil e que possa colaborar na melhoria da formação e das práticas em saúde de outras localidades também.

Após as considerações finais em relação ao TACC, encontram-se os apêndices e os anexos. Todos os materiais produzidos durante a sua construção, como o roteiro da entrevista, a lista de frequência e a autorização de uso de dados da oficina pelos participantes, estão disponibilizados nos apêndices. Em anexo, consta o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa, o certificado de realização da oficina e o formulário de avaliação da oficina pelos participantes.

2 DISSERTAÇÃO: Percurso formativo da humanização da saúde no discurso dos fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino.

RESUMO

Introdução: A formação do trabalhador de saúde é imprescindível para a concretização do cuidado humanizado preconizado pelo o SUS. A humanização da saúde, nos últimos anos, vem ganhando espaço nas discussões da área no Brasil, destacando-se a Política Nacional de Humanização, proposta pelo Ministério da Saúde. **Objetivo:** analisar a relação entre o percurso formativo da humanização da saúde e a atuação dos fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino, a partir de seus discursos. **Percurso metodológico:** trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, sustentada pelos pilares teóricos-metodológicos de análise das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos e do Construcionismo Social. Para a produção das informações foram feitas entrevistas com oito fisioterapeutas da unidade neonatal da referida instituição. Para análise dos discursos foram feitas a transcrição sequencial e integral das falas. Todos os cuidados éticos foram tomados, em respeito à Resolução nº 510/16, do Conselho Nacional de Saúde. O procedimento analítico centrou-se na leitura exaustiva das entrevistas e identificação de categorias analíticas. **Resultados:** foram identificadas quatro categorias analíticas: sentidos de humanização, atores sociais da humanização, percurso formativo da humanização e práticas alinhadas à humanização. Quanto aos sentidos da humanização, os discursos apontam para uma aproximação com conceitos da Política Nacional de Humanização (PNH); os participantes citaram os profissionais, os usuários e a gestão como atores sociais da humanização; quanto à formação em humanização foi identificada uma fragilidade no ensino relacionado ao tema, porém, apesar disso, percebeu-se um alinhamento das práticas realizadas no local de trabalho com algumas propostas feitas pela PNH. O curso do Método Canguru destacou-se como o mais relevante no processo formativo, citado por todos os entrevistados. A Educação Permanente em Saúde (EPS) mostrou-se essencial na trajetória formativa desses fisioterapeutas. **Considerações finais:** É fundamental que o tema humanização da saúde seja trabalhado de maneira consistente na formação profissional, tanto em nível de graduação quanto em pós-graduação e na educação permanente em saúde. Nesta última, considerando-se o âmbito da Unidade Neonatal, isso pode ser dar por meio de cursos do Método Canguru. Assim, com a melhora no ensino desses trabalhadores, ocorrerão mudanças em suas práticas profissionais, colaborando que as realizem tal como proposto pelo SUS.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Ensino Superior. Educação Continuada. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Método Canguru. Fisioterapia.

DISSERTATION: Training course of the humanization of health in the physiotherapists discourse of the neonatal unit of a public teaching hospital.

ABSTRACT

Introduction: The training of the health worker is essential for the implementation of the humanized care advocated by the SUS. The humanization of health in recent years has been gaining ground in discussions in the area in Brazil, highlighting the National Humanization Policy proposed by Ministry of Health. **Objective:** to analyze the relationship between the formative course of the health humanization and the performance of physiotherapists of the neonatal unit of a public teaching hospital, based on their discourses. **Methodological course:** this is a qualitative research, exploratory in nature, supported by the theoretical-methodological pillars of Discursive Practices and Production of Senses and Social Constructionism. For the production of information, interviews were conducted with eight physiotherapists of the neonatal unit of the institution. For the analysis of the speeches were made the sequential and integral transcription of the speeches. All ethical care was taken in compliance with Resolution No. 510/16 of the National Health Council. The analytical procedure focused on the exhaustive reading of the interviews and identification of analytical categories. **Results:** four analytical categories were identified: senses of humanization, social actors of humanization, training path of humanization and practices aligned to humanization. As for the senses of humanization, the discourses point towards an approach with concepts of the National Humanization Policy (NHP); the participants cited professionals, users and management as social actors of humanization; Regarding to humanization training, a fragility was identified in the teaching related to the subject, however, despite this, it was observed an alignment of the practices carried out in the workplace with some proposals made by the HNP. The Kangaroo Method course was highlighted as the most relevant in the training process, cited by all the interviewees. Permanent Health Education (PHE) has proved to be essential in the formative trajectory of these physiotherapists. **Final considerations:** It is fundamental that the topic humanization of health be worked consistently in professional training, both at undergraduate and postgraduate levels and in health education. In the latter, considering the scope of the Neonatal Unit, this may be through courses of the Kangaroo Method. Thus, with the improvement in the teaching of these workers, changes will occur in their professional practices, collaborating to carry them out as proposed by SUS.

Keywords: Humanization of Assistance. Education, Higher. Education, Continuing. Intensive Care Units, Neonatal. Kangaroo-Mother Care Method. Physical Therapy Specialty.

2.1 Introdução

Nos últimos anos, a humanização da saúde vem ganhando espaço nas discussões sobre saúde no Brasil.

Segundo pesquisas do Ministério da Saúde (MS) junto aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o avanço científico, a utilização de sofisticados aparelhos de diagnóstico, técnicas cirúrgicas avançadas e desenvolvimento de ações preventivas não estavam sendo acompanhados de um atendimento humanizado (MORAIS; WUNSCH, 2013).

A partir da década de 1980 surge o processo de humanização dentro dos movimentos de reforma sanitária, nas Conferências de Saúde e nos grupos militantes, que almejavam com suas atuações o alcance da ampliação de uma consciência cidadã (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

A sistematização sobre a humanização na saúde torna-se mais evidente em 1999, após o planejamento e implementação de algumas ações, programas e políticas. Por exemplo: Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar – PNHAH (BRASIL, 2001) e Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – PNH (BRASIL, 2003), lançados pelo MS.

Carvalho e colaboradores (2016) descrevem a humanização como objeto de debate, sendo um dos temas centrais na área da saúde, na formação do trabalhador de saúde, como uma política integrante do SUS para a realização do cuidado integral, da promoção da saúde e da valorização das dimensões subjetiva, além de serem implicadas no processo saúde-doença-cuidado.

Este trabalho trata da questão da humanização da saúde em unidade neonatal, tendo sido originado a partir de uma pesquisa inédita, feita em um hospital público de ensino, situado em uma cidade do nordeste brasileiro. Tem como foco analisar a relação entre o percurso formativo da humanização da saúde e a atuação de fisioterapeutas de uma unidade neonatal.

Consideramos que esta pesquisa poderá trazer contribuições nos processos formativos e no trabalho dos profissionais (não somente os que colaboraram nesse trabalho), que afetarão positivamente o trabalho das equipes dos quais fazem parte, assim como poderão trazer benefícios para os usuários da saúde e seus familiares.

2.2 A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

Em 2003, tendo como base as contribuições e o êxito do PNHAH, foi criada a PNH – conhecida também como HumanizaSUS –, que surgiu como resposta à insatisfação dos usuários do SUS no que diz respeito, sobretudo, aos aspectos negativos de relacionamento com os profissionais da saúde (BRASIL 2003; FORTES, 2004).

A PNH, visando a concretização dos princípios do SUS, traz contribuições para todos os níveis de atenção e gestão da saúde, da atenção básica à especializada. Procura sistematizar, estimular e organizar as práticas em saúde, de forma que elas se transformem em ações para além da boa educação, da simpatia ou do comportamento de piedade em relação ao usuário (BRASIL, 2011).

[...] quando no SUS se tomou a tarefa de humanizar as práticas de gestão e de cuidado pela PNH, não foi para combater práticas adjetivadas de desumanas, mas para afirmar a humanização como um valor do cuidado e da gestão em saúde. Valor que afirma uma nova ética: a de colocar em primeiro plano na gestão do trabalho e no cuidado em saúde as pessoas, que implica em reconhecer seus diferentes interesses, desejos e necessidades e incluí-los nos processos de diálogo, negociação e construção de corresponsabilidade (BRASIL, 2011, p. 32).

A PNH tem três princípios: transversalidade, que refere-se ao aumento do grau de comunicação entre os sujeitos e coletivos com a ampliação da compreensão do processo de trabalho e a mudança nas relações de saber e de poder entre os partícipes da produção de saúde; a indissociabilidade entre atenção e gestão, ou seja, a inseparabilidade entre os modos de cuidar e modos de gerir e de se apropriar do trabalho; e a afirmação do protagonismo, corresponsabilização e autonomia dos sujeitos e coletivos, envolvidos como sujeitos que assumam um lugar central nos acontecimentos de saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009; NORA; JUNGES, 2013).

Em síntese, humanizar se traduz como inclusão e respeito às diferenças nos processos de gestão e de cuidado, produzindo práticas corresponsabilizadas, alinhadas às necessidades em saúde. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar, novas formas de organizar o trabalho e de ensino e aprendizagem a ele relacionadas.

2.2.1 Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso

A fim de contribuir para a mudança de postura de profissionais e visando a humanização da assistência ao Recém-Nascido (RN), o MS lançou, por meio da Portaria nº 693 de, de 5 de julho de 2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (RNBP): o Método Canguru. É interessante notar que esse documento é datado de antes da criação do HumanizaSUS. Porém, somente em 2007 foi lançada a Portaria nº 1.683, oferecendo informações necessárias à aplicação do Método Canguru (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011).

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado ao RNBP e sua família, baseado nos princípios da atenção humanizada (BRASIL, 2011).

No Brasil, a aplicação do Método Canguru é composta de três etapas: duas hospitalares e uma ambulatorial. A primeira fase ocorre após o nascimento do bebê que necessita de internação. Neste período a mãe permanece junto ao RN no hospital na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo). A segunda etapa ocorre quando o bebê se encontra estabilizado clinicamente e em condições de ficar em acompanhamento contínuo com sua mãe na enfermaria, conhecida como Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). A terceira é a fase ambulatorial, que tem início após a alta hospitalar e segue até que o bebê atinja o peso de, pelo menos, 2.500g (BRASIL, 2011).

Pereira, Carvalho e Ikeda (2015), afirmam que a humanização em neonatologia representa a formulação de uma nova cultura institucional, com outros padrões de relacionamento ético e uma melhor qualidade assistencial, buscando facilitar o vínculo mãe-bebê durante a sua permanência no hospital.

2.2.2 Humanização da saúde e a formação profissional

Em relação ao ensino da humanização do cuidado nos cursos de graduação da área da saúde, observa-se que nem sempre há uma clareza em relação às concepções dessa temática com algumas propostas de ensino. Tal fato, demonstra que focar a humanização como tema a ser inserido nos cursos de graduação em saúde, no contexto do SUS, é ainda um desafio a ser enfrentado (MIRANDA; ARCE, 2014).

Deve-se ressaltar que a formação dos profissionais de saúde tem privilegiado o conhecimento técnico-científico, limitando-se aos ensinamentos relativos ao fazer. Mudar as práticas de saúde e alinhá-las à humanização exige mudanças no processo de construção dos sujeitos dessas práticas, sendo indispensável que os docentes responsáveis pela formação de profissionais da saúde se apropriem da temática. Para isso é necessário investimento na construção de um novo tipo de interação entre os atores na qual profissional da saúde, gestores e usuários sejam sujeitos de um processo e não objeto dele (BRASIL, 2010).

Concordando com Barbosa e colaboradores (2013), que consideram o SUS como um processo social em construção, os profissionais de saúde destacam-se como importantes sujeitos desse processo. O ser humano está em um processo permanente de educação.

Partindo desta perspectiva, acredita-se que o ensino é um aliado nas mudanças que devem acontecer nas práticas de saúde, sendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) um dos mais relevantes meios para que isto ocorra, de forma a intervir na melhoria da formação do profissional que atua no SUS (BRASIL, 2009).

2.3 Evolução histórica das unidades neonatais

Antigamente, os partos eram realizados em casa pelas parteiras, sendo os RNs mantidos com suas mães e familiares. Eram altas as taxas de mortalidade infantil e de prematuros, pois não existiam estabelecimentos voltados para os cuidados delas. Por muitos séculos elas não eram consideradas como parte integrante da sociedade, pois eram tidas como seres sem alma, sem forma reconhecida pelo corpo. Esperava-se que a seleção natural fosse capaz de excluir aquelas menos adaptadas à sobrevivência, a exemplo das crianças prematuras ou nascidas com malformações (DIAS, 2009; SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Segundo o estudo de Dias (2009) o surgimento da neonatologia moderna se deu na França, em 1892, proposta pelo obstetra Pierre Budin. A base da medicina neonatal foi instituída por seus princípios e métodos. Para ele, a participação da mãe nos cuidados com seu filho era essencial para desenvolver o vínculo afetivo entre ambos. Assim, o primeiro berçário hospitalar foi criado em 1893, em Paris.

Em 1896, Martin Couney, discípulo de Budin, revolucionou a assistência hospitalar ao RN com o uso das incubadoras, onde os bebês prematuros eram

colocados para crescerem e se desenvolverem, garantindo a sobrevivência de bebês, até então considerados inviáveis. Couney cuidou, durante quatro décadas, de mais de cinco mil prematuros, com sucesso (DIAS, 2009).

Contudo, contrariando a proposta de Budin, a preocupação com o risco de infecção e também com a chegada da tecnologia nos berçários, as mães foram excluídas totalmente dos cuidados com seus filhos internados nos berçários dos hospitais. Elas não tinham autorização para permanecerem com seu filho e eram desencorajadas a realizar as visitas, refletindo na ruptura do vínculo mãe-bebê (DIAS, 2009).

Na década de 1920, a partir das demonstrações do trabalho de Couney com prematuros, foram criados, em Chicago, Estados Unidos, novos centros especializados em cuidado ao RN prematuro. Porém, era mantida a exclusão dos cuidados maternos e orientado que houvesse o mínimo de intervenção e de manuseio possível por parte dos profissionais (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Em meados de 1950, nos Estados Unidos da América, com o intuito de atender crianças durante a epidemia de poliomielite por meio do uso da ventilação mecânica, foram desenvolvidas as Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas e Neonatal. Apenas na década de 1980 foi que a primeira UTIN surgiu no Brasil, no estado do Rio de Janeiro (IZUMI; FUJISAWA; GARANHANI, 2011).

Nesta perspectiva, temos o conceito, proposto pela Portaria nº930/12, de unidade neonatal:

[...] é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (BRASIL, 2012).

As unidades neonatais hospitalares são divididas de acordo com a necessidade do cuidado em: UTIN, UCINCo e UCINCa. Assim, a UTIN é voltada ao atendimento do RN grave ou com risco de morte; a UCINCo, destinados ao atendimento de RN considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN; e a UCINCa, deve acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 horas por dia, até a alta hospitalar (BRASIL, 2012).

A hospitalização, por vezes, é necessária. Por outro lado, remete aos RNs a um ambiente doloroso e inóspito, bastante diferente do ambiente uterino, que é ideal

para o crescimento e desenvolvimento fetal (REICHERT; LINS; COLLET, 2007). Exposições frequentes a estímulos nociceptivos (alto nível de ruído, luminosidade e manipulação), geralmente não contingente às suas respostas e incompatível com sua capacidade de autorregulação, são fonte de estresse e desorganização para o bebê, podendo gerar danos ao seu desenvolvimento (PEREIRA; CARVALHO; IKEDA, 2015; ROSEIRO; PAULA, 2015).

Como o cuidado ofertado pela equipe multiprofissional muitas vezes ainda é orientada pelo modelo biomédico, torna-se necessário o aperfeiçoamento das práticas profissionais, afim de minimizar as práticas nocivas, comumente vistas nas unidades neonatais.

Ressaltamos que concordamos com Costa e Padilha (2011), quando afirmam que a criação de unidades neonatais nos hospitais contribui significativamente na redução da morbimortalidade neonatal, sendo notáveis os avanços científicos e tecnológicos nesta área. Entretanto, esse processo acabou afastando a família do contato com seu filho, uma vez que os profissionais de saúde se tornaram detentores hipervalorizados do saber e dos modos de cuidar da saúde e do adoecimento das crianças atendidas, sendo os pais excluídos, por serem considerados incapazes de realizar os cuidados.

Atualmente, uma mudança está ganhando força no que concerne aos cuidados nas unidades neonatais. A assistência aos pais e a participação da família nos cuidados hospitalares dos bebês prematuros têm sido prioridade nos serviços de neonatologia, reafirmando os princípios e métodos criados por Budin, e conforme o proposto pelo MS em relação à humanização da saúde. Um exemplo importante é o Método Canguru, destinado a RN de Baixo Peso (RNBP), com ênfase no seu desenvolvimento físico e psíquico (BRASIL, 2011).

Essa mudança nas práticas, felizmente tem ocorrido no local onde a pesquisa foi realizada e, segundo nossa observação e de profissionais do setor, além dos próprios pais e familiares, esse novo modo de cuidar tem proporcionado uma melhoria na qualidade da assistência. Todavia, mesmo com os avanços obtidos, é importante ressaltar a preocupação com possíveis deficiências na formação dos trabalhadores da saúde, visto que são notórios alguns entraves para a efetivação de práticas humanizadas, conforme proposto pela PNH.

2.3.1 A Fisioterapia na unidade neonatal

A especialidade de Fisioterapia neonatal é recente, foi criada e regulamentada pela Portaria N.3.432/SM/GM de 12 de agosto de 1998, que atribui e considera a importância na assistência das unidades que realizam tratamento intensivo nos hospitais do país, inserindo-a na formação da equipe básica de atendimento (BRASIL, 1998).

Posteriormente, a resolução N. 7 de 24 de fevereiro de 2010, regulamenta e atribui responsabilidade técnica ou coordenação no serviço de UTI, colocando o fisioterapeuta como profissional fundamental na assistência da reabilitação e prevenção do paciente crítico (BRASIL, 2010; ALMEIDA; THEIS; GERZSON, 2016).

O fisioterapeuta intensivista neonatal, como é chamado aquele profissional que trabalha nas UTIN, atua na prevenção e tratamentos de complicações decorrentes da prematuridade neonatal, como as complicações respiratórias e do desenvolvimento neuropsicomotor. Atua também na redução de estímulos estressantes aos RNs, como luz forte, ruídos intensos, temperatura inadequada e procedimentos invasivos e dolorosos. Deve ainda dar assistência aos familiares e ajudar na elaboração e na execução de normas e protocolos específicos para a unidade, junto à equipe multiprofissional.

Percebemos que os procedimentos realizados pelos fisioterapeutas muitas vezes são invasivos, podendo causar dor, desconforto e estresse aos bebês. Por conseguinte, os profissionais fisioterapeutas que atuam em unidades neonatais devem utilizar em seu trabalho atitudes humanizadas e buscar trabalhar com ética pela dignidade humana (MONDADORI et al., 2016).

Temos ciência de que os resultados alcançados com a inserção do fisioterapeuta nas unidades neonatais têm sido de grande importância, levando ao reconhecimento profissional do fisioterapeuta, tornando-o um membro imprescindível da equipe multiprofissional. Desta forma, afirmamos que a atuação da Fisioterapia na equipe multiprofissional das unidades neonatais pode contribuir de forma diferenciada na atenção humanizada ao neonato e à sua família.

É nesse contexto que buscamos responder ao questionamento: qual a relação entre o percurso formativo da humanização da saúde com a atuação dos fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino?

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo geral

Analisar a relação entre o percurso formativo da humanização da saúde e a atuação dos fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino, a partir de seus discursos.

2.4.2 Objetivos específicos

- Identificar quais os sentidos de humanização da saúde para os fisioterapeutas da unidade neonatal.
- Destacar quem são os atores sociais envolvidos na humanização da saúde de acordo com os fisioterapeutas da unidade neonatal.

2.5 Percurso metodológico

O estudo foi desenvolvido na área de Ensino na Saúde, sendo uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, sustentada pelos pilares teóricos-metodológicos de análise das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano (SPINK, 2010; SPINK et al., 2013; SPINK et al; 2014). Esta perspectiva alinha-se ao Construcionismo Social, movimento que propõe uma reflexão crítica acerca da produção do conhecimento.

Spink e colaboradores (2013), descrevem as Práticas Discursivas como uma linguagem em ação, ou seja, é por meio do discurso que ocorre a construção social da realidade em que se vive. A mesma autora também traz o conhecimento como algo construído em conjunto, por meio das práticas sociais, e não algo apreendido do mundo (SPINK, 2010).

O interesse maior das práticas discursivas é no papel da linguagem na interação social. É nesse contexto que será possível entender a relação entre o percurso formativo da humanização da saúde e a atuação dos fisioterapeutas na unidade neonatal, mediante os sentidos produzidos nas práticas discursivas dos profissionais.

De acordo com o Construcionismo, o conhecimento se produz na troca de experiências entre as pessoas, por meio das relações humanas, respeitando suas divergências (SPINK et al., 2013). O conhecimento é produzido histórica e

socialmente, onde as verdades devem ser consideradas dentro de um determinado tempo e contexto, tornando esses os seus parâmetros e limites (ARAGAKI, 2001).

A pesquisa foi realizada nas instalações de um hospital público de ensino, localizado em uma cidade do nordeste brasileiro, após ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 2.542.048/2018 (ANEXO I).

Foram convidados a participar da pesquisa os fisioterapeutas que trabalham na unidade neonatal. O convite foi feito de forma verbal e presencial pela pesquisadora, no local de trabalho.

Foi considerado como critério de inclusão os fisioterapeutas que trabalham na Unidade Neonatal, num período igual ou superior a seis meses, por considerarmos que estes já possuem conhecimento necessário sobre o local de trabalho e o serviço que realizam. Não foram considerados os aspectos relacionados ao sexo, raça/etnia, gênero, orientação sexual ou condição socioeconômica, uma vez que esses aspectos não são objetos dessa pesquisa e por se considerar que eles não influíram no material produzido.

Foram considerados critérios de exclusão profissionais que não concordassem em participar da pesquisa ou se negassem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

É importante esclarecer que na abordagem teórica adotada se considera que os dados não estão prontos para serem coletados. As informações que permitiram o alcance dos objetivos da pesquisa foram produzidas ativamente na relação dialógica entre pesquisadora e participantes.

Assim, utilizou-se como técnica de produção de informações a entrevista semiestruturada ou não diretiva, que consiste numa forma de produzir informações baseada no discurso do entrevistado sobre sua experiência, concepções e ideias. O entrevistador se mantém atento às comunicações verbais e atitudes, intervindo com discretas interrogações pertinentes à pesquisa que estimulem a expressão do interlocutor (CHIZZOTTI, 2006; SPINK et al, 2014).

As entrevistas ocorreram individualmente e foram conduzidas pela proponente da pesquisa, que explicou ao participante os objetivos da pesquisa, bem como leu junto com o mesmo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Só após a sua concordância com os termos e assinatura do documento citado foi feita a entrevista, entre os meses de maio e julho de 2018, durante o turno de trabalho de cada profissional, sendo gravada em áudio, previamente autorizada pelo participante.

Foi utilizada uma sala reservada, com conforto e privacidade aos participantes, no próprio local de trabalho, respeitando a disponibilidade dos mesmos.

Foi seguido um roteiro (APÊNDICE A), afim de alcançar os objetivos propostos, assim estruturado:

1. Falar, de maneira geral, sobre o que entendem sobre a humanização da saúde;
2. Relatar sobre a formação em humanização da saúde, durante a trajetória acadêmica e profissional (graduação, pós-graduações, cursos, EPS e outras atividades);
3. Dizer se as práticas que realizam no local de trabalho estão alinhadas à humanização da saúde.

O roteiro serviu de base para a formulação de perguntas, de maneira que foi utilizada linguagem compreensível por todos os participantes.

Participaram desse estudo oito fisioterapeutas, de um universo de dezessete pessoas que faziam parte dos critérios de inclusão da pesquisa. A amostra foi por conveniência, foram consideradas as indexicalidade (vinculação das práticas discursivas com o contexto histórico e social), inconclusividade (impossibilidade de controle de todas as variáveis que interferem na produção de realidade, pois esta é complexa) e reflexividade (espiral interpretativa considerando que a pesquisadora coproduziu as informações – pois a relação é dialógica, sendo impossível a neutralidade), caracterizando como pesquisa qualitativa na abordagem teórico-metodológica adotada (SPINK, 2013).

As falas gravadas foram inicialmente transcritas na íntegra, que incluiu todas as falas e expressões comunicadas, ou seja, foi feita de forma literal, de modo a preservar o discurso original do contexto de pesquisa. As linhas da transcrição foram numeradas para localizar, na discussão dos resultados, onde se encontra a fala do entrevistador e/ou entrevistado a que se refere no momento da análise. (NASCIMENTO; TAVANTI; PEREIRA, 2014).

Posteriormente, foi feita ainda uma transcrição sequencial. Esta identifica o que versa a entrevista e como ela acontece. Foi feita a partir da identificação das falas e vozes presentes no áudio, procurando identificar quem fala, em que ordem cada pessoa fala e sobre o que fala, observando também quem se detém mais em um determinado assunto e como fala (NASCIMENTO; TAVANTI; PEREIRA, 2014).

Os participantes foram identificados através da letra “P” (inicial de participante) seguiu a numeração de acordo com a ordem das entrevistas, indo de P1 a P8.

O procedimento analítico centrou-se na leitura exaustiva das entrevistas e identificação de categorias analíticas, que se baseou nas perguntas norteadoras da entrevista.

Todos os cuidados éticos foram tomados para a realização da pesquisa, em respeito à Resolução nº 510/16, do Conselho Nacional de Saúde. Neste quesito, ressaltamos que a abordagem construcionista cria o cenário propício para a discussão da ética a partir do próprio processo de pesquisa. A pesquisa configura-se pelo compromisso ético com alguns pressupostos sobre a natureza da produção do saber e das interações humanas (SPINK, 2000). Portanto, ao discutir sobre a relação do percurso formativo da humanização da saúde e a atuação profissional, a partir das entrevistas, pudemos dar vozes aos participantes e contribuir para uma reflexão sobre as suas práticas individuais e coletivas.

2.6 Resultados e discussão

Os participantes do estudo foram predominantemente do sexo feminino (87,5%); a média de idade foi de 36 anos, variando de 31 a 40 anos; a média do tempo de formação foi de 12,25 anos, variando de 6 a 17 anos; a maioria (87,5%) não tinha experiência prévia em neonatologia; seis (75%) eram lotados na UTIN e UCINCo e dois (25%) na UCINCa. Todos os participantes foram contratados por meio de concurso público e trabalham no referido hospital há três anos.

Quadro 1. Perfil dos fisioterapeutas participantes da pesquisa. 2018.

Participantes	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formação (anos)	Experiência prévia em neonatologia	Setor de atuação
P1	F	40	15	Não	UTIN/UCINCo
P2	F	34	12	Não	UTIN/UCINCo
P3	M	37	12	Não	UCINCa
P4	F	31	6	Não	UTIN/UCINCo
P5	F	33	10	Não	UTIN/UCINCo
P6	F	40	17	Não	UCINCa
P7	F	40	17	Sim	UTIN/UCINCo
P8	F	33	9	Não	UTIN/UCINCo

Legenda: P – Participante; F – Feminino; M – Masculino; UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; UCINCo – Unidade de Cuidados Intermediários Convencional; UCINCa – Unidade de Cuidados Intermediários Canguru.

Fonte: Autor - Dados da pesquisa.

No decorrer da análise das informações da pesquisa, foram identificadas quatro categorias analíticas: sentidos de humanização, atores sociais da humanização, percurso formativo da humanização e práticas alinhadas à humanização.

2.6.1 Sentidos de humanização

Nesta categoria analítica, quando perguntado aos fisioterapeutas o que eles entendiam sobre humanização, foi possível notar em seus discursos um conhecimento amplo e distinto a respeito do termo.

É importante lembrar que, na literatura e nas práticas profissionais, alguns sentidos sobre humanização ainda são associados a “favores” ou “caridade”. De acordo com Carvalho et al (2015), estas concepções estão ligadas aos movimentos religiosos e paternalistas da Idade Média, onde os hospitais tinham como objetivo recolher os pobres necessitados de cuidados, físicos e morais.

Entretanto, podemos observar a relação de humanização com o respeito ao outro e com a empatia, como no relato do P3:

P3 – [...] é você trabalhar de uma maneira respeitando a integridade do outro, os desejos, buscando sempre o bem-estar naquele que tá nessa condição, no caso nosso aqui, de doença ou necessitando de cuidado [...] se você pegar essa pronga² e colocar no seu nariz, significa que você pode colocar no outro [...] você tem que se perguntar isso [...] para mim isso é humanização.

² Acessório utilizado na ventilação mecânica não invasiva de bebês, posicionado nas narinas.

Já, outros participantes trazem sentidos relacionados ao proposto pela PNH. P4, por exemplo, aproxima o sentido de humanização com o direito do usuário, que no caso é a mãe acompanhante, com a ambiência³ e a valorização profissional:

P4 – [...] dar o direito de uma mãe saber o que o filho tem, aquela visita né? [...] você ter material para trabalhar, é você ter uma boa relação com a equipe, você ser valorizado, acho que isso entra também na humanização. Como profissional, ser estimulada também.

Por outro lado, três participantes (P2, P6 e P8) ressaltaram a questão do acolhimento⁴:

P2 – Eu entendo que seja um atendimento ao paciente, nós, profissionais da saúde, é...tenhamos um certo acolhimento, um certo cuidado ao conversar, ao atender [...].

P6 – [...] no meu ver é o atendimento, é a assistência, é olhar o paciente não só como aquela pessoa que veio fazer o tratamento. Humanização é desde o acolhimento, é receber o paciente, é como chega, é sentar, é saber ouvi-lo, sem criticar.

P8 – A gente tem que ter cuidado de perguntar para elas (mães) se tem alguma dúvida, o que elas querem saber, estimular para que elas criem vínculos com o bebê.

Os resultados que apontam a integralidade, a empatia e a ambiência como fatores que caracterizam o cuidado humanizado estão em consonância com achados da pesquisa de Evangelista (2016), que identificou essas concepções nos discursos dos profissionais de uma UTI.

O fragmento “dar o direito de uma mãe saber o que o filho tem” dito por P4, dá indício que a participante acredita no entendimento de saúde como um direito do usuário. Além desse relato, o envolvimento dos profissionais com as mães foi bastante presente nos discursos de outros participantes, que apontaram o acolhimento como um compromisso na atuação desses fisioterapeutas.

Temos percebido e, contando com o apoio de alguns autores (PEREIRA; CARVALHO; YKEDA, 2015), que a hospitalização de uma criança é muito angustiante para os pais, pois, afeta a estabilidade familiar e cria momentos de incertezas. O apoio aos familiares deve ser incondicional e total, no sentido de escutá-los sem

³ Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2008).

⁴ Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada (BRASIL, 2008).

juízos, orientar e apoiá-los em suas decisões. Essas ações são fundamentais para o sucesso da humanização em Neopediatria.

Entende-se que para a realização de um atendimento humanizado, aos RNs e seus familiares, é imprescindível a garantia de boas condições de trabalho para os profissionais envolvidos na assistência. Expressões citadas pelos participantes da presente pesquisa, em relatos anteriores, como: “boa relação com a equipe”, “ser valorizado” e “ser estimulada”, corroboram com esse entendimento.

Em detrimento do modelo biomédico, também conhecido como modelo flexneriano⁵, ainda enraizado nas práticas em saúde, os sentidos de humanização nesta pesquisa se aproximaram do modelo biopsicossocial.

Alguns participantes atentaram para um afastamento das práticas mecânicas, que visam apenas as técnicas fisioterapêuticas, propondo um olhar mais dedicado às necessidades individuais dos usuários.

P2 – Humanização é ...não estar ali para fazer o que tem escrito na sua parte, no lado profissional [...] escrito nos protocolos: “devemos alongar, devemos fazer aspirações, se necessário, e posicionamento e pronto”. Não! A humanização ela vem de tudo, desde o acompanhante né?! Desde o próprio paciente.

P3 – [...] uma maneira mais humana sem tanta, vamos dizer assim: mecanização das coisas né? Cada um tem suas necessidades, seus desejos [...].

As práticas discursivas acima estão de acordo com o MS, pois, segundo o mesmo, o processo de humanização busca reverter um quadro de mecanismos, automatismos ou tecnicismos, atualmente inerentes às relações de trabalho, em determinados setores ou grupos de trabalhadores (BRASIL, 2010).

Também foi notado um olhar mais atento para os cuidados específicos dos RNs, considerando suas particularidades. Exemplos:

P7 – Humanização é respeitar o indivíduo, o bebê como um indivíduo que precisa dos cuidados próprios para sua idade, de entender que ele tá num ambiente hospitalar, mas que ele precisa ser visto como um ser humano.

P8 – Os cuidados com o bebê, com um manejo de forma mais agradável [...] não uma coisa que você pega, dá banho e pega aqui, pega ali, secou e pronto. É diferente!

Os relatos acima apontam que o atendimento fisioterapêutico deve ir além das técnicas, evitando o trabalho puramente mecânico. O fisioterapeuta precisa estar

⁵ Modelo de ensino médico com bases eminentemente biológicas, centrado na doença de forma individual, tendo como lócus o hospital, resultado em práticas mecanicistas, com ênfase nas especializações precoces (MAEYAMA; ROS, 2018).

atento à atenção integral de quem por ele é atendido para a garantia de uma assistência humanizada.

A Fisioterapia, inclusive, já dispõe de recursos em Neonatologia que propõem esse cuidado mais humanizado, de acordo com as particularidades do RN. Como a terapia aquática ou ofuroterapia, o posicionamento terapêutico, as técnicas de massagem e o toque terapêutico.

Neste mesmo sentido, Ramada e colaboradores (2013), em um estudo com RNs, observaram que o toque terapêutico associado a um ambiente adequado (aquecido, arejado e relaxante) e uma música de fundo tranquila e em tom baixo, foi capaz de ajudar na cura das enfermidades dos bebês, por causar modificações benéficas em seus parâmetros vitais e diminuição da dor. E tais condições se alinham ao proposto como Ambiência, na PNH (BRASIL, 2008).

Assim, em síntese, apesar do caráter polissêmico do termo humanização, as práticas discursivas dos participantes convergem, em muitos momentos, para alguns princípios e diretrizes da PNH.

2.6.2 Atores sociais da humanização

Nesta categoria, ao dar sentido ao termo humanização, foi possível notar a presença de diferentes sujeitos e as relações de cuidado entre si.

Dois fisioterapeutas destacaram a importância da atenção ligada aos usuários (bebês e mães acompanhantes), porém, também incluíram a atenção aos trabalhadores, a fim de que lhes sejam garantidas boas condições de trabalho:

P1 – [...] é a gente ter aquele olhar para as mães e não só para o bebê. [...] a gente também, que a gente passa pelas situações, superlotação, aí fica aquele clima ruim, clima ruim de trabalho, falta de material e a gente fica sobrecarregado e eu acho que tudo faz parte dessa humanização.

P4 – [...] eu acho que é dar uma assistência com a qualidade melhor, garantir boas condições de trabalho, pensando no profissional. Boas condições de trabalho no sentido de um bom ambiente de trabalho.

Já outro fisioterapeuta, além da relação dos usuários e trabalhadores na humanização, incluiu também a participação dos gestores:

P5 – A humanização na saúde é ver o usuário como um todo e não afastando também o trabalhador da saúde, usuário e gestor. Assim, promovendo mudanças no modo de cuidar.

Podemos perceber o múltiplo olhar que os participantes têm para os atores envolvidos no processo do cuidado. Além da atenção com a saúde do usuário, que é a mais discutida quando se fala humanização da assistência, eles também destacam a importância do cuidado com os trabalhadores.

Em mais dois registros, nota-se a preocupação dos participantes no cuidado consigo e com os colegas de trabalho, destacando novamente a importância do cuidado com a saúde do trabalhador:

P1 – [...] tudo faz parte dessa humanização, a gente tratar da gente.

P3 – Quando alguém (profissional) tem um problema. Como teve com uma pessoa daqui. O filho dela assumiu que era homossexual, usuário de drogas. Ela tava meio chorosa, aí a equipe toda acolheu, chegou junto. [...] porque não é só olhar a parte profissional, é ver o além, acolher o colega.

Concordamos com Rigonatto (2014), que afirma em seu estudo que o trabalho em equipe é um ponto importante para que o atendimento seja humanizado. Além da melhoria na qualidade de atendimento ao usuário, a proposta de humanização da assistência também é vista como um valor para a conquista de melhores condições de trabalho para os profissionais.

Porém, sabemos que há trabalhos que divergem nesse ponto, uma vez que centram a humanização da saúde no cuidado prestado ao usuário, não considerando os trabalhadores, como por exemplo os estudos de Oliveira (2013) e de Carvalho e colaboradores (2015).

Além da participação dos profissionais nos cuidados ao RNs, observa-se ainda o acolhimento da família pelos profissionais, incentivando-a no cuidado à criança:

P7 – [...] também dá um suporte para a família, porque a família estando com um suporte ela pode apoiar o RN, ela vai acolher melhor aquela criança.

Esta mudança de comportamento vai de encontro ao que acontecia com bastante frequência há uns anos atrás, onde quem buscava atendimento hospitalar deixava de ser cidadão, de ter vontade própria, de ter direitos e passava a ser passivo, respeitando às ordens médicas e da enfermagem de forma submissa (DIAS, 2007).

Para o MS, humanizar o atendimento ao RN significa, entre outras coisas, incluir a participação da família no processo assistencial, pois é ela que assumirá o cuidado do RN em domicílio. É imprescindível o estabelecimento e manutenção desse vínculo durante a hospitalização, a fim de despertar o cuidado da família para com

seu bebê e acelerar o processo de recuperação de sua saúde (SILVA; BARROS; MACHADO, 2014).

Um estudo de revisão bibliográfica sistemática sobre a humanização em terapia intensiva verificou publicações relatando a importância do desenvolvimento de estratégias pela equipe de profissionais, a fim de evitar o afastamento da família no tratamento dos usuários, devendo ser considerada um aliado no tratamento. O estudo também verificou que o envolvimento dos diferentes sujeitos para o processo de humanização é essencial (CARLI; UBESSI; PETTENON et al., 2018).

A coparticipação de profissionais da atenção e da gestão em processos decisórios, também esteve presente nos discursos dos participantes da presente pesquisa. No entanto, apesar do reconhecimento do papel dos profissionais da assistência junto à gestão, parece haver falta de iniciativa de ambas as partes. Observadas a partir da fala de um dos participantes:

P5 – A parte da gestão com a aproximação com o profissional da saúde eu acho bem importante de tá junto, de tá incentivando a estudar, principalmente formar grupos de estudo [...] a gestão tem um papel muito importante em incentivar isso [...] acho que deve haver mais essa aproximação [...] mas falta uma mobilização, até da gente como profissional, se mobilizar, ir lá pedir.

O relato acima, de nosso entrevistado, encontra aporte teórico no estudo de Ferreira e Araújo (2014), que destaca o modo como o trabalhador olha para si próprio, sendo imprescindível iniciativas não apenas do setor da humanização e da gestão, mas sim de ações que partam também dos trabalhadores e dos usuários.

Do contrário, ao seguir um modelo tradicional de gestão, com a não participação dos trabalhadores em processos decisórios, faz-se reduzir os espaços de reflexão, participação e autonomia dos sujeitos, impugnando o que preconiza a PNH (BRASIL, 2003; CALDERON, 2014).

Os relatos acima mostram que as práticas discursivas de nossos entrevistados em relação aos atores que fazem parte do processo de humanização reafirmam o que propõe a PNH, que é a valorização dos diferentes sujeitos que participam da produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2008).

A inclusão das diferentes pessoas é estimulada pela PNH e discutida em diversos estudos sobre a humanização. Ferreira e Araújo (2014), destacam a não separação dessa tríade, afirmando que todos são sujeitos transformadores da realidade e, portanto, de seus resultados.

2.6.3 Percurso formativo da humanização

Foram identificadas fragilidades no percurso formativo dos participantes em relação à humanização da saúde na fala de todos entrevistados. Alguns relataram que o tema foi abordado de forma superficial e não específica, tanto na graduação quanto na pós-graduação.

P1 – Na época da faculdade falava [...] falava alguma coisa, mas por alto. Já falava de humanização, mas era uma coisa assim, vaga, não era nada tão específico. [...] na pós-graduação [em Traumatologia] falou, mas era uma coisa vaga, assim, não era nada pontual.

P4 – Eu não lembro se eu tive uma coisa só para isso, mas eu lembro que entre uma disciplina e outra alguém falava sobre a questão de humanização. [...] eu lembro que falam, mas assim, *flashes*, momentos. Mas dentro de uma certa aula, falando só de humanização não lembro.

Já outros participantes, relatam que não viram ou não se lembravam:

P3 – Olha, de humanização na graduação e pós-graduação, nenhuma. Coisa específica não. [...] eu fiz pós-graduação e não falava, sinceramente eu não me recordo.

P6 – Na graduação e pós-graduação eu não tive nada específico relacionado com a humanização.

Percebe-se nos relatos acima que os discursos dos participantes se assemelham. Expressões como: “por alto”, “muito vago”, “nada pontual”, “nenhuma”, “não me recordo” e “nada específico” foram enfáticas nas falas ao se referirem da abordagem da humanização em seus percursos formativos.

Assim, os achados desta pesquisa convergem com os de Silva e Silveira (2011) e Carvalho e colaboradores (2015), que estudaram a percepção de discentes do curso de Fisioterapia sobre a humanização. Nestes trabalhos a maioria dos participantes também relataram não ter visto nenhuma disciplina específica que abordasse o tema ou o mesmo foi abordado de forma por eles considerada vaga e superficial. Além disso, o segundo estudo observou que a formação dos sujeitos da pesquisa ainda se mostrou enraizada no modelo flexneriano.

No estudo de Rios e Sirino (2015) também se percebeu pouca familiarização dos alunos com a temática humanização, corroborando com as pesquisas citadas anteriormente. Nos discursos desses alunos, a abordagem da humanização no ensino

é colocada em segundo plano na formação em detrimento das “disciplinas mais gerais”, no entanto, não especificam que disciplinas eram essas.

Já Ferreira e Araújo (2014), entrevistaram profissionais de uma equipe hospitalar multidisciplinar e também notaram pouca ou nenhuma concatenação da formação desses profissionais com a PNH na graduação. Os autores consideram que a falta de conhecimento teórico sobre a PNH torna mais difícil a prática da humanização.

Apesar dos relatos apontarem uma carência no ensino da humanização, ainda assim os participantes da atual pesquisa identificaram a relação de algumas disciplinas e temas com a humanização.

A Antropologia e a Psicologia foram citadas por dois participantes:

P5 – Na graduação eu vi, principalmente nas disciplinas de antropologia. Na pós em Saúde Pública sempre abordava esse tema nas disciplinas.

P6 – Na graduação e pós-graduação eu não tive nada específico relacionado com a humanização, com esse termo diretamente, mas a gente pagou muita Psicologia na faculdade [...] que acaba trabalhando isso, da gente saber lidar com o paciente.

O estudo de Freitas e Ferreira (2016) corrobora com estes resultados. Em seu estudo, participantes também citaram disciplinas das áreas de Ciências Sociais e Humanas, como a Antropologia, a Sociologia e a Psicologia como as disciplinas que apresentam maior relação com o aprendizado da humanização, visto que possibilitam a compreensão do ser humano, considerando todos os seus aspectos, valorizando e respeitando sua cultura e valores.

Os participantes 3 e 7, relacionaram, ainda, a humanização com a ética e a interdisciplinaridade:

P3 – Falou em ética, tem um modulo de ética [...].

P7 – Eu me formei em 2001, se falava mais em questão de interdisciplinaridade, como uma forma de ver o indivíduo como um todo, mas essa questão da humanização foi depois.

Apesar dos participantes desta pesquisa citarem disciplinas fazendo algum tipo de ligação com a humanização, essas pareceram ter sido vistas de forma isolada, desarticulada com outras disciplinas, não havendo relatos de práticas concretas neste sentido.

Dito isto, é fundamental registrar que algumas iniciativas semelhantes, com relação à inclusão de disciplinas no ensino da humanização, já são evidentes no Brasil

e no mundo, de forma articulada e significativa. Como exemplo, citamos o ensino das humanidades médicas nas faculdades da área de saúde. De acordo com De Benedetto (2018), estas podem ser definidas como algumas combinações de disciplinas como Ética, Filosofia, estudos acerca da Espiritualidade e Literatura, voltadas para o contexto médico. Nesta perspectiva, ensinam os alunos a terem uma reflexão crítica, com práticas mais humanizadas.

Estas iniciativas representam uma estratégia interessante no ensino da humanização, visto que tende a formar profissionais com o perfil almejado pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação do Brasil, ou seja, generalista, humanista, crítico e reflexivo (BRASIL, 2014). São sentidos diferentes daquele proposto pela PNH, mas reconhecemos que são importantes nas práticas em saúde.

Outro aspecto importante a ser considerado no ensino da humanização é sobre a relação entre teoria e prática. Observada na fala abaixo:

P3 – Falava por cima: vamos fazer humanização! Mas você não vivia isso na prática. [...] é aquele negócio: é muito importante você trabalhar com humanização! Mas não se chegava a praticar humanização.

No discurso acima, sobre a formação na graduação, nota-se que o participante recebeu algum tipo de informação sobre a humanização, porém, possivelmente de forma mecânica e não significativa.

Para a PNH humanização não é falar, é fazer, é alterar práticas (BRASIL, 2008, 2009, 2010). A formação em saúde deve implicar ações e trocas coletivas, tendo como base práticas concretas de intervenção para que se possa ser capaz de gerar novas práticas (FREITAS; FERREIRA, 2016).

Na pesquisa de Rios e Sirino (2015) e de Freitas e Ferreira (2016), com alunos de medicina e enfermagem, respectivamente, destaca-se a importância de articular teoria e prática no ensino da humanização, e as ações dos professores como referências, positivas ou negativas, do que consideram bons e maus exemplos de postura profissional.

Considerando ainda o papel docente na formação em saúde, o relato abaixo refere-se ao sentimento de um participante da presente pesquisa diante de uma experiência em curso, onde o professor, na visão do aluno, teve uma atitude desumana:

P3 – O paciente foi para o curso, ele (professor) colocou para ser cobaia perante 30, 40 pessoas, mas na esperança de ouvir alguma coisa boa [...] ele quase não atendeu porque disse que ele não tinha prognóstico [...] você passa o curso todinho admirando o cara, aí chega numa dessa cai o conceito. [...] ele ensina isso, que a pessoa tem que ser positiva, mas quando chegou lá na hora de praticar...

Segundo Freitas e Ferreira (2016), a figura do professor representa um elemento que facilita o aprendizado da humanização pela metodologia do ensino, porém, no discurso supracitado, em um sentido destoante à PNH, mas ainda tratando de humanização da saúde, o professor apresentou uma dicotomia entre o seu discurso e sua prática. O participante 3 refere que o professor era desumano, nesse caso aparece um sentido de humanização como o “bom humano”.

Benevides e Passos (2005), fazem uma crítica ao que se instituiu nas práticas de saúde como o “bom humano”, os autores são contra uma idealização do homem como uma figura-ideal. A PNH foi construída a partir de um “reencantamento do concreto” (VARELA, 2003) ou do “SUS que dá certo”, e não a partir da definição de um modelo ou de um padrão-ideal, que seria pautada na bondade humana e na transformação de “maus humanos” em “bons humanos”.

Frente aos relatos apresentados, ficam evidentes algumas lacunas existentes à luz da formação em humanização.

Foi possível perceber relatos de medo e insegurança no início das experiências dos fisioterapeutas na unidade neonatal:

P2 – Eu tinha medo de atender, de dar alguma coisa errada, daquele paciente dessaturar e ir à óbito no meu atendimento. E aí com o passar do tempo, com a prática, lendo, eu fui aprendendo.

P8 – Eu tive medo no começo. Eu tinha medo de pegar o bebê, de machucar [...] como eu não sabia muita coisa, como hoje eu sei, eu até preferia atender o bebê quando a mãe não estava perto (risos).

A inexperiência prévia em neonatologia, presente na maioria dos participantes desta pesquisa (87,5%), pode ter contribuído como um entrave na realização de práticas humanizadas na unidade neonatal. Porém, cabe destacar que o cuidado e/ou o temor em fazer algo errado, demonstrado por P2 e P8, revelaram o reconhecimento da singularidade dos sujeitos e das situações, e as ações profissionais consideraram isso, a fim de que não fosse produzido algum mal àqueles usuários.

Dada a importância do Método Canguru na assistência neonatal, considerou-se necessária a sensibilização dos profissionais atuantes na unidade neonatal. Desse

modo, o referido hospital passou a oferecer o Curso do Método Canguru aos profissionais e estudantes.

Ao serem questionados sobre a trajetória da formação em humanização, da graduação até a atualidade, a importância do Método Canguru foi notória nos discursos. Todos os participantes destacaram este curso como o mais relevante, citado por todos os entrevistados. Como observa-se nas falas selecionadas abaixo:

P2 – Eu digo que eu fui uma profissional antes do Método Canguru e depois do Método Canguru, eu me senti uma outra pessoa, uma outra fisio, uma outra mãe, uma outra mulher depois que eu vi o Método Canguru [...] a partir daquele momento eu comecei a agir de outra forma.

P3 – É pura abordagem falando da humanização. Para mim foi o exemplo de humanização.

Dois participantes demonstraram ter alguma compreensão prévia sobre o Método Canguru. Porém, após o curso, ampliaram seus conhecimentos:

P4 – De todos que eu fiz, foi o que mais falou [...] na verdade, tirou uma grande dúvida minha, eu achava que o Método Canguru, para mim, eu só enxergava a 3º etapa [...] na UTI eu suspeitava, mas eu não sabia que dali a gente já podia começar a praticar esse método.

P5 - Abriu muito a minha mente sobre essa questão, porque a gente fica vendo muito o Método Canguru achando que é só aquele contato mãe-bebê e vai muito além disso.

O estudo de Gontijo e colaboradores (2012) sugere a manutenção de cursos de capacitação, relacionados ao Método Canguru, para os trabalhadores de todos os níveis, incluindo os gestores. Não apenas para sensibilizar a equipe quanto à sua importância, mas a fim de criar condições de construção coletiva de projetos que levem a mudanças de práticas na assistência neonatal.

Desta forma, nas práticas discursivas analisadas e também na literatura estudada, percebe-se um déficit na formação em humanização não só na área de Fisioterapia, mas em outras áreas da saúde. Torna-se urgente a mudança desse cenário, a fim de que se formem profissionais com a compreensão da humanização como um potencial transformador da atenção e da gestão em saúde.

2.6.4 Práticas alinhadas à humanização

Nesta categoria, percebeu-se que, apesar da inexperience profissional, os discursos apontam um certo alinhamento ou um início de mudança das práticas com as propostas da PNH, principalmente após a realização do Curso do Método Canguru.

Os discursos dos participantes 1 e 4 apontam para uma mudança no modo de cuidar após o curso, nesses dois casos, focado no bebê:

P1 – [...] pra mim, antes eu visava mais a questão do bebê, da qualidade que a gente oferecia, a questão de não fazer barulho, de mexer o mínimo possível com ele. Só que aí a gente percebe que qualquer coisa que a gente faça ali desestrutura tudo né?! O jeito que a gente abre a incubadora, o jeito que a gente abre o material, coloca em cima, que não deve.

P4 – A parte dos ruídos que me chamou muita atenção e a questão do posicionamento, de colocar na posição canguru [...] eu ainda acho que faço pouco, mas eu comecei a fazer mais.

Já o participante 5 refere mudança de comportamento também após o curso e que inclui também a atenção aos pais. Destaca-se mudanças relacionadas à ambiência e à empatia:

P5 – Eu tento ao máximo explicar a mãe ou ao pai, quando eles estão juntos à incubadora. [...] colocar no contato mãe-filho. A questão do silêncio a gente se policia mais, a claridade [...] não tá manuseando muito, deixar ele mais quietinho. [...] foi bem relevante esse curso para mudar até o comportamento da gente [...] em relação ao ambiente e até de se colocar no lugar do outro.

Este recorte está em concordância com outros autores que apontam o Método Canguru como uma proposta de assistência humanizada, com ênfase no paradigma da não separação entre o bebê e seus pais, especialmente a mãe. Os pais se tornam parceiros nos cuidados com o bebê, o que possibilita a transformação da crise do nascimento prematuro e da internação em uma experiência mais gratificante para toda a família (SPEHAR; SEIDL, 2013).

No discurso do P3, também fica evidente o relato de práticas humanizadas realizadas em seu cotidiano:

P3 – As mães descompensam porque tá há 30, 60 dias trancadas aqui. [...] já aconteceu várias vezes da gente colher frutas lá atrás. Os paciente, acompanhantes e profissionais [...] vai um grupão, aí eles adoram [...] eles saem realizadíssimos. Tem o dia do cinema, aí sai do ambiente, vai para o cinema, eles gostam.

Deste modo, apesar das fragilidades encontradas durante a formação profissional, os entrevistados afirmaram realizar práticas de humanização da saúde na unidade neonatal. Para todos os participantes, o curso do Método Canguru revelou ser um provocador de mudança nos modos de cuidar e possibilitou que os próprios profissionais modificassem a realidade do serviço. A partir da resignificação dos

sentidos que os mesmos atribuíram às suas práticas puderam iniciar a superação de alguns desafios, que enfraqueciam a qualidade da atenção humanizada.

2.7 Considerações finais

Os sentidos da humanização oriundos dos discursos dos fisioterapeutas participantes da pesquisa levou-nos a entender que os mesmos estão alinhados ao que é proposto pela PNH. A humanização da saúde na unidade neonatal é descrita principalmente como a capacidade de oferecer uma assistência de qualidade, ao acolhimento, à comunicação, a boas condições de trabalho e ao respeito com o outro, devendo dela participar os usuários, os profissionais e a gestão.

No entanto, ainda que esse reconhecimento apareça nos discursos, notamos pouco protagonismo e autonomia no processo de produção de saúde pelos sujeitos, com pouca ou nenhuma participação coletiva no processo de gestão.

Foram identificadas lacunas na formação, tanto em nível de graduação quanto em pós-graduação. Desse modo, parece oportuno refletir sobre o modelo de ensino na área da Fisioterapia, visto que esses profissionais estão sendo preparados para o trabalho na saúde com uma visão limitada à dimensão biológica do ser humano. Mudanças na formação são necessárias, assim como melhorias nas práticas proporcionadas pela educação permanente em saúde. No âmbito do cuidado neonatal, por exemplo, nossa pesquisa destaca a importância de cursos do Método Canguru.

Todavia, apesar desse déficit, através da EPS, destacada nos discursos dos participantes pelo Curso do Método Canguru, realizado pela maioria dos entrevistados, foi possível observar um alinhamento das práticas realizadas no local de trabalho com algumas propostas da PNH.

Desta forma, os dados desta pesquisa respondem aos seus objetivos e evidenciam o quanto é importante oportunizar a participação de profissionais da saúde em programas de EPS, baseada numa reflexão crítica da realidade vivida no cotidiano, a fim de contribuir na (re)formação dos mesmos e provocar mudanças em suas práticas profissionais.

A limitação deste estudo foi encontrar pesquisas científicas relacionadas à formação em humanização na Fisioterapia, visto que é escassa as publicações da

área, a partir desse foco. Dito isto, sugerimos que mais estudos sejam feitos para substanciar essa temática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. S.; THEIS, R. C. S. R.; GERZSON, L. R. A atuação do profissional fisioterapeuta em unidades de terapia intensiva neonatal. **Cinergis**, v. 17, n. 2, p. 168-176, 2016.

ARAGAKI, S. S. **O psicológico na medicina**: um estudo sobre os usos dos repertórios interpretativos de psicológico nos discursos na medicina ocidental oficial. 2001. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

BARBOSA, G. C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 1, p. 123-127, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a19.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.432, de 2 de agosto de 1998**. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Terapias Intensivas - UTI. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html. Acesso em: 02 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693/GM Em 5 de julho de 2000**. Aprovar a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html>. Acesso em: 24 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, 2008. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada..** Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html> Acesso em: 10 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília, 2011. (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. 2. ed. Brasília, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/PORTARIA-N%C2%BA-930-2012-Habilitacao-Leitos-Neonatais.pdf>>. Acesso em: 10 nov 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru**: Brasília, 2014. (Caderno do tutor).

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

CALDERON, D. B. L.; VERDI, M. I. M. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface**, v. 18, supl.1, p. 859-870, 2014.

CARLI, B. S. et al. O tema da humanização na terapia intensiva em pesquisas em saúde. **J. Res.: Fundam. Care**. v. 10, n. 2, p. 326-333, abr./jun. 2018.

CARVALHO, N. M. et al. O ensino da humanização no curso de bacharel em enfermagem numa universidade pública. **J. Nurs. UFPE**, Recife, v. 10, n. 12, p. 4554-4562, 2016.

CARVALHO, V. L. et al. Humanização: percepção dos discentes do curso de fisioterapia. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 9, n. 6, p. 8187-8193, jun. 2015.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 8.ed. São Paulo:Cortez, 2006.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. A unidade de terapia intensiva neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 248-255, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200006>. Acesso em: 28 jan 2018.

DE BENEDETTO, M. A. C.; GALLIAN, D. M. C. Narrativas de estudantes de medicina e enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. **Interface, Saúde e Educação**, v. 22, n. 67, 2018.

DIAS, L. D. **Humanização na assistência aos pais dos recém-nascidos prematuros internados na UTI neonatal do Hospital da Criança Conceição**: Projeto de pesquisa. Porto Alegre, 32 f., 2009. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3196/2/TCC%20Luciana%20Dias.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

EVANGELISTA, V. C. et al. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1099-1107, nov./dez. 2016.

FERREIRA, J. A.; ARAÚJO, G. C. Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.13, n. 1, p. 199-213, jan./jun. 2014.

FORTES, P. A. D. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.

FREITAS, F.D.S.; FERREIRA, M.A. Saberes de estudantes de enfermagem sobre a humanização. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 2, p. 282-289, mar./abr. 2016.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implementação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p.935-944, maio, 2012.

IZUMI, A. Y.; FUJISAWA, D. S.; GARANHANI, M. R. Fisioterapia na unidade de terapia intensiva : enfoque na criança crítica neurológica. In WEINERT, L.V.C.; BELLANI, C.D.F. **Fisioterapia em Neuropediatria**. 2011. Cap. 2, p. 213-228.

MAEYAMA, M. A.; ROS, M. A. Estilos de pensamento na escolha da especialidade médica e sua correlação com as políticas de provimento para a atenção básica à saúde - um estudo de caso. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 2, p. 89-99, 2018.

MIRANDA, A. de O.; ARCE, V. A. R. Humanização na formação em saúde : a experiência de uma estudante de fonoaudiologia. **Distúrbios Comun.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 600-607, 2014.

MORAIS, T. C.; WUNSCH, D. S. Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica. **Textos contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 100-113, 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/13253/9637>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

NASCIMENTO, V. L. V.; TAVANTI, R. M. T.; PEREIRA, C. C. Q. O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In: SPINK, M. J. P. (Ed.). **A PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO NA PESQUISA SOCIAL: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro, 2014.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601186&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 27 jan. 2018.

OLIVEIRA, N. E. S. et al. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 2, p.334-433, abr./jun. 2013.

PEREIRA, S. A.; CARVALHO, M. G.; YKEDA, D. S. Desafios da humanização em neonatologia e na pediatria. In: MARTINS, J. A.; NICOLAU, C. M.; ANDRADE, L. B., (Org.). **PROFISIO - Programa de atualização em fisioterapia pediátrica e neonatal: cardiorrespiratória e terapia intensiva: ciclo 4**. Porto Alegre: Artmed : Panamericana, 2015. v.2, p.143-60.

RAMADA, N. C. O.; ALMEIDA, F. A.; CUNHA, M. L. R. Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. **Einstein (São Paulo)**, v. 11, n. 4, p. 421-425, 2013.

REICHERT, A. P. da S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, p. 200-213, 2007.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004.

RIGONATTO, C. C. M. B.; MORAES, M. A. A. Humanização: percepções de estudantes de fisioterapia. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 12, n. 2, p. 177-186, ago./dez. 2014.

RIOS, I. C.; SIRINO, C. B. A humanização no ensino de graduações em medicina: o olhar dos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 401-409, 2015.

ROSEIRO, C. P.; PAULA, K. M. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva. **Estudos de Psicologia**, v. 32, n. 1, p. 109-119, 2015.

SÁ NETO, J. A. de; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 372-377, 2010.

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional de fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, supl. 1, p. 1535-1546, 2011.

SILVA, R. A.; BARROS, M. C.; NASCIMENTO, M. H. M. Conhecimento de técnicos de enfermagem SOBRE O Método Canguru na unidade neonatal. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 1, p. 124-30, jan./mar. 2014.

SPEHAR, M. C.; SEIDL, E. M. F. Percepções maternas no método canguru: Contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 4, p. 647-656, 2013.

SPINK, M. J. P. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva a interanimação dialógica. **Psico**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 7-22, 2000.

_____. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano [online]**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. 72p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. et al. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

_____. et al. **Produção de informação na pesquisa social** : compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.). **Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.33-52.

3 PRODUTOS EDUCACIONAIS

Os produtos propostos neste TACC, apresentados a seguir, foram desenvolvidos a partir da análise dos resultados obtidos na pesquisa intitulada “Percurso formativo da humanização da saúde no discurso dos fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino”.

A proposta do desenvolvimento do produto educacional consiste na premissa básica de promover subsídios que possam colaborar com a melhoria do ensino e o seu retorno para a sociedade, em especial do local onde foi realizada a pesquisa.

Todos os produtos abaixo relacionados são considerados materiais educacionais, segundo o Documento de Área do Ministério da Educação (BRASIL, 2016a) e as Orientações para Aplicativos de Propostas de Cursos Novos da CAPES (BRASIL, 2016b).

A fim de causar impacto não apenas em caráter local, mas também em outras instâncias da sociedade, todos os produtos serão vinculados a um sistema de informação, servindo como elementos transformadores no processo de ensino-aprendizagem, de maneira que o acesso seja fácil e que possa colaborar na melhoria da formação e das práticas em saúde de outras localidades também.

Portanto, o Artigo Original foi submetido para publicação na revista científica Saúde e Sociedade, Qualis CAPES Periódicos na Área de Ensino A1.

Já os produtos 2 e 3, serão divulgados por meio de suas vinculações a sistemas de informações em âmbito local (página virtual do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde - MPES) e nacional (Portal EduCAPES).

3.1 Produto 1 – Artigo Original: Humanização da saúde no discurso dos fisioterapeutas de uma unidade neonatal

Título: Humanização da saúde no discurso dos fisioterapeutas de uma unidade neonatal.

Humanization of health in the discourse of physiotherapists of a neonatal unit.

Autores: Camila de Melo Moura (Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Ensino na Saúde; milammoura.fisio@gmail.com; Rua Vereador Mironildes Vieira Peixoto, n. 590, apt 203, CEP 57035-551, Alagoas, Brasil) e Sérgio Seiji Aragaki (Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Ensino na Saúde; sergioaragaki@gmail.com)

Resumo: O artigo analisa a relação entre o percurso formativo da humanização da saúde e a atuação dos fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino, a partir de seus discursos. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratória, sustentada pelos pilares teóricos-metodológicos de análise das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos e do Construcionismo Social. Para a produção das informações foram feitas entrevistas com oito fisioterapeutas da unidade neonatal da referida instituição. Para análise dos discursos foram feitas a transcrição sequencial e integral das falas. Todos os cuidados éticos foram tomados, em respeito à Resolução nº 510/16, do Conselho Nacional de Saúde. O procedimento analítico centrou-se na leitura exaustiva das entrevistas e identificação de quatro categorias analíticas: sentidos de humanização, atores sociais da humanização, percurso formativo da humanização e práticas alinhadas à humanização. Quanto aos resultados, os sentidos da humanização apontam para uma aproximação com conceitos da Política Nacional de Humanização (PNH); os participantes citaram os profissionais, os usuários e a gestão como atores sociais da humanização; a formação em humanização foi identificada uma fragilidade no ensino relacionado ao tema, porém, apesar disso, percebeu-se um alinhamento das práticas realizadas no local de trabalho com algumas propostas feitas pela PNH. O curso do Método Canguru destacou-se como o mais relevante no processo formativo, citado por todos os entrevistados. Por fim, a Educação Permanente em Saúde mostrou-se essencial na trajetória formativa desses fisioterapeutas.

Palavras-chaves: Humanização da Assistência. Ensino Superior. Educação Continuada. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Método Canguru. Fisioterapia.

Abstract: To analyze the relationship between the formative course of the humanization of health and the performance of the physiotherapists of the neonatal unit of a public teaching hospital, based on their discourses. This is a qualitative research, exploratory in nature, supported by the theoretical-methodological pillars of Discursive Practices and Production of Senses and Social Constructionism. Interviews were conducted with 8 physiotherapists of the neonatal unit. For the analysis of the speeches the sequential and integral transcription of the speeches was done. All ethical care was taken in compliance with Resolution No. 510/16 of the National Health Council. The analytical procedure focused on the exhaustive reading of interviews and identification of analytical categories. Four analytical categories were identified: meanings of humanization, social actors of humanization, formative course of humanization, and practices aligned to humanization. As for the senses of humanization, the discourses point to an approximation with concepts of Nacional Policy of Humaniation (NPH); the participants cited professionals, users and management as social actors of humanization; regarding training in humanization, a fragility was identified in the teaching related to the subject. However, despite this, it was noticed an alignment of practices carried out in the workplace with some proposals made by the NPH. The Kangaroo Method course was highlighted as the most relevant in the training process, cited by all the interviewees. Permanent Health Education has proved to be essential in the formative trajectory of these physical therapists.

Keywords: Humanization of Assistance. Education, Higher. Education, Continuing. Intensive Care Units, Neonatal. Kangaroo-Mother Care Method. Physical Therapy Specialty.

Introdução

Nos últimos anos, a humanização da saúde vem ganhando espaço nas discussões sobre saúde no Brasil.

Segundo pesquisas do Ministério da Saúde (MS) junto aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o avanço científico, a utilização de sofisticados aparelhos de diagnóstico, técnicas cirúrgicas avançadas e desenvolvimento de ações preventivas não estavam sendo acompanhados de um atendimento humanizado (MORAIS; WUNSCH, 2013).

Porém, é a partir da década de 1980 que surge o processo de humanização dentro dos movimentos de reforma sanitária, nas Conferências de Saúde e nos grupos militantes, que almejavam com suas atuações o alcance da ampliação de uma consciência cidadã (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) surgiu como resposta à insatisfação dos usuários do SUS no que diz respeito, sobretudo, aos aspectos de relacionamento com os profissionais da saúde. Visando a concretização dos princípios do SUS, traz contribuições para todos os níveis de atenção e gestão da saúde, da atenção básica à especializada. Procura sistematizar, estimular e organizar as práticas em saúde, de forma que elas se transformem em ações para além da boa educação, da simpatia ou do comportamento de piedade em relação ao usuário (BRASIL, 2011a, FORTES, 2004).

A fim de contribuir para a mudança de postura de profissionais e visando a humanização da assistência ao Recém-Nascido (RN), o MS lançou, por meio da Portaria n° 693 de, de 5 de julho de 2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (RNBP): o Método Canguru. É interessante notar que esse documento é datado de antes da criação da PNH. Porém, somente em 2007 foi lançada a Portaria n° 1.683, oferecendo informações necessárias à sua aplicação (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011b).

Pereira, Carvalho e Ikeda (2015), afirmam que a humanização em neonatologia representa a formulação de uma nova cultura institucional, com outros padrões de relacionamento ético e uma melhor qualidade assistencial, buscando facilitar o vínculo mãe-bebê durante a sua permanência no hospital.

Porém, em relação ao ensino da humanização nos cursos de graduação da área da saúde, observa-se que nem sempre há uma clareza em relação às concepções dessa temática com algumas propostas de formação. Tal fato demonstra que focar a humanização como tema a ser inserido nos cursos de graduação em saúde, no contexto do SUS, é ainda um desafio a ser enfrentado (MIRANDA; ARCE, 2014).

Concordando com Barbosa e colaboradores (2013), que consideram o SUS como um processo social em construção, os profissionais de saúde destacam-se como importantes sujeitos desse processo.

Partindo desta perspectiva, acredita-se que o ensino é um aliado nas mudanças que devem acontecer nas práticas de saúde, sendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) um dos mais relevantes meios para que isto ocorra, de forma a intervir na melhoria da formação do profissional que atua no SUS (BRASIL, 2009).

Temos ciência de que os resultados alcançados com a inserção do fisioterapeuta nas unidades neonatais têm sido de grande importância, levando ao reconhecimento desse profissional, tornando-o um membro imprescindível da equipe multiprofissional. Desta forma, afirmamos que a atuação da Fisioterapia na equipe multiprofissional das unidades neonatais pode contribuir de forma diferenciada na atenção humanizada ao neonato e à sua família.

É nesse contexto que buscamos identificar quais os sentidos de humanização da saúde para os fisioterapeutas da unidade neonatal e destacar quem são os atores sociais envolvidos na humanização da saúde de acordo com os mesmos. Além disso, analisaremos a relação entre o percurso formativo da humanização da saúde e a atuação dos fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino, a partir de seus discursos.

Percurso metodológico

O estudo foi desenvolvido na área de Ensino na Saúde, sendo uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, sustentada pelos pilares teóricos-metodológicos de análise das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano (SPINK, 2010; SPINK et al., 2013; SPINK et al; 2014). Esta perspectiva alinha-se ao Construcionismo Social, movimento que propõe uma reflexão crítica acerca da produção do conhecimento.

De acordo com o Construcionismo, o conhecimento se produz na troca de experiências entre as pessoas, por meio das relações humanas, respeitando suas divergências (SPINK et al., 2013). O conhecimento é produzido histórica e socialmente, onde as verdades devem ser consideradas dentro de um determinado tempo e contexto, tornando esses os seus parâmetros e limites (ARAGAKI, 2001).

A pesquisa foi realizada nas instalações de um hospital público de ensino, localizado em uma cidade do nordeste brasileiro, após ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 2.542.048/2018.

Foram convidados a participar da pesquisa os fisioterapeutas que trabalham na unidade neonatal. O convite foi feito de forma verbal e presencial pela pesquisadora, no local de trabalho. Foi considerado como critério de inclusão os fisioterapeutas que trabalham na unidade neonatal, num período igual ou superior há seis meses, por considerarmos que estes já possuem conhecimento necessário sobre o local de trabalho e o serviço que realizam. Não foram considerados os aspectos relacionados ao sexo, raça/etnia, gênero, orientação sexual ou condição socioeconômica, uma vez que esses aspectos não são objetos dessa pesquisa e por se considerar que eles não influíram no material produzido.

Foram considerados critérios de exclusão profissionais que não concordassem em participar da pesquisa ou se negassem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Utilizou-se como técnica de produção de informações a entrevista semiestruturada ou não direta (CHIZZOTTI, 2006; SPINK et al, 2014).

As entrevistas ocorreram individualmente, entre os meses de maio e julho de 2018, durante o turno de trabalho de cada profissional, sendo gravada em áudio, previamente autorizada pelo participante. Foi utilizada uma sala reservada, com conforto e privacidade aos participantes, no próprio local de trabalho, respeitando a disponibilidade dos mesmos.

Foi seguido um roteiro, afim de alcançar os objetivos propostos, assim estruturado: 1) falar, de maneira geral, sobre o que entendem sobre a humanização da saúde; 2) relatar sobre a formação em humanização da saúde, durante a trajetória acadêmica e profissional (graduação, pós-graduações, cursos, EPS e outras atividades); 3) dizer se as práticas que realizam no local de trabalho estão alinhadas à humanização da saúde.

Participaram desse estudo oito fisioterapeutas, de um universo de dezessete pessoas que faziam parte dos critérios de inclusão da pesquisa. A amostra foi por conveniência, foram consideradas as indexicalidade (vinculação das práticas discursivas com o contexto histórico e social), inconclusividade (impossibilidade de controle de todas as variáveis que interferem na produção de realidade, pois esta é complexa) e reflexividade (espiral interpretativa considerando que a pesquisadora coproduziu as informações – pois a relação é dialógica, sendo impossível a neutralidade), caracterizando como pesquisa qualitativa na abordagem teórico-metodológica adotada (SPINK, 2013).

As falas gravadas foram transcritas na íntegra e posteriormente foi feita uma transcrição sequencial (NASCIMENTO; TAVANTI; PEREIRA, 2014).

Os participantes foram identificados através da letra “P” (inicial de participante) seguida de numeração de acordo com a ordem das entrevistas, indo de P1 a P8.

O procedimento analítico centrou-se na leitura exaustiva das entrevistas e identificação de categorias analíticas, que se baseou nas perguntas norteadoras da entrevista.

Todos os cuidados éticos foram tomados para a realização da pesquisa, em respeito à Resolução nº 510/16, do Conselho Nacional de Saúde. Neste quesito, ressaltamos que a abordagem construcionista cria o cenário propício para a discussão da ética a partir do próprio processo de pesquisa (SPINK, 2000). Portanto, ao discutir sobre a relação do percurso formativo da humanização da saúde e a atuação profissional, a partir das entrevistas, pudemos dar vozes aos participantes e contribuir para uma reflexão sobre as suas práticas individuais e coletivas.

Resultados e discussão

Os participantes do estudo foram predominantemente do sexo feminino (87,5%); a média de idade foi de 36 anos, variando de 31 a 40 anos; a média do tempo de formação foi de

12,25 anos, variando de 6 a 17 anos; a maioria (87,5%) não tinha experiência prévia em neonatologia; seis (75%) eram lotados na UTIN e UCINCo e dois (25%) na UCINCa. Todos os participantes foram contratados por meio de concurso público e trabalham no referido hospital há três anos.

Quadro 1. Perfil dos fisioterapeutas participantes da pesquisa. 2018.

Participantes	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formação (anos)	Experiência prévia em neonatologia	Setor de atuação
P1	F	40	15	Não	UTIN/UCINCo
P2	F	34	12	Não	UTIN/UCINCo
P3	M	37	12	Não	UCINCa
P4	F	31	6	Não	UTIN/UCINCo
P5	F	33	10	Não	UTIN/UCINCo
P6	F	40	17	Não	UCINCa
P7	F	40	17	Sim	UTIN/UCINCo
P8	F	33	9	Não	UTIN/UCINCo

Legenda: P – Participante; F – Feminino; M – Masculino; UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; UCINCo – Unidade de Cuidados Intermediários Convencional; UCINCa – Unidade de Cuidados Intermediários Canguru.

Fonte: autor - dados da pesquisa.

No decorrer da análise das informações da pesquisa, foram identificadas quatro categorias analíticas: sentidos de humanização, atores sociais da humanização, percurso formativo da humanização e práticas alinhadas à humanização.

Sentidos de humanização

Nesta categoria analítica, quando perguntado aos fisioterapeutas o que eles entendiam sobre humanização, foi possível notar em seus discursos um conhecimento amplo e distinto a respeito do termo.

É importante lembrar que, na literatura e nas práticas profissionais, alguns sentidos sobre humanização ainda são associados a “favores” ou “caridade”. De acordo com Carvalho et al (2015), estas concepções estão ligadas aos movimentos religiosos e paternalistas da Idade Média, onde os hospitais tinham como objetivo recolher os pobres necessitados de cuidados, físicos e morais.

Entretanto, podemos observar a relação de humanização com o respeito ao outro e com a empatia, como no relato do P3:

P3 – [...] é você trabalhar de uma maneira respeitando a integridade do outro, os desejos, buscando sempre o bem-estar naquele que tá nessa condição, no caso nosso aqui, de doença ou necessitando de cuidado [...] se você pegar essa pronga e colocar no seu nariz, significa que você pode colocar no outro [...] você tem que se perguntar isso [...] para mim isso é humanização.

Já, outros participantes trazem sentidos relacionados ao proposto pela PNH. P4, por exemplo, aproxima o sentido de humanização com o direito do usuário, que no caso é a mãe acompanhante, com a ambiência e a valorização profissional:

P4 – [...] dar o direito de uma mãe saber o que o filho tem, aquela visita né? [...] você ter material para trabalhar, é você ter uma boa relação com a equipe, você ser valorizado, acho que isso entra também na humanização. Como profissional, ser estimulada também.

Por outro lado, três participantes (P2, P6 e P8) ressaltaram a questão do acolhimento:

P2 – Eu entendo que seja um atendimento ao paciente, nós, profissionais da saúde, é...tenhamos um certo acolhimento, um certo cuidado ao conversar, ao atender [...].

P6 – [...] no meu ver é o atendimento, é a assistência, é olhar o paciente não só como aquela pessoa que veio fazer o tratamento. Humanização é desde o acolhimento, é receber o paciente, é como chega, é sentar, é saber ouvi-lo, sem criticar.

P8 – A gente tem que ter cuidado de perguntar para elas (mães) se tem alguma dúvida, o que elas querem saber, estimular para que elas criem vínculos com o bebê.

Os resultados que apontam a integralidade, a empatia e a ambiência como fatores que caracterizam o cuidado humanizado estão em consonância com achados da pesquisa de Evangelista (2016), que identificou essas concepções nos discursos dos profissionais de uma UTI.

O fragmento “dar o direito de uma mãe saber o que o filho tem” dito por P4, dá indício que a participante acredita no entendimento de saúde como um direito do usuário. Além desse relato, o envolvimento dos profissionais com as mães foi bastante presente nos discursos de outros participantes, que apontaram o acolhimento como um compromisso na atuação desses fisioterapeutas.

Temos percebido e, contando com o apoio de alguns autores (PEREIRA; CARVALHO; YKEDA, 2015), que a hospitalização de uma criança é muito angustiante para os pais, pois, afeta a estabilidade familiar e cria momentos de incertezas. O apoio aos familiares deve ser incondicional e total, no sentido de escutá-los sem julgamentos, orientar e apoiá-los em suas decisões. Essas ações são fundamentais para o sucesso da humanização em Neopediatria.

Entende-se que para a realização de um atendimento humanizado, aos RNs e seus familiares, é imprescindível a garantia de boas condições de trabalho para os profissionais envolvidos na assistência. Expressões citadas pelos participantes da presente pesquisa, em

relatos anteriores, como: “boa relação com a equipe”, “ser valorizado” e “ser estimulada”, corroboram com esse entendimento.

Em detrimento do modelo biomédico, também conhecido como modelo flexneriano, ainda enraizado nas práticas em saúde, os sentidos de humanização nesta pesquisa se aproximaram do modelo biopsicossocial.

Alguns participantes atentaram-se para um afastamento das práticas mecânicas, que visam apenas as técnicas fisioterapêuticas, propondo um olhar mais dedicado às necessidades individuais dos usuários.

P2 – Humanização é ...não estar ali para fazer o que tem escrito na sua parte, no lado profissional [...] escrito nos protocolos: “devemos alongar, devemos fazer aspirações, se necessário, e posicionamento e pronto”. Não! A humanização ela vem de tudo, desde o acompanhante né?! Desde o próprio paciente.

P3 – [...] uma maneira mais humana sem tanta, vamos dizer assim: mecanização das coisas né? Cada um tem suas necessidades, seus desejos [...].

As práticas discursivas acima estão de acordo com o MS, pois, segundo o mesmo, o processo de humanização busca reverter um quadro de mecanismos, automatismos ou tecnicismos, atualmente inerentes às relações de trabalho, em determinados setores ou grupos de trabalhadores (BRASIL, 2010).

Também foi notado um olhar mais atento para os cuidados específicos dos RNs, considerando suas particularidades próprias da sua idade. Exemplificado nos discursos abaixo:

P7 – Humanização é respeitar o indivíduo, o bebê como um indivíduo que precisa dos cuidados próprios para sua idade, de entender que ele tá num ambiente hospitalar, mas que ele precisa ser visto como um ser humano.

P8 – Os cuidados com o bebê, com um manejo de forma mais agradável [...] não uma coisa que você pega, dá banho e pega aqui, pega ali, secou e pronto. É diferente!

Os relatos acima apontam que o atendimento fisioterapêutico deve ir além das técnicas, evitando o trabalho puramente mecânico. O fisioterapeuta precisa estar atento à atenção integral de quem por ele é atendido para a garantia de uma assistência humanizada.

A Fisioterapia, inclusive, já dispõe de recursos em neonatologia que propõem esse cuidado mais humanizado, de acordo com as particularidades do RN. Como a terapia aquática ou ofuroterapia, o posicionamento terapêutico, as técnicas de massagem e o toque terapêutico.

Neste mesmo sentido, Ramada e colaboradores (2013) em um estudo com RNs, observaram que o toque terapêutico associado a um ambiente adequado (aquecido, arejado e relaxante) e uma música de fundo tranquila e em tom baixo, foi capaz de ajudar na cura das enfermidades dos bebês, por causar modificações benéficas em seus parâmetros vitais e

diminuição da dor. E tais condições se alinham ao proposto como Ambiência, na PNH (BRASIL, 2008).

Assim, em síntese, apesar do caráter polissêmico do termo humanização, as práticas discursivas dos participantes convergem, em muitos momentos, para alguns princípios e diretrizes da PNH.

Atores sociais da humanização

Nesta categoria, ao dar sentido ao termo humanização, foi possível notar as relações de cuidado envolvendo os diferentes sujeitos.

Dois fisioterapeutas destacaram a importância da atenção ligada aos usuários (bebês e mães acompanhantes), porém, também incluíram a atenção aos trabalhadores, a fim de que lhes sejam garantidas boas condições de trabalho:

P1 – [...] é a gente ter aquele olhar para as mães e não só para o bebê. [...] a gente também, que a gente passa pelas situações, superlotação, aí fica aquele clima ruim, clima ruim de trabalho, falta de material e a gente fica sobrecarregado e eu acho que tudo faz parte dessa humanização.

P4 – [...] eu acho que é dar uma assistência com a qualidade melhor, garantir boas condições de trabalho, pensando no profissional. Boas condições de trabalho no sentido de um bom ambiente de trabalho.

Já outro fisioterapeuta, além da relação dos usuários e trabalhadores na humanização, incluiu também a participação dos gestores:

P5 – A humanização na saúde é ver o usuário como um todo e não afastando também o trabalhador da saúde, usuário e gestor. Assim, promovendo mudanças no modo de cuidar.

Podemos perceber o múltiplo olhar que os participantes têm para os atores envolvidos no processo do cuidado. Além da atenção com a saúde do usuário, que é a mais discutida quando se fala humanização da assistência, eles também destacam a importância do cuidado com os trabalhadores.

Em mais dois registros, nota-se a preocupação dos participantes no cuidado consigo e com os colegas de trabalho, destacando novamente a importância do cuidado com a saúde do trabalhador:

P1 – [...] tudo faz parte dessa humanização, a gente tratar da gente.

P3 – Quando alguém (profissional) tem um problema. Como teve com uma pessoa daqui. O filho dela assumiu que era homossexual, usuário de drogas. Ela tava meio chorosa, aí a equipe toda acolheu, chegou junto. [...] porque não é só olhar a parte profissional, é ver o além, acolher o colega.

Concordamos com Rigonatto (2014), que afirma em seu estudo que o trabalho em equipe é um ponto importante para que o atendimento seja humanizado. Além da melhoria na qualidade de atendimento ao usuário, a proposta de humanização da assistência também é vista como um valor para a conquista de melhores condições de trabalho para os profissionais.

Porém, sabemos que há trabalhos que divergem nesse ponto, uma vez que centram a humanização da saúde no cuidado prestado ao usuário, não considerando os trabalhadores, como por exemplo os estudos de Oliveira (2013) e de Carvalho e colaboradores (2015).

Além da participação dos profissionais nos cuidados ao RNs, observa-se ainda o acolhimento da família pelos profissionais, incentivando-a no cuidado à criança:

P7 – [...] também dá um suporte para a família, porque a família estando com um suporte ela pode apoiar o RN, ela vai acolher melhor aquela criança.

Esta mudança de comportamento vai de encontro ao que acontecia com bastante frequência há uns anos atrás, onde quem buscava atendimento hospitalar deixava de ser cidadão, de ter vontade própria, de ter direitos e passava a ser passivo, respeitando às ordens médicas e da enfermagem de forma submissa (DIAS, 2007).

Para o MS, humanizar o atendimento ao RN significa, entre outras coisas, incluir a participação da família no processo assistencial, pois é ela que assumirá o cuidado do RN em domicílio. É imprescindível o estabelecimento e manutenção desse vínculo durante a hospitalização, a fim de despertar o cuidado da família para com seu bebê e acelerar o processo de recuperação de sua saúde (SILVA; BARROS; MACHADO, 2014).

Um estudo de revisão bibliográfica sistemática sobre a humanização em terapia intensiva verificou publicações relatando a importância do desenvolvimento de estratégias pela equipe de profissionais, a fim de evitar o afastamento da família no tratamento dos usuários, devendo ser considerada um aliado no tratamento. O estudo também verificou que o envolvimento dos diferentes sujeitos para o processo de humanização é essencial (CARLI; UBESSI; PETTENON et al., 2018).

A coparticipação de profissionais da atenção e da gestão em processos decisórios, também esteve presente nos discursos dos participantes da presente pesquisa. No entanto, apesar do reconhecimento do papel dos profissionais da assistência junto à gestão, parece haver falta de iniciativa de ambas as partes. Observadas a partir da fala de um dos participantes:

P5 – A parte da gestão com a aproximação com o profissional da saúde eu acho bem importante de tá junto, de tá incentivando a estudar, principalmente formar grupos de estudo [...] a gestão tem um papel muito importante em incentivar isso [...] acho que deve haver mais essa aproximação [...] mas falta uma mobilização, até da gente como profissional, se mobilizar, ir lá pedir.

O relato acima, de nosso entrevistado, encontra aporte teórico no estudo de Ferreira e Araújo (2014), que destaca o modo como o trabalhador olha para si próprio, sendo imprescindível iniciativas não apenas do setor da humanização e da gestão, mas sim de ações que partam também dos trabalhadores e dos usuários.

Do contrário, ao seguir um modelo tradicional de gestão, com a não participação dos trabalhadores em processos decisórios, faz-se reduzir os espaços de reflexão, participação e autonomia dos sujeitos, impugnando o que preconiza a PNH (BRASIL, 2003; CALDERON, 2014).

Os relatos acima mostram que as práticas discursivas de nossos entrevistados em relação aos atores que fazem parte do processo de humanização reafirmam o que propõe a PNH, que é a valorização dos diferentes sujeitos que participam da produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2008).

A inclusão das diferentes pessoas é estimulada pela PNH e discutida em diversos estudos sobre a humanização. Ferreira e Araújo (2014), destacam a não separação dessa tríade, afirmando que todos são sujeitos transformadores da realidade e, portanto, de seus resultados.

Percurso formativo da humanização

Foram identificadas fragilidades no percurso formativo dos participantes em relação à humanização da saúde na fala de todos entrevistados.

Alguns relataram que o tema foi abordado de forma superficial e não específica, tanto na graduação quanto na pós-graduação.

P1 – Na época da faculdade falava [...] falava alguma coisa, mas por alto. Já falava de humanização, mas era uma coisa assim, vaga, não era nada tão específico. [...] na pós-graduação [em Traumatologia] falou, mas era uma coisa vaga, assim, não era nada pontual.

P4 – Eu não lembro se eu tive uma coisa só para isso, mas eu lembro que entre uma disciplina e outra alguém falava sobre a questão de humanização. [...] eu lembro que falamos, mas assim, flashes, momentos. Mas dentro de uma certa aula, falando só de humanização não lembro.

Já outros participantes, relatam que não viram ou não se lembravam:

P3 – Olha, de humanização na graduação e pós-graduação, nenhuma. Coisa específica não. [...] eu fiz pós-graduação e não falava, sinceramente eu não me lembro.

P6 – Na graduação e pós-graduação eu não tive nada específico relacionado com a humanização.

Percebe-se nos relatos acima que os discursos dos participantes se assemelham. Expressões como: “por alto”, “muito vago”, “nada pontual”, “nenhuma”, “não me recordo” e “nada específico” foram enfáticas nas falas ao se referirem da abordagem da humanização em seus percursos formativos.

Assim, os achados desta pesquisa convergem com os achados de Silva e Silveira (2011) e Carvalho e colaboradores (2015), que estudaram a percepção de discentes do curso de Fisioterapia sobre a humanização e perceberam que a maioria dos participantes também relataram não ter visto nenhuma disciplina específica que abordasse o tema ou o mesmo foi abordado de forma por eles considerada vaga e superficial. Além disso, o segundo estudo observou que a formação dos sujeitos da pesquisa ainda se mostrou enraizada no modelo flexneriano.

No estudo de Rios e Sirino (2015) também se percebeu pouca familiarização dos alunos com a temática humanização, corroborando com as pesquisas citadas anteriormente. Nos discursos desses alunos, a abordagem da humanização no ensino é colocada em segundo plano na formação em detrimento das disciplinas mais gerais, no entanto, não especificam que disciplinas eram essas.

Já Ferreira e Araújo (2014), entrevistaram profissionais de uma equipe hospitalar multidisciplinar e também notaram pouca ou nenhuma concatenação da formação desses profissionais com a PNH na graduação. Os autores consideram que a falta de conhecimento teórico sobre a PNH torna mais difícil a prática da humanização.

Apesar dos relatos apontarem uma carência no ensino da humanização, ainda assim os participantes da atual pesquisa identificaram a relação de algumas disciplinas e temas com a humanização.

A Antropologia e a Psicologia foram citadas por dois participantes:

P5 – Na graduação eu vi, principalmente nas disciplinas de antropologia. Na pós em Saúde Pública sempre abordava esse tema nas disciplinas.

P6 – Na graduação e pós-graduação eu não tive nada específico relacionado com a humanização, com esse termo diretamente, mas a gente pagou muita Psicologia na faculdade [...] que acaba trabalhando isso, da gente saber lidar com o paciente.

O estudo de Freitas e Ferreira (2016) corrobora com estes resultados. Em seu estudo, participantes também citaram disciplinas das áreas de Ciências Sociais e Humanas, como a Antropologia, a Sociologia e a Psicologia como as disciplinas que apresentam maior relação com o aprendizado da humanização, visto que possibilitam a compreensão do ser humano, considerando todos os seus aspectos, valorizando e respeitando sua cultura e valores.

Os participantes 3 e 7, relacionaram, ainda, a humanização com a ética e a interdisciplinaridade:

P3 – Falou em ética, tem um modulo de ética [...].

P7 – Eu me formei em 2001, se falava mais em questão de interdisciplinaridade, como uma forma de ver o indivíduo como um todo, mas essa questão da humanização foi depois.

Apesar dos participantes desta pesquisa citarem disciplinas fazendo algum tipo de ligação com a humanização, essas pareceram ter sido vistas de forma isolada, desarticulada com outras disciplinas, não havendo relatos de práticas concretas neste sentido.

Dito isto, é fundamental registrar que algumas iniciativas semelhantes, com relação à inclusão de disciplinas no ensino da humanização, já são evidentes no Brasil e no mundo, de forma articulada e significativa. Como exemplo, citamos o ensino das humanidades médicas nas faculdades da área de saúde. De acordo com De Benedetto (2018), estas podem ser definidas como algumas combinações de disciplinas como Ética, Filosofia, estudos acerca da Espiritualidade e Literatura, voltadas para o contexto médico. Nesta perspectiva, ensinam os alunos a terem uma reflexão crítica, com práticas mais humanizadas.

Estas iniciativas representam uma estratégia interessante no ensino da humanização, visto que tende a formar profissionais com o perfil almejado pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação do Brasil, ou seja, generalista, humanista, crítico e reflexivo (BRASIL, 2014). São sentidos diferentes daquele proposto pela PNH, mas reconhecemos que são importantes nas práticas em saúde.

Outro aspecto importante a ser considerado no ensino da humanização é sobre a relação entre teoria e prática. Observada na fala abaixo:

P3 – Falava por cima: vamos fazer humanização! Mas você não vivia isso na prática. [...] é aquele negócio: é muito importante você trabalhar com humanização! Mas não se chegava a praticar humanização.

No discurso acima, sobre a formação na graduação, nota-se que o participante recebeu algum tipo de informação sobre a humanização, porém, possivelmente de forma mecânica e não significativa.

Para a PNH humanização não é falar, é fazer, é alterar práticas (BRASIL, 2008, 2009, 2010). A formação em saúde deve implicar ações e trocas coletivas, tendo como base práticas concretas de intervenção para que se possa ser capaz de gerar novas práticas (FREITAS; FERREIRA, 2016).

Na pesquisa de Rios e Sirino (2015) e de Freitas e Ferreira (2016), com alunos de medicina e enfermagem, respectivamente, destaca-se a importância de articular teoria e prática no ensino da humanização, e as ações dos professores como referências, positivas ou negativas, do que consideram bons e maus exemplos de postura profissional.

Considerando ainda o papel docente na formação em saúde, o relato abaixo refere-se ao sentimento de um participante da presente pesquisa diante de uma experiência em curso, onde o professor, na visão do aluno, teve uma atitude desumana:

P3 – O paciente foi para o curso, ele (professor) colocou para ser cobaia perante 30, 40 pessoas, mas na esperança de ouvir alguma coisa boa [...] ele quase não atendeu porque disse que ele não tinha prognóstico [...] você passa o curso todinho admirando o cara, aí chega numa dessa cai o conceito. [...] ele ensina isso, que a pessoa tem que ser positiva, mas quando chegou lá na hora de praticar...

Segundo Freitas e Ferreira (2016), a figura do professor representa um elemento que facilita o aprendizado da humanização pela metodologia do ensino, porém, no discurso supracitado, em um sentido destoante à PNH, mas ainda tratando de humanização da saúde, o professor apresentou uma dicotomia entre o seu discurso e sua prática. O participante 3 refere que o professor era desumano, nesse caso aparece um sentido de humanização como o “bom humano”.

Benevides e Passos (2005), fazem uma crítica ao que se instituiu nas práticas de saúde como o “bom humano”, os autores são contra uma idealização do homem como uma figura-ideal. A PNH foi construída a partir de um “reencantamento do concreto” (VARELA, 2003) ou do “SUS que dá certo”, e não a partir da definição de um modelo ou de um padrão-ideal, que seria pautada na bondade humana e na transformação de “maus humanos” em “bons humanos”.

Frente aos relatos apresentados, ficam evidentes algumas lacunas existentes à luz da formação em humanização.

Foi possível perceber relatos de medo e insegurança no início das experiências dos fisioterapeutas na unidade neonatal:

P2 – Eu tinha medo de atender, de dar alguma coisa errada, daquele paciente dessaturar e ir à óbito no meu atendimento. E aí com o passar do tempo, com a prática, lendo, eu fui aprendendo.

P8 – Eu tive medo no começo. Eu tinha medo de pegar o bebê, de machucar [...] como eu não sabia muita coisa, como hoje eu sei, eu até preferia atender o bebê quando a mãe não estava perto (risos).

A inexperiência prévia em neonatologia, presente na maioria dos participantes desta pesquisa (87,5%), pode ter contribuído como um entrave na realização de práticas humanizadas na unidade neonatal. Porém, cabe destacar que o cuidado e/ou o temor em fazer algo errado,

demonstrado por P2 e P8, revelaram o reconhecimento da singularidade dos sujeitos e das situações, e as ações profissionais consideraram isso, a fim de que não fosse produzido algum mal àqueles usuários.

Dada a importância do Método Canguru na assistência neonatal, considerou-se necessária a sensibilização dos profissionais atuantes na unidade neonatal. Desse modo, o referido hospital passou a oferecer o Curso do Método Canguru aos profissionais e estudantes.

Ao serem questionados sobre a trajetória da formação em humanização, da graduação até a atualidade, a importância do Método Canguru foi notória nos discursos. Todos os participantes destacaram este curso como o mais relevante, citado por todos os entrevistados.

Como observa-se nas falas selecionadas abaixo:

P2 – Eu digo que eu fui uma profissional antes do Método Canguru e depois do Método Canguru, eu me senti uma outra pessoa, uma outra fisio, uma outra mãe, uma outra mulher depois que eu vi o Método Canguru [...] a partir daquele momento eu comecei a agir de outra forma.

P3 – É pura abordagem falando da humanização. Para mim foi o exemplo de humanização.

Dois participantes demonstraram ter alguma compreensão prévia sobre o Método Canguru. Porém, após o curso, ampliaram seus conhecimentos:

P4 – De todos que eu fiz, foi o que mais falou [...] na verdade, tirou uma grande dúvida minha, eu achava que o Método Canguru, para mim, eu só enxergava a 3ª etapa [...] na UTI eu suspeitava, mas eu não sabia que dali a gente já podia começar a praticar esse método.

P5 – Abriu muito a minha mente sobre essa questão, porque a gente fica vendo muito o Método Canguru achando que é só aquele contato mãe-bebê e vai muito além disso.

O estudo de Gontijo e colaboradores (2012) sugere a manutenção de cursos de capacitação, relacionados ao Método Canguru, para os trabalhadores de todos os níveis, incluindo os gestores. Não apenas para sensibilizar a equipe quanto à sua importância, mas a fim de criar condições de construção coletiva de projetos que levem a mudanças de práticas na assistência neonatal.

Desta forma, nas práticas discursivas analisadas e também na literatura estudada, percebe-se um déficit na formação em humanização não só na área de Fisioterapia, mas em outras áreas da saúde. Torna-se urgente a mudança desse cenário, a fim de que se formem profissionais com a compreensão da humanização como um potencial transformador da atenção e da gestão em saúde.

Práticas alinhadas à humanização

Nesta categoria, percebeu-se que, apesar da inexperiência profissional, os discursos apontam um certo alinhamento ou um início de mudança das práticas com as propostas da PNH, principalmente após a realização do Curso do Método Canguru.

Os discursos dos participantes 1 e 4 apontam para uma mudança no modo de cuidar após o curso, nesses dois casos, focado no bebê:

P1 – [...] pra mim, antes eu visava mais a questão do bebê, da qualidade que a gente oferecia, a questão de não fazer barulho, de mexer o mínimo possível com ele. Só que aí a gente percebe que qualquer coisa que a gente faça ali desestrutura tudo né?! O jeito que a gente abre a incubadora, o jeito que a gente abre o material, coloca em cima, que não deve.

P4 – A parte dos ruídos que me chamou muita atenção e a questão do posicionamento, de colocar na posição canguru [...] eu ainda acho que faço pouco, mas eu comecei a fazer mais.

Já o participante 5 refere mudança de comportamento também após o curso e que inclui também a atenção aos pais. Destaca-se mudanças relacionadas à ambiência e à empatia:

P5 – Eu tento ao máximo explicar a mãe ou ao pai, quando eles estão juntos à incubadora. [...] colocar no contato mãe-filho. A questão do silêncio a gente se policia mais, a claridade [...] não tá manuseando muito, deixar ele mais quietinho. [...] foi bem relevante esse curso para mudar até o comportamento da gente [...] em relação ao ambiente e até de se colocar no lugar do outro.

Este recorte está em concordância com outros autores que apontam o Método Canguru como uma proposta de assistência humanizada, com ênfase no paradigma da não separação entre o bebê e seus pais, especialmente a mãe. Os pais se tornam parceiros nos cuidados com o bebê, o que possibilita a transformação da crise do nascimento prematuro e da internação em uma experiência mais gratificante para toda a família (SPEHAR; SEIDL, 2013).

No discurso do participante 3, também fica evidente o relato de práticas humanizadas realizadas em seu cotidiano:

P3 – As mães descompensam porque tá há 30, 60 dias trancadas aqui. [...] já aconteceu várias vezes da gente colher frutas lá atrás. Os paciente, acompanhantes e profissionais [...] vai um grupão, aí eles adoram [...] eles saem realizadíssimos. Tem o dia do cinema, aí sai do ambiente, vai para o cinema, eles gostam.

Deste modo, apesar das fragilidades encontradas durante a formação profissional, os entrevistados afirmaram realizar práticas de humanização da saúde na unidade neonatal. Para todos os participantes, o curso do Método Canguru revelou ser um provocador de mudança nos modos de cuidar e possibilitou que os próprios profissionais modificassem a realidade do serviço. A partir da ressignificação dos sentidos que os mesmos atribuíram às suas práticas

puderam iniciar a superação de alguns desafios, que enfraqueciam a qualidade da atenção humanizada.

Considerações finais

Os sentidos da humanização oriundos dos discursos dos fisioterapeutas participantes da pesquisa levou-nos a entender que os mesmos estão alinhados ao que é proposto pela PNH. A humanização da saúde na unidade neonatal é descrita principalmente como a capacidade de oferecer uma assistência de qualidade, ao acolhimento, à comunicação, a boas condições de trabalho e ao respeito com o outro, devendo dela participar os usuários, os profissionais e a gestão.

No entanto, ainda que esse reconhecimento apareça nos discursos, notamos pouco protagonismo e autonomia no processo de produção de saúde pelos sujeitos, com pouca ou nenhuma participação coletiva no processo de gestão.

Foram identificadas lacunas na formação, tanto em nível de graduação quanto em pós-graduação. Desse modo, parece oportuno refletir sobre o modelo de ensino na área da Fisioterapia, visto que esses profissionais estão sendo preparados para o trabalho na saúde com uma visão limitada à dimensão biológica do ser humano. Mudanças na formação são necessárias, assim como melhorias nas práticas proporcionadas pela educação permanente em saúde. No âmbito do cuidado neonatal, por exemplo, nossa pesquisa destaca a importância de cursos do Método Canguru.

Todavia, apesar desse déficit, através da EPS, destacada nos discursos dos participantes pelo Curso do Método Canguru, realizado pela maioria dos entrevistados, foi possível observar um alinhamento das práticas realizadas no local de trabalho com algumas propostas da PNH.

Desta forma, os dados desta pesquisa respondem aos seus objetivos e evidenciam o quanto é importante oportunizar a participação de profissionais da saúde em programas de EPS, baseada numa reflexão crítica da realidade vivida no cotidiano, a fim de contribuir na (re)formação dos mesmos e provocar mudanças em suas práticas profissionais.

A limitação deste estudo foi encontrar pesquisas científicas relacionadas à formação em humanização na Fisioterapia, visto que é escassa as publicações da área, a partir desse foco. Dito isto, sugerimos que mais estudos sejam feitos para substanciar essa temática.

REFERÊNCIAS

ARAGAKI, S. S. **O psicológico na medicina**: um estudo sobre os usos dos repertórios interpretativos de psicológico nos discursos na medicina ocidental oficial. 2001. 126 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

BARBOSA, G. C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 1, p. 123-127, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a19.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693/GM Em 5 de julho de 2000**. Aprovar a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html>. Acesso em: 24 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Brasília, 2008. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, 2009. 64 p. (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília, 2011a. (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. 2. ed. Brasília, 2011b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. Brasília, 2014. (Caderno do tutor).

CALDERON, D. B. L.; VERDI, M. I. M. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface**, v. 18, supl.1, p. 859-870, 2014.

CARLI, B. S. et al. O tema da humanização na terapia intensiva em pesquisas em saúde. **J. Res.: Fundam. Care.** v. 10, n. 2, p. 326-333, abr./jun. 2018.

CARVALHO, V. L. et al. Humanização: percepção dos discentes do curso de fisioterapia. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 9, n. 6, p. 8187-8193, jun. 2015.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 8.ed. São Paulo:Cortez, 2006.

DE BENEDETTO, M. A. C.; GALLIAN, D. M. C. Narrativas de estudantes de medicina e enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. **Interface, Saúde e Educação**, v. 22, n. 67, 2018.

DIAS, L. D. **Humanização na assistência aos pais dos recém-nascidos prematuros internados na UTI neonatal do Hospital da Criança Conceição:** Projeto de pesquisa. Porto Alegre, 32 f., 2009. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3196/2/TCC%20Luciana%20Dias.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

EVANGELISTA, V. C. et al. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1099-1107, nov./dez. 2016.

FERREIRA, J. A.; ARAÚJO, G. C. Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.13, n. 1, p. 199-213, jan./jun. 2014.

FORTES, P. A. D. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.

FREITAS, F.D.S.; FERREIRA, M.A. Saberes de estudantes de enfermagem sobre a humanização. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 2, p. 282-289, mar./abr. 2016.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implementação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p.935-944, maio, 2012.

MIRANDA, A. de O.; ARCE, V. A. R. Humanização na formação em saúde : a experiência de uma estudante de fonoaudiologia. **Distúrbios Comun.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 600-607, 2014.

MORAIS, T. C.; WUNSCH, D. S. Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica. **Textos contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 100-113, 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/fass/article/view/13253/9637>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

NASCIMENTO, V. L. V.; TAVANTI, R. M. T.; PEREIRA, C. C. Q. O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In: SPINK, M. J. P. (Ed.). **A produção de informação na pesquisa social:** compartilhando ferramentas, Rio de Janeiro, 2014.

OLIVEIRA, N. E. S. et al. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 2, p.334-433, abr./jun. 2013.

PEREIRA, S. A.; CARVALHO, M. G.; YKEDA, D. S. Desafios da humanização em neonatologia e na pediatria. In: MARTINS, J. A.; NICOLAU, C. M.; ANDRADE, L. B., (Org.). **PROFISIO - Programa de atualização em fisioterapia pediátrica e neonatal: cardiopulmonar e terapia intensiva: ciclo 4**. Porto Alegre: Artmed : Panamericana, 2015. v.2, p.143-60.

RAMADA, N. C. O.; ALMEIDA, F. A.; CUNHA, M. L. R. Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. **Einstein (São Paulo)**, v. 11, n. 4, p. 421-425, 2013.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004.

RIGONATTO, C. C. M. B.; MORAES, M. A. A. Humanização: percepções de estudantes de fisioterapia. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 12, n. 2, p. 177-186, ago./dez. 2014.

RIOS, I. C.; SIRINO, C. B. A humanização no ensino de graduações em medicina: o olhar dos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 401-409, 2015.

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional de fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, supl. 1, p. 1535-1546, 2011.

SILVA, R. A.; BARROS, M. C.; NASCIMENTO, M. H. M. Conhecimento de técnicos de enfermagem SOBRE O Método Canguru na unidade neonatal. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 1, p. 124-30, jan./mar. 2014.

SPEHAR, M. C.; SEIDL, E. M. F. Percepções maternas no método canguru: Contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 4, p. 647-656, 2013.

SPINK, M. J. P. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva a interanimação dialógica. **Psico**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 7-22, 2000.

_____. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010

_____. et al. **Práticas discursivas e produções de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

_____. et al. **Produção de informação na pesquisa social** : compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.). **Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.33-52.

3.2 Produto 2 – Manual técnico para a produção de uma oficina de humanização

MANUAL TÉCNICO PARA A PRODUÇÃO DE UMA OFICINA DE HUMANIZAÇÃO

ORGANIZADORES:

CAMILA DE MELO MOURA

SÉRGIO SEIJI ARAGAKI

SUMÁRIO

3.2.1	Apresentação.....	68
3.2.2	Objetivos do manual.....	69
3.2.3	Desenvolvimento da oficina.....	69
3.3.2.1	Objetivos da oficina.....	69
3.3.2.2	Facilitadores.....	69
3.3.2.3	Carga horária.....	69
3.3.2.4	Público alvo.....	69
3.3.2.5	Número de vagas.....	69
3.3.2.6	Local e infraestrutura.....	70
3.3.2.7	Inscrição.....	70
3.3.2.8	Equipamentos e materiais didáticos.....	70
3.3.2.9	Programação da oficina.....	70
3.3.2.10	Roteiro da oficina.....	71
	REFERÊNCIAS.....	79

3.2.1 Apresentação

Este manual técnico para a produção de uma oficina de humanização surgiu tendo em vista os resultados encontrados na pesquisa intitulada “Percurso formativo e práticas em humanização da saúde no discurso dos fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino”.

Realizada no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, o referido trabalho de mestrado apontou lacunas na formação em humanização da saúde, tanto em nível de graduação quanto em pós-graduação. O estudo também evidenciou o quanto é importante oportunizar a participação de profissionais da saúde em programas de Educação Permanente em Saúde (EPS), baseada numa reflexão crítica da realidade vivida no cotidiano, a fim de contribuir na (re)formação dos mesmos e provocar mudanças em suas práticas profissionais.

Assim, partimos do entendimento que discutir a humanização é imprescindível no percurso formativo de profissionais que atuam na atenção à saúde, visto que a formação em saúde tem privilegiado o conhecimento técnico-científico em detrimento de práticas alinhadas à humanização. Para que mudanças possam acontecer nas práticas em saúde, a EPS é uma estratégia fundamental para recompor as práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor de saúde (CECCIM, 2004).

Acredita-se que para romperem com o modelo de ensino tradicional de ensino, as oficinas podem ser usadas como um recurso da EPS. Elas possibilitam a criação de espaços de negociação de sentidos, com potencial crítico de produção coletiva de sentidos. Também permitem sensibilizar as pessoas para a temática trabalhada, gerando conflitos construtivos, pois, possibilitam aos participantes a convivência com a multiplicidade de versões e sentidos sobre o tema, que nem sempre são harmônicos (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014).

Desta forma, este manual técnico foi desenvolvido como um facilitador nas práticas de EPS, a fim de contribuir no enfrentamento criativos das situações de saúde, podendo servir como um material que colabore na melhoria do processo de ensino-aprendizagem.

3.2.2 Objetivo do manual

Apontar caminhos para a produção de oficinas que favoreçam o cuidado humanizado em saúde.

3.2.3 Desenvolvimento da oficina

3.2.3.1 Objetivos da oficina

- Promover uma reflexão sobre a humanização da saúde por meio do diálogo, permeado por experiências nos cenários de prática.
- Explicar os conceitos da Política Nacional de Humanização.
- Discutir sobre experiências práticas de humanização.

3.2.3.2 Facilitadores

Pessoas com conhecimento a respeito da polissemia do conceito de humanização, e que consigam produzir e sustentar rodas de conversa onde os princípios da PNH sejam a base. Assim, devem estimular o aumento da comunicação e que essa seja feita em relações de saber-poder menos hierarquizadas; que os modos de cuidar de si e do outro durante a atividade são coproduzidos pela forma como se faz a gestão das ações e que se estimule e fortaleça o protagonismo e a autonomia dos participantes.

3.2.3.3 Carga horária

Sugerimos cerca de seis horas, de maneira que haja tempo para o aquecimento (início da atividade) e um bom aprofundamento das atividades, com um tempo de desaquecimento (finalização), contando com um momento de descanso e lanche.

3.2.3.4 Público alvo

Profissionais da área da saúde ligados à formação, atenção e gestão da saúde.

3.2.3.5 Número de vagas

Depende de vários elementos: capacidade do coordenador exercer gestão participativa e inclusiva, local onde será desenvolvida a atividade e os equipamentos

e materiais disponíveis, podendo ser reajustada de acordo com a realidade local. Assim, há possibilidade de realização de oficina com número variado de pessoas. É importante considerar que esse tipo de atividade exige a participação ativa dos presentes e isso ocupa tempo. Porém, a oficina que fizemos tinham 19 participantes e foi considerada por eles como muito rica e produtiva.

3.2.3.6 Local e infraestrutura

Sugestão: sala reservada com conforto e privacidade aos participantes, de preferência no próprio local de trabalho. A sala deve possibilitar a disposição de cadeiras em círculo.

3.2.3.7 Inscrição

No próprio local ou em algum *site* específico para inscrição em eventos. Há alguns facilmente encontrados em mecanismos de busca da internet e que são gratuitos.

3.2.3.8 Equipamentos e materiais didáticos

- *Pendrive*;
- *Slides em Powerpoint®*;
- Projetor multimídia;
- Computador;
- Caixa de som.
- Tarjetas coloridas de papel.
- Fita adesiva.
- Pincéis atômicos de diversas cores.
- Cartolina.

3.2.3.9 Programação da oficina

O tempo estimado para cada atividade é apenas uma proposta, podendo ser readequando de acordo com o ritmo de trabalho do grupo.

Sugestão:

07:00h – 08:00h	Atividade 1 – Café da manhã e recepção
08:00h – 08:15h	Atividade 2 – Apresentação da oficina
08:15h – 09:00h	Atividade 3 – Humanizar é...
09:00h – 09:45h	Atividade 4 – Apresentação da Política Nacional de Humanização (PNH)
09:45h – 10:30h	Atividade 5 – Dinâmica de grupo 1
10:30h – 11:15h	Atividade 6 – Dinâmica de grupo 2
11:15h – 12:00h	Atividade 7 – Roda de Conversa
12:00h – 12:15h	Atividade 8 – Dinâmica de encerramento
12:15h – 13:00h	Atividade 9 – Avaliação da oficina

3.2.3.10 Roteiro de atividades da oficina

Atividade 1 - Café da manhã e recepção



DESCRIÇÃO:

- Ofertar um café da manhã ou um lanche aos participantes no início das atividades.

- Distribuir cartões com uma mensagem de agradecimento pela presença dos participantes. Haverá três cores diferentes de cartão que identificarão os grupos aos quais os participantes irão pertencer nas demais atividades.

Na nossa pesquisa adicionamos um bombom para tornar o momento mais agradável.

- Sugestão da frase:

**“Seja muito bem-vindo! Nenhum de nós é tão bom quanto todos nós
juntos”**

OBJETIVO EDUCACIONAL:

- Promover a criação de grupos heterogêneos, a fim de estimular a comunicação e a conexão de um com o outro. Item importante nas práticas discursivas em grupo.

Atividade 2 – Pactuação da oficina**DESCRIÇÃO:**

- A sala deverá estar organizada com as cadeiras formando um círculo.
- Um facilitador irá apresentar de forma oral os objetivos e as atividades que serão desenvolvidas na oficina.
- Para melhor entendimento, a programação da oficina será projetada por um projetor multimídia para melhor visualização e apreciação pelos participantes, ajustes poderão ser feitos, caso haja necessidade.

OBJETIVO EDUCACIONAL:

- Construir o andamento da oficina coletivamente de modo a fazer com que os participantes se sintam parte do processo.

Atividade 3 – Humanizar é...**DESCRIÇÃO:**

- A atividade consiste em distribuir tarjetas de papel aos participantes e solicitar que eles escrevam uma palavra que remeta ao conceito de humanização.
- Após a escrita, solicitar que os participantes cole suas tarjetas em uma cartolina que estará no centro do círculo com a frase escrita: "Humanizar é...".
- Ao término da colagem, solicitar a um dos participantes a leitura do cartaz em voz alta para os demais presentes.
- Abrir a discussão para que todos possam falar acerca do conceito de

humanização e sobre as suas expectativas para a oficina.

OBJETIVO EDUCACIONAL:

- Verificar o entendimento prévio dos participantes acerca do tema humanização e promover uma discussão sobre os achados do ponto de vista conceitual e prático, construindo e desconstruindo conceitos pré-estabelecidos e esclarecendo que humanização é um termo polissêmico (tem vários sentidos).

Atividade 4 – Apresentação da Política Nacional de Humanização (PNH)



DESCRIÇÃO:

- Apresentar de meio de exposição dialogada os conceitos da Política Nacional de Humanização (PNH).

- Sugestões de apresentação:

- ✓ Utilizar *slides* em *power point*.
- ✓ Utilizar apresentações com animação, pois podem tornar a atividade menos cansativa, mais divertida, mais interessante.

- Sugestão de conteúdo:

- ✓ O que é humanização.
- ✓ O que é o trabalho em saúde.
- ✓ Princípios, método, diretrizes e alguns dispositivos propostos pela PNH.

OBJETIVO EDUCACIONAL:

- Promover uma reflexão sobre o que está sendo proposto pela PNH e consequências para a formação e o trabalho na saúde, comparando com as relacionadas a outros sentidos de humanização.

Atividade 5 – Dinâmica de grupo 1



DESCRIÇÃO:

- Dividir os participantes em 3 grupos de acordo com as cores dos cartões entregues na apresentação da oficina.

- Distribuir tarjetas coloridas, uma cor para cada grupo.

- Utilizar a questão norteadora: “Humanização nas práticas em saúde”.

- Solicitar que o grupo 1 discuta sobre os pontos positivos (facilitadores) das práticas em humanização da assistência, o grupo 2 discuta os pontos negativos (dificultadores) e o grupo 3 discuta sobre propostas e sugestões para a concretização de práticas humanizadas no cotidiano. Há também a possibilidade de todos os grupos discutirem todos esses tópicos. Neste caso, é importante a administração do tempo de maneira que os grupos consigam realizar a tarefa com êxito dentro do prazo estipulado.

- Disponibilizar um facilitador para mediar cada grupo.

- Solicitar que os participantes escrevam todos os pontos discutidos nas tarjetas.

- Abrir a discussão em cada grupo. É importante a confecção de uma síntese para ser compartilhada, em momento mais tarde, com os demais grupos (também poderão colar as tarjetas na parede, formando um quadro visível para todos os presentes).

OBJETIVO EDUCACIONAL:

- Promover um debate entre os participantes, possibilitando a negociação de sentidos, que pode, inclusive, comportar diferentes versões a respeito do mesmo tema.

Atividade 6 – Dinâmica de grupo 2



DESCRIÇÃO:

- Solicitar que os participantes discutam, ainda em grupos divididos por cores, situações vividas em seus cotidianos, de acordo com o tema definido na dinâmica anterior, e escolham uma situação para expor aos demais participantes.

- Disponibilizar 15min para a discussão e 10min para apresentação de cada grupo.

- Sugestões de exposição (síntese da dinâmica de grupo 1, quadro com tarjetas e exemplo de situação vivida no trabalho):

- ✓ Apresentação oral.
- ✓ Dramatização.

OBJETIVO EDUCACIONAL:

- Compartilhar as experiências com os outros participantes da oficina. Identificação de semelhanças e diferenças em relação aos temas trabalhados e práticas vivenciadas, permitindo que os participantes se enxerguem como coprodutores do processo de humanização.

Atividade 7 – Roda de Conversa



DESCRIÇÃO:

- Abrir a discussão a respeito da temática humanização em uma roda de conversa.

OBJETIVO EDUCACIONAL:

- Promover um debate entre os participantes de modo a refletir sobre as potencialidades, as deficiências e possibilidades de humanização nas práticas do

cotidiano. Criar propostas que possam ser executadas pelos participantes para a melhoria do trabalho em saúde, considerando sempre a sua governabilidade. Pode ser traduzida em ações de curto, médio e longo tempo e alcance.

Atividade 8 – Dinâmica de encerramento



DESCRIÇÃO:

- Solicitar que os participantes fiquem de pé, formando um círculo.
- Pedir para que cada participante fale sobre o que está levando da oficina.

OBJETIVO EDUCACIONAL:

- Saber que lições foram levadas da oficina para cada participante.
- Destacar a importância do processo avaliativo compartilhado, de maneira a produzir corresponsabilidade para melhorias em oficinas futuras. Caso se deseje, é possível também o uso de um questionário de avaliação.

Atividade 9 – Avaliação da oficina



DESCRIÇÃO:

- Entregar um questionário de avaliação de participação na oficina a cada participante.
- Não identificar os participantes no questionário.
- Sugestão de Avaliação: vide anexo C.

OBJETIVO EDUCACIONAL:

- Ter um registro escrito com o feedback dos pontos positivos e negativo, assim como comentários, sugestões e/ou críticas do que poderia ser melhorado.

REFERÊNCIAS

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – comunicação, saúde, educação*, v.9, n.16, p.161-78, 2004.

SPINK, M.J.; MENEGON, V.M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégias de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicologia & Sociedade*, v.26, n.1, p.32-43, 2014.

3.3 Produto 3 – Relatório técnico da oficina de humanização: uma reflexão sobre os modos de cuidar

	<p>Universidade Federal de Alagoas Faculdade de Medicina Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde</p>	<p>FAMED-UFAL – Campus A. C. Simões Av. Lourival Melo Mota, s/n Cidade Universitária – Maceió – AL CEP 57072-970</p>
---	---	--

AUTORES: Camila de Melo Moura⁶, Gracielle Torres Azevedo⁷, Sarah Lins de Barros Moreira⁸, Sérgio Seiji Aragaki⁹ e Vanessa Ferry de Oliveira Soares¹⁰.

3.3.1 Apresentação

O presente relatório é decorrência da “Oficina de Humanização: Uma Reflexão Sobre os Modos de Cuidar” realizada no dia 11 de outubro de 2018, em um hospital público de ensino, em uma cidade do nordeste brasileiro. Segue em anexo (ANEXO B) o certificado de realização da oficina emitida pelo Núcleo de Educação Permanente da instituição onde foi realizado o evento.

A elaboração da oficina foi possível a partir dos resultados obtidos na pesquisa intitulada “Percurso formativo e práticas em humanização da saúde nos discursos dos fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino”.

Neste documento traremos reflexões a respeito da necessidade de humanização do trabalho realizado em unidades hospitalares e de como a Educação Permanente em Saúde (EPS), realizada por meio de uma oficina, pode possibilitar o seu alcance. Em seguida, serão explicitados os objetivos e os procedimentos metodológicos adotados durante a sua realização. Os resultados serão analisados e discutidos à medida em que vão sendo apresentados, incluindo a avaliação da oficina pelos participantes.

A proposta do desenvolvimento do relatório técnico consiste na importância de criar um registro da oficina, de maneira que se caracterize como um produto

⁶ Mestranda, fisioterapeuta da local onde foi desenvolvida a atividade. Facilitadora da oficina.

⁷ Fisioterapeuta da local onde foi desenvolvida a atividade. Facilitadora da oficina.

⁸ Terapeuta ocupacional da local onde foi desenvolvida a atividade. Facilitadora da oficina.

⁹ Psicólogo, Professor Doutor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas. Orientador.

¹⁰ Psicóloga da local onde foi desenvolvida a atividade. Facilitadora da oficina.

educacional. Portanto, será divulgado amplamente, por meio de sua vinculação a sistemas de informações em âmbito local (página virtual do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde - MPES) e nacional (Portal EduCAPES), podendo servir como um material que colabore na melhoria do processo de ensino-aprendizagem e das práticas de saúde.

3.3.2 Introdução

A estrutura organizativa e a tradição gerencial dos hospitais brasileiros os têm tornado organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras. Estas características têm sido apontadas como relevantes na produção de uma série de problemas, como a oferta de assistência impessoal e fragmentada, a indefinição de vínculos entre usuários e profissionais, o que produz baixa responsabilização e descompromisso, fragmentação do trabalho e insatisfação dos trabalhadores, e também dos usuários (BRASIL, 2011).

Na contramão desse pensamento, Guedes e Castro (2009) destacam que todos os níveis de atenção guardam possibilidades salutares de promoção da saúde enquanto qualidade de vida e direito do cidadão. Em seu trabalho, os autores evidenciam as potencialidades do espaço hospitalar como produtor do cuidado, enfocando a educação em saúde como uma possibilidade de efetivação do olhar cuidador.

O trabalho diário junto a pacientes internados no hospital desperta e sensibiliza sobre a obrigação do atendimento humanizado, com base na Política Nacional de Humanização (PNH), visto que é imprescindível enxergar além da patologia inerente ao indivíduo. Desta forma, torna-se necessária a compreensão das condições psicológicas, sociais e familiares envolvidas no contexto, a fim de que se possa realizar um atendimento pautado na integralidade, um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2003).

É pensando neste SUS e em sua consolidação que se busca desenvolver opções de formação/qualificação em saúde que transponha o paradigma hegemônico tradicional, pautado na transmissão mecanicista e centrado no professor, para uma abordagem que elicie a problematização das práticas e dos saberes. Entende-se por este viés que discutir a prática profissional e promover atualizações para a assistência aos usuários do serviço é de fundamental importância, principalmente quando se

considera a produção de conhecimentos advinda dos serviços, essencialmente sensibilizadora e pensada de forma criativa.

O ensino é um aliado nas mudanças que devem acontecer nas práticas de saúde, sendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) um dos mais relevantes meios para que isto ocorra, de forma a intervir na melhoria da formação do profissional que atua no SUS (BRASIL, 2009).

Dessa forma, acredita-se que para romper com o modelo de ensino tradicional, as oficinas podem ser usadas como um recurso da EPS, visto que elas possibilitam a criação de espaços de negociação de sentidos, com potencial crítico de produção coletiva de sentidos, sensibilizando as pessoas para a temática trabalhada, gerando conflitos construtivos, pois, possibilitam aos participantes a convivência com a multiplicidade de versões e sentidos sobre o tema, que nem sempre são harmônicos (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014).

3.3.3 Objetivos da oficina

✓ Objetivo geral:

- Promover uma reflexão sobre a humanização da saúde por meio do diálogo, permeado por experiências nos cenários de prática hospitalar.

✓ Objetivos específicos:

- Explicar sobre a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

- Discutir experiências práticas de humanização no contexto hospitalar

3.3.4 Desenvolvimento da oficina

❖ Data e local

A oficina foi realizada no dia 11 de outubro de 2018, no mini auditório de um hospital público de ensino, localizado em uma cidade do nordeste brasileiro, das 7h às 13h.

❖ Participantes

Os participantes foram convidados pela coordenação da Unidade de

Reabilitação por meio de convite verbal e aplicativo de trocas de mensagens. Foram ofertadas 40 vagas.

Participaram desta oficina 19 (dezenove) funcionários do hospital, ligados à atenção (16 fisioterapeutas e 1 fonoaudióloga) e à gestão (1 coordenador da Unidade de Reabilitação e 1 coordenadora no Núcleo de Educação Permanente).

Os presentes assinaram a lista de frequência (APÊNDICE I) e uma autorização de divulgação das fotos e do material produzido na oficina (APÊNDICE II).

❖ Equipamentos e materiais didáticos:

- *Pendrive*;
- *Slides em Powerpoint®*;
- Projetor multimídia;
- *Notebook*;
- Caixa de som.
- Tarjetas coloridas de papel.
- Fita adesiva.
- Pincéis atômicos de diversas cores.
- Cartolina.
- Filme “EMPATIA: Se pudéssemos ver dentro do coração de outras pessoas (Dublado)”.

3.3.5 Execução da Oficina

Antes de iniciar a oficina foi realizado um café da manhã com os participantes e posteriormente uma recepção, onde as facilitadoras distribuíram bombons em caixinhas coloridas aos participantes, com a seguinte mensagem “*Seja muito bem-vindo! Nenhum de nós é tão bom quanto todos nós junto*”.

Foram utilizadas caixinhas em três cores distintas que posteriormente identificariam os grupos aos quais os participantes iriam pertencer nas demais atividades. O objetivo desta atividade foi promover a criação de grupos heterogêneos, a fim de estimular a comunicação e a conexão entre as pessoas, aumentando a possibilidade de conversa entre pessoas que comumente não o fazem entre si.

Para dar início, uma das facilitadoras apresentou a motivação e os objetivos da oficina, assim como as atividades propostas. A finalidade foi desenvolver a oficina coletivamente, de modo a fazer com que os participantes se sentissem parte ativa do processo.

A sala foi disposta em semicírculo para facilitar a comunicação bem como promover melhor a produção discursiva, com ampliação da interanimação dialógica e o compartilhamento de conhecimentos.

Primeiro momento - Foram distribuídas tarjetas coloridas e solicitado aos participantes que escrevessem e colassem em cartolina, previamente fixada em parede, uma palavra que remetesse ao conceito de Humanização. Assim, deveriam completar o fragmento de frase “*Humanizar é...*”.

No final dessa atividade um dos participantes realizou a leitura do cartaz e os demais discutiram acerca dos conceitos de Humanização trazidos.

O objetivo educacional desta atividade foi verificar o entendimento prévio dos participantes acerca do tema humanização e promover uma discussão sobre os achados do ponto de vista conceitual e prático, desconstruindo conceitos pré-estabelecidos e possibilitando a construção de outros conceitos, não trazidos ou desconhecidos por alguns dos presentes.

Segundo momento - Foi projetado um vídeo sobre empatia, como instrumento metodológico disparador para continuidade do processo dialógica. O filme tem duração de cinco minutos e posteriormente à exibição foi feita uma reflexão com os participantes sobre a importância do tema.

A ideia desta atividade foi promover um debate entre os participantes, de modo a refletirem sobre a importância da empatia, um dos sentidos presentes quando se fala de humanização da saúde.

- Vídeo utilizado disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=xhbSuy__nq0

Terceiro momento - Após o vídeo, foi apresentada aos participantes a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH). Foi feita exposição visual e dialogada da mesma, com uso de Powerpoint®. Esta atividade teve como finalidade apresentar a PNH e seu conceito de humanização da saúde, assim como

questões relacionadas à gestão e à atenção à saúde, promovendo reflexões baseadas no que está proposto por essa política pública.

Quarto momento - Os participantes foram divididos em 3 grupos, de acordo com as cores das caixinhas com bombons entregues no início da manhã.

Em seguida, foram distribuídas tarjetas coloridas, uma cor para cada grupo.

A partir da questão norteadora: “*Humanização nas práticas dos profissionais no contexto hospitalar*” foi proposto que os grupos discutissem sobre o tema.

O grupo 1 discutiu sobre os pontos positivos (facilitadores) das práticas em humanização da assistência. O grupo 2 discutiu os pontos negativos (dificultadores). O grupo 3 discutiu sobre propostas e sugestões para a concretização de práticas humanizadas nos seus ambientes de trabalho. Cada facilitadora mediou um dos grupos e ao término da atividade, todas as respostas foram coladas na parede, formando um quadro para compartilhamento.

O intuito desta atividade foi promover um debate entre os participantes, de modo a refletirem e trazerem questões sobre suas práticas executadas em seu local de trabalho.

Quinto momento – Foi proposto que os grupos 1, 2 e 3 discutissem, ainda em grupo, situações vividas em seus cotidianos, de acordo com o tema definido na dinâmica anterior, e escolhessem uma situação para expor aos demais participantes.

O objetivo dessa dinâmica foi compartilhar as experiências com os outros participantes da oficina, permitindo que os participantes se reconhecessem dentro do processo de humanização.

Sexto momento - Foi aberta uma roda de conversa para continuidade e aprofundamento das reflexões a respeito da temática humanização. Também foi conversado a respeito da importância da oficina enquanto um espaço de diálogo e discussão.

A roda de conversa teve como objetivo educacional promover um debate entre os participantes, de modo a refletirem sobre as potencialidades, as deficiências e possibilidades de humanização nas práticas do cotidiano.

Sétimo momento – Foi feita uma dinâmica de encerramento com todos em pé formando um grande círculo e falando uma palavra sobre o que estariam levando da oficina.

O objetivo deste momento foi obter uma síntese dos aprendizados produzidos durante a oficina.

Oitavo momento - Foi solicitado que os participantes respondessem um instrumento para avaliação da atividade. Este documento é disponibilizado pelo Núcleo de Educação Permanente – NEP da instituição hospitalar em questão.

A avaliação teve como objetivo oferecer um feedback dos pontos positivos e negativos, assim como comentários, sugestões e/ou críticas do que poderia ser melhorado em outras oportunidades.

3.3.6 Resultados, discussão e análise

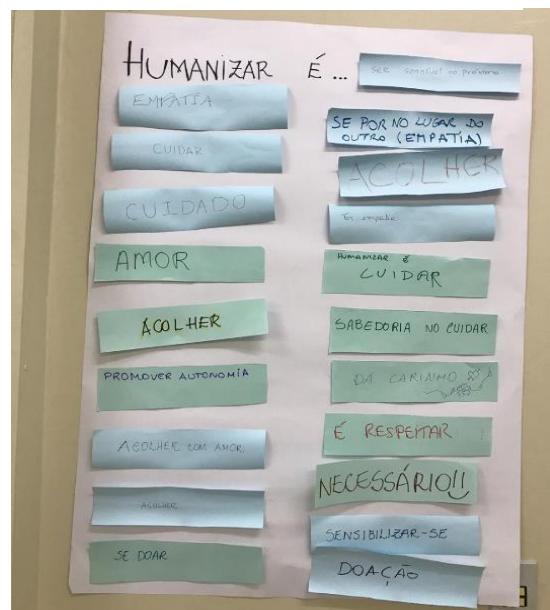
Na primeira atividade, foi solicitado que os participantes escrevessem em tarjetas algo que remetesse ao conceito de humanização, a partir daí foi confeccionado um cartaz onde estava escrito: “*Humanizar é...*” (Figura 1 e 2).

Figura 1 - Montagem do cartaz



Fonte: Autor - Dados da pesquisa. Oficina de Humanização: uma Reflexão Sobre os Modos de Cuidar. 2018.

Figura 2 - Cartaz: *Humanizar é...*



Fonte: Autor - Dados da pesquisa. Oficina de Humanização: uma Reflexão Sobre os Modos de Cuidar. 2018.

A partir do cartaz foi construído o quadro 2, com os sentidos de humanização dado pelos participantes.

Quadro 2 - Sentidos de humanização dado pelos participantes da oficina. 2018.

Empatia	Se pôr no lugar do outro (empatia)
Cuidar	Acolher
Cuidado	Ter empatia
Amor	Cuidar
Acolher	Sabedoria no cuidar
Promover autonomia	Dar carinho
Acolher com amor	É respeitar
Acolher	Necessário
Se doar	Sensibilizar-se
Ser sensível ao próximo	Doação

Fonte: Autor - Dados da pesquisa. Oficina de humanização: uma reflexão sobre os modos de cuidar. 2018.

Pelos sentidos dados pelos participantes, percebe-se que a empatia, o acolhimento e o cuidado com o outro ocuparam um lugar de destaque na definição do que é humanização.

Ao ser aberta a discussão a respeito dos conceitos de humanização, destaca-se as seguintes falas:

“Ser mais humano, as pessoas estão esquecendo de serem humanas, humanizar é ouvir”.

“Experiências com a humanização que mudaram a atividade do profissional, às vezes você não vai resolver, mas pode ouvir, dar atenção, vai acolher”.

“A técnica não anda só”.

“A parte humana vai de cada profissional”.

“Se colocar sempre no lugar do outro”.

“Humanizar não é só profissional-paciente, é também entre os colegas de trabalho, chefia. Tentar se colocar no lugar do outro”.

“Humanização é uma política, não está no campo da bondade”.

Discutir o sentido de humanização torna-se imprescindível em ambientes dialógicos, pois, segundo Benevides (2005), a forma conceitual e metodológica da humanização é ainda um desafio. Torna-se necessário um processo de mudanças que possa responder aos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, pois muitas vezes o seu sentido está ligado, por exemplo, ao assistencialismo, ao voluntarismo e ao paternalismo.

Após essa discussão foi feita uma reflexão com os participantes sobre a importância da empatia, de enxergar o outro, bem como sobre as maneiras de assistir aos pacientes e colegas de trabalho, enfatizando as singularidades e os processos com que cada indivíduo está vivenciando.

Destacou-se nos discursos dos participantes a dificuldade de lidar com más notícias, o contexto emocional e os elementos do dia-a-dia que passam despercebidos. Também foi trazida a importância de ajudar o colega de trabalho que esteja enfrentando alguma dificuldade e de criar estratégias como um “escape” funcional para aliviar as tensões de trabalho, foram dados exemplos de lazer e ajuda profissional, como um psicólogo, para o enfrentamento do sofrimento e da depressão, causados pela tensão do ambiente hospitalar.

Concordando com Cardoso e colaboradores (2017), esta atividade da oficina possibilitou momentos de colaboração e construção de conhecimentos, em que os significados são construídos a partir da interação entre os integrantes do grupo, as reflexões sobre as ações realizadas nas práticas de trabalho e as ações produzidas nos processos sociais constituíram um aspecto central.

A partir do proposto pela PNH, podemos afirmar que falar sobre o processo de trabalho, as dúvidas, as dificuldades, os sentimentos, os êxitos e as demais questões relacionadas é fundamental para diminuir o adoecimento por conta das atividades laborais na saúde. Tece, ao mesmo tempo, melhoria das relações interpessoais e a possibilidade de análise e enfrentamento das dificuldades de forma coletiva e corresponsabilizada (BRASIL, 2003).

Após o vídeo, foi feita uma apresentação sobre a humanização baseada na PNH pelas facilitadoras, referente ao seu conceito, princípios e diretrizes, e durante a exposição das informações os participantes conseguiram relacionar o conteúdo com as relações de trabalho dentro do referido hospital. Desta forma, a atividade representou um espaço de dialogia entre as facilitadoras e os participantes.

Neste momento foram discutidos vários aspectos, entre eles a importância de respeitar a autonomia do paciente, mesmo que seja contrária à vontade da equipe, utilizando exemplos do cotidiano; o exemplo de um projeto do hospital responsável por cuidar de quem cuida; a importância do cuidado humanizado a pacientes sem possibilidades terapêuticas; ambiência para tornar o espaço hospitalar mais agradável e neste caso utilizaram o exemplo da pediatria que vem resignificando sua rotina a fim de acolher melhor os pacientes e suas famílias; e o acolhimento de colegas de trabalho no enfrentamento da rotina profissional em momentos de dificuldade.

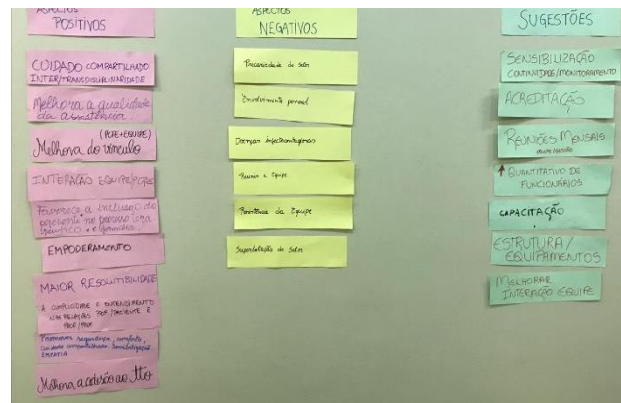
No quarto momento, na atividade que os grupos tinham que escrever nas targetas os pontos positivos (facilitadores), os pontos negativos (dificultadores) e as propostas e sugestões para a concretização de práticas humanizadas no cotidiano do hospital, foi confeccionado um mural (Figura 3 e 4).

Figura 3 - Construção do mural



Fonte: Autor - Dados da pesquisa. Oficina de Humanização: uma Reflexão Sobre os Modos de Cuidar. 2018.

Figura 4 - Mural dos pontos positivos, pontos negativos e sugestões das práticas humanizadas



Fonte: Autor - Dados da pesquisa. Oficina de Humanização: uma Reflexão Sobre os Modos de Cuidar. 2018.

A partir das informações do mural foi produzido o quadro 3.

Quadro 3 - Pontos positivos, pontos negativos e sugestões das práticas humanizadas. 2018.

PONTOS POSITIVO	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
Cuidado compartilhado Inter/transdisciplinaridade	Precariedade do setor	Sensibilização/ Continuidade/ Monitoramento
Melhora a qualidade da assistência	Envolvimento pessoal	Acreditação
Melhora do vínculo (paciente- equipe)	Doenças infectos contagiosas	Reuniões mensais (equipe/gestão)
Interação equipe paciente	Reunir equipe	Aumentar o quantitativo de funcionários
Favorece a inclusão do paciente e da família no processo terapêutico	Resistência da equipe	Capacitação
Empoderamento	Superlotação do setor	Estrutura/ Equipamentos
Maior resolatividade	_____	Melhorar interação equipe
A cumplicidade e entendimento nas relações profissional- paciente e profissional- profissional	_____	_____
Promover segurança, conforto, cuidado compartilhado. Sensibilização. Empatia.	_____	_____
Melhora adesão ao tratamento	_____	_____

Fonte: Autor - Dados da pesquisa. Oficina de humanização: uma reflexão sobre os modos de Cuidar. 2018.

A partir do resultado desta dinâmica, ressaltamos o potencial da oficina em promover o exercício ético e político, já que, à medida que o material é gerado para análises, cria-se um espaço de trocas simbólicas que potencializam a discussão em grupo no tocante da temática proposta. São gerados conflitos construtivos, com vistas ao engajamento político de transformação (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014).

Na atividade seguinte foi proposto que os grupos expusessem uma situação discutida e escolhida entre eles para todos os participantes, ainda considerando os pontos positivos, pontos negativos e sugestões. Cada grupo escolheu uma situação de acordo com suas experiências.

O grupo 1 leu os pontos positivos, escritos e expostos no mural, e projetou imagens de uma ação realizada na pediatria do referido hospital, onde profissionais e estudantes fizeram um ensaio fotográfico com os pacientes e seus familiares, o grupo considerou a ação como uma atividade humanizada (Figura 5).

Figura 5 - Apresentação do grupo 1



Fonte: Autor - Dados da pesquisa. Oficina de Humanização: uma Reflexão Sobre os Modos de Cuidar. 2018.

O grupo 2 apresentou de forma dialógica os pontos negativos que estavam expostos no mural. Falaram da precariedade de alguns setores, como a falta e o sucateamento de materiais e equipamentos; do envolvimento emocional dos profissionais com as situações de sofrimento dos pacientes, que pode trazer adoecimento para os mesmos; da dificuldade de trabalhar de forma humanizada com pacientes com doenças infectocontagiosas; da dificuldade de reunir a equipe para reuniões, citada pelo coordenado no Núcleo de Reabilitação, visto que os profissionais têm outros compromissos, inclusive outros empregos, e devido também a localização do hospital, que se encontra afastado do centro da cidade, dificultando o deslocamento dos profissionais nos dias de folga; da resistência de algumas pessoas da equipe em trabalhar de forma humanizada; e por último foi falado sobre a superlotação frequente que a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) vem enfrentando, que dificulta o trabalho da equipe, sobrecarregando os profissionais (Figura 6).

Figura 6 - Apresentação do grupo 2



Fonte: Autor - Dados da pesquisa. Oficina de Humanização: uma Reflexão Sobre os Modos de Cuidar. 2018.

Por fim, o grupo 3 apresentou as sugestões em forma de dramatização. O grupo encenou uma situação considerada rotineira na UTIN do hospital, que foi a questão do banho desumanizado de bebês, no final da encenação foi sugerido por uma das integrantes que as pessoas que tivessem feito o Curso do Método Canguru repassassem para outros colegas a melhor maneira de dar o banho naquele bebê. Também foi sugerido que mais profissionais fossem contratados, visto que, muitas vezes o profissional tem que atender uma demanda maior do que deveria (Figura 7).

Figura 7 - Apresentação do grupo 3



Fonte: Autor - Dados da pesquisa. Oficina de Humanização: uma Reflexão Sobre os Modos de Cuidar. 2018.

Após a encenação foram feitos alguns comentários a respeito das sugestões realizadas pelo grupo e expostas no mural, que foram a sensibilização da equipe a respeito da humanização, através de cursos de capacitação, assim como a continuidade dos cursos já ofertados e o monitoramento da equipe; o processo de

Acreditação Hospitalar que o hospital deveria fazer, a fim de melhorar o atendimento e as condições de trabalho; reuniões mensais entre os profissionais da atenção e gestão; a melhora da estrutura física do hospital e a compra de equipamentos novos; e por último promover a melhora da interação das equipes.

Os participantes puderam, além de pontuar os problemas e identificar os pontos positivos que já acontecem na realidade do hospital, encontrar soluções para alguns entraves das práticas humanizadas, embora a maioria das que foram citadas estejam fora de suas responsabilidades.

Concordando com outro estudo, a oficina realizada apontou que o hospital pode ser um espaço de realização profissional, para o exercício da criatividade, um local onde sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertencimento à coletividade (GUEDES; CASTRO, 2009).

Essa atividade conseguiu atender o objetivo proposto, que era compartilhar as experiências entre os participantes da oficina, permitindo que os mesmos se enxergassem dentro do processo de humanização de forma criativa e dinâmica.

Na sequência, foi realizada uma roda de conversa, onde os participantes falaram da importância de estar participando da oficina e de como eles se sentiam felizes em poder ter esse espaço de diálogo para discutirem um assunto de tamanha relevância que é a humanização. Devido ao tempo que estava corrido, pois já estava no final da manhã, e a discussão da temática já ter ocorrido nas atividades anteriores, de modo que todos os participantes puderam se posicionar, pouco foi falado sobre a humanização nessa roda de conversa (Figura 8).

Figura 8 - Roda de conversa



Fonte: Autor - Dados da pesquisa. Oficina de Humanização: uma Reflexão Sobre os Modos de Cuidar. 2018.

Foi sugerido pelos participantes que fossem marcados novos encontros e que fossem estendidos a outras categorias profissionais do hospital.

Durante toda oficina, a turma participou ativamente das atividades propostas, em alguns momentos se mostraram agitados, acreditamos que pela ansiedade e vontade de se posicionarem. Foi muito ressaltada a importância de ser realizados novos encontros

Na dinâmica de encerramento, com todos de pé formando um grande círculo, foram feitos agradecimentos e depois foi solicitado que os participantes falassem uma palavra sobre o que estariam levando da oficina (Figura 9).

Figura 9- dinâmica de encerramento



Fonte: Autor - Dados da pesquisa. Oficina de Humanização: uma Reflexão Sobre os Modos de Cuidar. 2018.

As palavras faladas foram: esperança, aprendizado, gratidão, novidade, união, felicidade, mudanças, cooperação e integração.

Dito isto, acreditamos que a oficina alcançou seu objetivo no tocante de promover uma reflexão dos participantes sobre a humanização da saúde, visto que possibilitou espaços de negociações de sentidos, sensibilizando as pessoas para a temática trabalhada.

Após o encerramento da oficina foi solicitado que os participantes respondessem um instrumento para avaliação, disponibilizado pelo Núcleo de Educação Permanente – NEP (ANEXO I) do referente hospital. Os questionários

foram respondidos por 14 (quatorze) participantes, pois, alguns tiveram que sair antes do encerramento da oficina.

O resultado das respostas da avaliação dos participantes quanto a sua participação na oficina está apresentado no quadro 4.

Quadro 4 – Resultado das respostas da avaliação dos participantes quanto a sua participação na oficina. 2018.

	Ótimo	Bom	Regular	Insuficiente
Participação nas atividades propostas	85,7%	14,3%	—	—
Aplicabilidade das competências	92,9%	7,1%	—	—
Cumprimento de horário com pontualidade	64,3%	21,4%	14,3%	—
Contribuição dos conhecimentos oferecidos	85,7%	14,3%	—	—
Clima de colaboração	92,9%	7,1%	—	—
Socialização dos conhecimentos com a equipe	92,9%	7,1%	—	—
Grau de satisfação com o curso	85,7%	14,3%	—	—

Fonte: Autor - Dados da pesquisa. Oficina de humanização: uma reflexão sobre os modos de cuidar. 2018.

O resultado da avaliação dos participantes quanto a estrutura geral do evento está apresentado no quadro 5.

Quadro 5 – Resultado das respostas da avaliação dos participantes quanto a estrutura geral do evento. 2018.

	Ótimo	Bom	Regular	Insuficiente
Ambiente físico	85,7%	14,3%	_____	_____
Qualidade do material	64,3%	35,7%	_____	_____
Horário de início das atividades	50%	50%	_____	_____
Carga horária diária	64,3%	28,6%	7,1%	_____
Carga horária total	64,3%	21,4%	14,3%	_____
Coordenação geral do evento	92,9%	7,1%	_____	_____

Fonte: Autor - Dados da pesquisa. Oficina de humanização: uma reflexão sobre os modos de cuidar. 2018.

Na seção da avaliação onde os participantes podiam fazer indicações e/ou sugestões de melhorias para itens avaliados como insuficientes ou regulares, um participante se queixou que o curso foi curto, com necessidade de maiores abordagens e vivências pessoais, sugeriu que poderia ter usado filmes e momentos práticos de humanização. Já outro participante sugeriu melhorar o espaço para que fosse mais acolhedor e aumentar a carga horária do curso total e diária, pois reflete no currículo.

Quanto a avaliação das expectativas, 92,9% responderam que atendeu totalmente e 7,1% atendeu parcialmente.

No que tange as sugestões, um dos participantes sugeriu que a coordenação geral da Unidade de Reabilitação junto com o NEP e a equipe organizadora deveriam realizar mais oficinas de sensibilização, cursos de capacitação, reuniões com grupos de estudos, eventos de atualização na área hospitalar.

Os pontos negativos foram poucos, porém merecem atenção para o aperfeiçoamento de novos encontros. Alguns pontos a serem considerados é em relação ao cumprimento do horário com pontualidade, que pode ser explicado pelo fato de alguns participantes estarem em outra atividade profissional no dia do evento,

não conseguindo ficar em tempo integral na oficina; em relação ao tempo curto do curso e a falta de prática, visto o vasto conteúdo a ser abordado em apenas uma manhã.

Assim, face as opiniões e sugestões relatadas pelos participantes, concluímos que a oficina foi bem avaliada, o que pode ser comprovado pela maioria das respostas terem sido consideradas ótimas ou boas, tanto na participação individual e do grupo, quanto na estrutura geral do evento.

3.3.7 Considerações finais

A participação de todos foi positiva, atendendo as expectativas e revelando o quanto é importante oferecer cursos de atualização que criem espaço para discussão das práticas profissionais.

A escolha da oficina foi bastante acertada, uma vez que ela produziu reflexões importantes para as pessoas presentes. A interação entre profissionais de setores e áreas de atuação diferentes, necessária para a execução das atividades, foi de extrema relevância no compartilhamento de experiências e na melhoria dos relacionamentos entre os participantes.

O conhecimento prévio da temática pela turma, contribuiu para o desenvolvimento da oficina, o que possibilitou um clima de colaboração e interesse entre os participantes.

Acreditamos que a oficina conseguiu atingir seus objetivos ao possibilitar a reflexão da temática pelos participantes baseada em suas experiências do cotidiano, favorecendo a negociações e possivelmente contribuindo para mudanças nas práticas profissionais.

Como sugestões, consideramos importante proporcionar novos momentos de discussão, aumentar a carga horária para a ampliar e aprofundar as reflexões e melhorar a análise e a produção de propostas para solução de problemas identificados. Também seria fundamental ampliar a oferta de oficinas ou outras atividades de extensão, com fins de EPS, para outros profissionais não contemplados. Tudo isso com a finalidade de que se possa refletir no processo de ensino-aprendizagem e nas práticas de humanização de todos os profissionais atuantes no hospital.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização da saúde: um novo modismo? **Interface – Cominc., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 389-406, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**, Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**, Brasília, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 3)

_____. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. **Documento de área ensino**, 2016. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=Y2FwZXMuZ292LmJyfGF2YWxpYWVhby1xdWFkcmllbmFsfGd4OjdiYzViMGNmZjE1ZTFmMTc>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

_____. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. **Orientações para APCN ensino**, 2016. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/documentos/Criterios_apcn_2016/Criterios_APCN_Ensino.pdf> Acesso em: 10 nov. 2018.

CARDOSO, M. L. M. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, p. 1489-1500, 2017.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

GUEDES, H. H. da S.; CASTRO, M. M. C. e. Atenção hospitalar : um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 4-26, 2009.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégias de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 32-43, 2014.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TACC

A experiência de cursar o mestrado foi um grande passo na minha formação, contribuindo para meu crescimento pessoal e profissional. O Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas me oportunizou vivenciar experiências teórico-práticas que me instigaram a refletir sobre minhas práticas na assistência e na docência, proporcionando, por exemplo, uma maturidade em conduzir o desenvolvimento de estratégias de ensino-aprendizagem.

Cada disciplina ministrada no programa serviu de alicerce não apenas para a construção do meu estudo, mas também para uma caminhada pedagógica que espero seguir, compartilhando tais ensinamentos.

Percebo que o processo de mudança ao encontro da humanização, objeto de meu estudo, está no fazer e luto dia-a-dia para praticá-la, pois, acredito que tal mudança tem que começar por nós mesmos.

Minha pesquisa foi capaz de responder aos seus objetivos, ao analisar a relação entre o percurso formativo da humanização em saúde e a atuação dos fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino

A partir da análise dos resultados apresentados no estudo foi pensada a construção de um artigo original, um manual técnico para a produção de uma oficina de humanização, assim como um relatório técnico da realização de uma oficina de humanização realizada em uma instituição pública, um hospital-escola, configurando, desse modo, produtos educacionais do TACC.

Com isso, a realização da oficina, além da oportunidade de oferecer um compartilhamento da pesquisa, possibilitou processos de desnaturalização daquilo que é considerado normal ou rotineiro, ampliando o entendimento da produção dos acontecimentos ocorridos no ambiente hospitalar, o que pode colaborar na sua melhoria. A fim de estender essa oportunidade, foram oferecidas vagas para outros profissionais do hospital, colaborando para que mudança nas práticas se efetivem.

Neste sentido, acredito que o TACC poderá trazer contribuições importantes para o ensino da humanização da saúde. Vale ressaltar que a realização desta pesquisa poderá afetar positivamente o trabalho das equipes dos quais os participantes fazem parte, com conseqüente benefícios para usuários e familiares, principalmente por mostrar a percepção dos fisioterapeutas. Também poderá trazer

benefícios no âmbito nacional, visto que todos os produtos serão vinculados a um sistema de informação de acesso aberto e gratuito.

No entanto, não foi esgotado todo o conteúdo da temática em questão neste estudo. Devido ao grande volume de informações produzidas na pesquisa, algumas questões não foram contempladas neste TACC, porém, assumo o compromisso de utilizá-las para a construção de novos estudos e produtos. Por exemplo: discussão sobre os desafios e sugestões para a concretização de práticas humanizadas na unidade neonatal, a partir dos discursos dos participantes, assim como a oferta de atividades de extensão (cursos, oficinas, rodas de conversa etc.).

Sugiro que novos estudos sejam realizados pela comunidade acadêmica, incluindo pesquisas com outros sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem da humanização da saúde.

REFERÊNCIAS GERAIS

ALMEIDA, C. S.; THEIS, R. C. S. R.; GERZSON, L. R. A atuação do profissional fisioterapeuta em unidades de terapia intensiva neonatal. **Cinergis**, v. 17, n. 2, p. 168-176, 2016.

ARAGAKI, S. S. **O psicológico na medicina**: um estudo sobre os usos dos repertórios interpretativos de psicológico nos discursos na medicina ocidental oficial. 2001. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

BARBOSA, G. C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 1, p. 123-127, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a19.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.432, de 2 de agosto de 1998**. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Terapias Intensivas - UTI. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html. Acesso em: 02 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693/GM Em 5 de julho de 2000**. Aprovar a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html>. Acesso em: 24 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, 2008. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada..** Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html> Acesso em: 10 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília, 2011. (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: método canguru. 2. ed. Brasília, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/PORTARIA-N%C2%BA-930-2012-Habilitacao-Leitos-Neonatais.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso**: Método Canguru: Brasília, 2014. (Caderno do tutor).

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

_____. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. **Documento de área ensino**, 2016. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=Y2FwZXMuZ292LmJyGF2YWxpYWVhby1xdWFkcmllbmFsfGd4OjdiYzViMGNmZjE1ZTFmMTc>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

_____. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. **Orientações para APCN ensino**, 2016. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/documentos/Criterios_apcn_2016/Criterios_APCN_Ensino.pdf> Acesso em: 10 nov. 2018.

CALDERON, D. B. L.; VERDI, M. I. M. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface**, v. 18, supl.1, p. 859-870, 2014.

CARDOSO, M. L. M. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, p. 1489-1500, 2017.

CARLI, B. S. et al. O tema da humanização na terapia intensiva em pesquisas em saúde. **J. Res.: Fundam. Care**. v. 10, n. 2, p. 326-333, abr./jun. 2018.

CARVALHO, N. M. et al. O ensino da humanização no curso de bacharel em enfermagem numa universidade pública. **J. Nurs. UFPE**, Recife, v. 10, n. 12, p. 4554-4562, 2016.

CARVALHO, V. L. et al. Humanização: percepção dos discentes do curso de fisioterapia. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 9, n. 6, p. 8187-8193, jun. 2015.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 8.ed. São Paulo:Cortez, 2006.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. A unidade de terapia intensiva neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 248-255, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200006>. Acesso em: 28 jan. 2018.

DE BENEDETTO, M. A. C.; GALLIAN, D. M. C. Narrativas de estudantes de medicina e enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. **Interface, Saúde e Educação**, v. 22, n. 67, 2018.

DIAS, L. D. **Humanização na assistência aos pais dos recém-nascidos prematuros internados na UTI neonatal do Hospital da Criança Conceição**: Projeto de pesquisa. Porto Alegre, 32 f., 2009. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3196/2/TCC%20Luciana%20Dias.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

EVANGELISTA, V. C. et al. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1099-1107, nov./dez. 2016.

FERREIRA, J. A.; ARAÚJO, G. C. Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.13, n. 1, p. 199-213, jan./jun. 2014.

FORTES, P. A. D. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.

FREITAS, F.D.S.; FERREIRA, M.A. Saberes de estudantes de enfermagem sobre a humanização. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 2, p. 282-289, mar./abr. 2016.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implementação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p.935-944, maio, 2012.

GUEDES, H. H. da S.; CASTRO, M. M. C. e. Atenção hospitalar : um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 4-26, 2009.

IZUMI, A. Y.; FUJISAWA, D. S.; GARANHANI, M. R. Fisioterapia na unidade de terapia intensiva : enfoque na criança crítica neurológica. In WEINERT, L.V.C.; BELLANI, C.D.F. **Fisioterapia em Neuropediatria**. 2011. Cap. 2, p. 213-228.

MAEYAMA, M. A.; ROS, M. A. Estilos de pensamento na escolha da especialidade médica e sua correlação com as políticas de provimento para a atenção básica à saúde - um estudo de caso. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 2, p. 89-99, 2018.

MIRANDA, A. de O.; ARCE, V. A. R. Humanização na formação em saúde : a experiência de uma estudante de fonoaudiologia. **Distúrbios Comun.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 600-607, 2014.

MORAIS, T. C.; WUNSCH, D. S. Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica. **Textos contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 100-113, 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/13253/9637>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

NASCIMENTO, V. L. V.; TAVANTI, R. M. T.; PEREIRA, C. C. Q. O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In: SPINK, M. J. P. (Ed.). **A PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO NA PESQUISA SOCIAL: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro, 2014.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601186&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 27 jan. 2018.

OLIVEIRA, N. E. S. et al. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 2, p.334-433, abr./jun. 2013.

PEREIRA, S. A.; CARVALHO, M. G.; YKEDA, D. S. Desafios da humanização em neonatologia e na pediatria. In: MARTINS, J. A.; NICOLAU, C. M.; ANDRADE, L. B., (Org.). **PROFISIO - Programa de atualização em fisioterapia pediátrica e neonatal: cardiorrespiratória e terapia intensiva: ciclo 4**. Porto Alegre: Artmed : Panamericana, 2015. v.2, p.143-60.

RAMADA, N. C. O.; ALMEIDA, F. A.; CUNHA, M. L. R. Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. **Einstein (São Paulo)**, v. 11, n. 4, p. 421-425, 2013.

REICHERT, A. P. da S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, p. 200-213, 2007.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004.

RIGONATTO, C. C. M. B.; MORAES, M. A. A. Humanização: percepções de estudantes de fisioterapia. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 12, n. 2, p. 177-186, ago./dez. 2014.

RIOS, I. C.; SIRINO, C. B. A humanização no ensino de graduações em medicina: o olhar dos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 401-409, 2015.

ROSEIRO, C. P.; PAULA, K. M. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva. **Estudos de Psicologia**, v. 32, n. 1, p. 109-119, 2015.

SÁ NETO, J. A. de; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 372-377, 2010.

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional de fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, supl. 1, p. 1535-1546, 2011.

SILVA, R. A.; BARROS, M. C.; NASCIMENTO, M. H. M. Conhecimento de técnicos de enfermagem SOBRE O Método Canguru na unidade neonatal. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 1, p. 124-30, jan./mar. 2014.

SPEHAR, M. C.; SEIDL, E. M. F. Percepções maternas no método canguru: Contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 4, p. 647-656, 2013.

SPINK, M. J. P. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva a interanimação dialógica. **Psico**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 7-22, 2000.

_____. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano [online]**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. 72p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. et al. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

_____. et al. **Produção de informação na pesquisa social** : compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.). **Cadernos de subjetividade**: o reencantamento do concreto. São Paulo: Hucitec, 2003. p.33-52.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista

TÍTULO DA PESQUISA: Percurso formativo e práticas em humanização da saúde no discurso dos fisioterapeutas da unidade neonatal de um hospital público de ensino.

- 1) Falar, de maneira geral, sobre o que entendem sobre a humanização da saúde;
- 2) Relatar sobre a formação em humanização da saúde, durante a trajetória acadêmica e profissional (graduação, pós-graduações, cursos, EPS e outras atividades);
- 3) Dizer se as práticas que realizam no local de trabalho estão alinhadas à humanização da saúde;

APÊNDICE B – Lista de frequência da oficina

Nome		CPF	Assinalar vínculo			E-mail
			Servidor/ Empregado público	Residente	Outros/ Especificar	
Tahara Jankovic de Castro Coutinho Farias		819.981.005-59	X			tahara.jankovic@ufpb.br
Kawaruta Miyuki Saito de Almeida		02.3336.20405	X			kawaruta.miyuki@outlook.com
Juliana Araújo Moraes		071.665.044-47	X			juarajomoraes@igmail.com
Cristiano do Souza Santos		038.5124-75	X			crisostiano@ufpb.br
Ducão Albuquerque de Oliveira		039.964.434-78	X			ducão@ufpb.br
Rafael Gervasio Sereyza Rodriguez		049.535.524-04	X			rafael.gervasio@ufpb.br
Therdrilga Lavoura Rodrigues		04.636.004-66	X			therdrilga.lavoura@ufpb.br
Hudson Moraes Braga		048.156.934-24	X			hudsonmoraes@ufpb.br
Thais Veras de Haan Glynck		044.123.334-07	X			thaisveras@ufpb.br
Andressa Araújo de Amorim Moreira		044.664.404-02	X			andressa.araujo@ufpb.br
Ivanyler Hübner Azeiteiro Torres		034.654.114-23	X			ivanyler@ufpb.br
Vera Jansen Gomes Ribeiro Louzada Soares		053.455.334-34	X			vera.jansen@ufpb.br
Paloma de Saiz Rodriguez		042.230.114-05	X			paloma@ufpb.br
Ariana Medeiros Shigue		073.089.944-84	X			ariana@ufpb.br
Suzela Costa Sousa do Vale						suzela@ufpb.br

Tema/ Assunto:	OFICINA DE HUMANIZAÇÃO: UMAREFLAXÃO SOBRE OS MODOS DE CUIDAR	Capacitação	Mesa redonda
Local:	MINI AUDITÓRIO	Treinamento	Fórum
Data:	11/10/2018	Oficinas	X Workshop
Horário:	07H AS 13H	Reunioes clinicas	Discussões de casos clínicos
Instrutor/professor:		Outros	
Tipo de evento			

APÊNDICE C – Autorização de uso dos dados da oficina

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
FACULDADE DE MEDICINA – FAMED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE – MPES

OFICINA DE HUMANIZAÇÃO: UMA REFLEXÃO SOBRE OS MODOS DE CUIDAR

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Solicito a autorização dos participantes da Oficina de Humanização: Uma Reflexão sobre os Modos de Cuidar, realizada no dia 11 de outubro de 2018, no mini auditório do HUPAA, para divulgação das informações produzidas e das fotos registradas durante o evento, com a finalidade de compor o Relatório Técnico, que será incluído no apêndice do Trabalho Acadêmico do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Alagoas da pesquisadora Camila de Melo Moura, além de ser encaminhado para o Núcleo de Educação Permanente do HUPAA.

Agradecemos a colaboração.

OFICINA DE HUMANIZAÇÃO: UMA REFLEXÃO SOBRE OS MODOS DE CUIDAR

AUTORIZAÇÃO DE USO DOS DADOS DA OFICINA

Nº	PARTICIPANTE	EMAIL
1	Tatiane Andrade da Costa Paudo de Jesus	taticardosa@hotmail.com
2	Karina Vanildeili Santos de Almeida	KarinaVanildeili@outlook.com
3	Jayanna Socó de Salgueiro	jayanna.salgueiro@gmail.com
4	Schela Rossi Santos do Nascimento	schu-n@hotmail.com
5	Rayssa Costa Russo do Vale	rayssa_russo@hotmail.com
6	Aíssa Medeiros Friere	aiissamf@hotmail.com
7	Vanayana Aguiar Ribeiro Paulinho Frazão	vanayana@hotmail.com
8	Juliana de Brito Ladeira Rêlia	JULC23@HOTMAIL.COM
9	Harúlia Millena Nominente Ramos	Harulia-millena@hotmail.com
10	Andressa Araújo de Amorim Moreira	ANDRESSA.PESOTERAPIA@HOTMAIL.COM
11	Thais Veres de Moraes Rezende	thais-veres@hotmail.com
12	Kladsom Ramos Cruz	Kladsomcruz@hotmail.com
13	ROBERT GRAHAM SAKURAI RODRIGUES	ROBERT_SAKURAI@HOTMAIL.COM
14	Wanderliza Boronjira Coutinho	Wanderliza.boronjira@gmail.com
15	Diego Humberto Pach Oliveira	diegocruz4@hotmail.com
16	Guilherme de Souza Santos	guilherme-santos@hotmail.com
17	Sara Varda F. de Almeida	saravarda400@yahoo.com.br
18	Mariana Helena F. de Oliveira Guido	MARIANA.GUIDO@HOTMAIL.COM
19	Gracielle Torres Azevedo	gal.azevedo11@GMAIL.COM
20	Juliana Araújo Meneses	juameneses@hotmail.com
21	Ana Lúcia Meneses Bezerra	anaemesenes@hotmail.com
22	M. de Carvalho P. de Souza	cpesofmc@uol.com.br
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO DISCURSO DOS FISIOTERAPEUTAS DA UNIDADE NEONATAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES

Pesquisador: CAMILA DE MELO MOURA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80412917.3.0000.5013

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFAL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.482.522

Apresentação do Projeto:

Introdução: A humanização da saúde, nos últimos anos, vem ganhando espaço nas discussões da área no Brasil. A

formação do trabalhador de saúde destaca-se como uma etapa importante para a concretização do cuidado humanizado preconizado pelo SUS. Na neonatologia várias são as ações implantadas e implementadas relacionadas à humanização da saúde, sendo importante pesquisar como a formação na área se tem propiciado, de maneira a trazer contribuições significativas no campo. **Objetivo:** entender a relação entre o processo de formação em humanização da saúde e a atuação dos fisioterapeutas da Unidade Neonatal do HUPAA – UFAL, a partir de seus discursos. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, sustentada pelos pilares teóricos-metodológicos de análise das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos e do Construcionismo Social. Serão feitos dois grupos focais com os fisioterapeutas da Unidade Neonatal para a produção das informações. Para análise dos discursos será feita a transcrição sequencial e integral das falas e serão produzidos mapas dialógicos, permitindo o alcance dos objetivos. **Resultados esperados:** Melhorias nos processos formativos, de maneira que propiciem aumento de práticas alinhadas ao proposto pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A, C. Síndes,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.073-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (02)3214-1041

E-mail: comitedeeticoufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 2-402-522

Objetivo da Pesquisa:

- Entender a relação entre o processo de formação em humanização da saúde e a atuação dos fisioterapeutas da Unidade Neonatal do HUPAA – UFAL, a partir de seus discursos;
- Compreender a respeito da formação em relação à humanização da saúde na trajetória dos fisioterapeutas da Unidade Neonatal do HUPAA – UFAL;
- Identificar quais os sentidos de humanização da saúde que embasam as práticas dos fisioterapeutas na Unidade Neonatal;
- Conhecer os desafios para a efetivação de práticas profissionais na humanização da saúde na Unidade Neonatal do HUPAA-UFAL, de acordo com o proposto pela PNH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não causará nenhum dano econômico, social, cultural ou religioso. Esta pesquisa pode apresentar possíveis riscos de ordem física e mental, tais como: risco de cansaço, incômodo, preocupação, medo de se expressar em grupo ou constrangimento de não conseguir contribuir como gostaria. Desta forma, a pesquisadora adotará como medidas para minimizar ou evitar esses possíveis riscos: o grupo focal acontecerá só com a presença da pesquisadora e dos auxiliares de pesquisa, que serão devidamente treinados para ajudar a lidar com essas questões. Cada grupo terá duração média de duas horas, afim de evitar o cansaço físico. Será assegurado o direito de não-resposta sem que ocorra prejuízos de qualquer ordem. Todas as dúvidas serão sanadas pelos pesquisadores. Haverá pausa para descanso durante a atividade.

Benefícios:

Os prováveis benefícios que a realização desta pesquisa poderá trazer para os sujeitos da pesquisa são: dar voz às pessoas, de maneira que expressem, compartilhem e possam, se desejarem, se auxiliarem na resolução de dúvidas, inquietações e descontentamentos no que se refere às suas práticas; compartilhar êxitos individuais e coletivos, assim como propostas que contribuam para melhoria das relações e do trabalho no local; e contribuir para uma reflexão sobre a importância da humanização da saúde na Unidade Neonatal. Serão propostas e realizadas ações de intervenção, de maneira a colaborar na melhoria do ensino e das práticas de humanização da saúde na Unidade Neonatal do HUPAA.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto atendeu as correções solicitadas pelo comitê estando apto para o desenvolvimento.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (02)3214-1041

E-mail: comiteeticoufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 2.482.522

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão em conformidade com o solicitado na plataforma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo atende às exigências da resolução 466/2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.SA. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.073-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (32)3214-1041

E-mail: comitedeeticosufal@gmail.com

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 2.482.522

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1028590.pdf	29/12/2017 16:16:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pronto.docx	29/12/2017 16:15:20	CAMILA DE MELO MOURA	Aceito
Outros	CORRECOESFEITASAO PROJETO.docx	29/12/2017 16:13:28	CAMILA DE MELO MOURA	Aceito
Outros	declaraçãodepublicização.pdf	29/12/2017 16:11:53	CAMILA DE MELO MOURA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	29/12/2017 16:07:01	CAMILA DE MELO MOURA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeaceite.pdf	18/11/2017 14:54:29	CAMILA DE MELO MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/11/2017 14:54:11	CAMILA DE MELO MOURA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

MACEIO, 02 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Luolana Santana
(Coordenador)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.073-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)214-1041

E-mail: comitedeticofei@gmail.com

ANEXO B – Certificado de realização da oficina



Certificamos que **CAMILA DE MELO MOURA** ministrou AULA, durante a OFICINA DE HUMANIZAÇÃO: UMA REFLEXÃO SOBRE OS MODOS DE CUIDAR, realizado no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes no dia 11/10/2018, com carga horária de 6h.

Gustavo de Souza Santos
Gustavo de Souza Santos
Chefe da Unidade e Reabilitação
HUPAA/UFAL/EBSERH

Sandra Mary Lima Vasconcelos
Sandra Mary Lima Vasconcelos
Gerente de Ensino e Pesquisa
HUPAA/UFAL/EBSERH

 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. ALBERTO ANTUNES
HUPAA-UFAL



 EBSERH
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Ministério da
Educação

ANEXO C - Formulário de avaliação da oficina pelos participantes



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

Caro participante,

O presente instrumento tem por objetivo obter a avaliação do evento de capacitação que V. S^a participou, permitindo, assim, mensurar esse encontro em seus diferentes aspectos, os resultados alcançados e o aperfeiçoamento dos próximos eventos.

Para tanto, solicitamos sua colaboração no sentido de responder integralmente o formulário, sem necessidade de identificar-se, acrescentando comentário, sugestão ou crítica sempre que julgar pertinente.

Curso:

Coordenação do Evento:

PERÍODO:

Local:

CARGA HORÁRIA:

A seguir, indique sua opinião para cada item de acordo com a escala abaixo:

I. VAMOS FALAR SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO	Ótimo	Bom	Regular	Insuficiente
1. Participei com interesse das atividades propostas.				
2. Acredito que terei oportunidade de aplicação das competências adquiridas no meu trabalho.				
3. Sinto que os conhecimentos oferecidos contribuirão para o meu crescimento na Instituição.				
4. Percebi um clima de colaboração entre os colegas.				
5. Cumpri o horário com pontualidade.				
6. Sinto-me à vontade para socializar os conhecimentos oferecidos à minha equipe de trabalho.				
7. Meu grau de satisfação por ter participado desse curso.				
II. VAMOS FALAR SOBRE A ESTRUTURA GERAL DO EVENTO	Ótimo	Bom	Regular	Insuficiente
1. Ambiente físico onde o evento foi realizado				
2. Qualidade do material distribuído				
3. Abrangência do material didático				
4. Horário de início das atividades				
5. Carga horária diária				
6. Carga horária total				
7. Coordenação-geral do evento				

III. CASO, NA AVALIAÇÃO ACIMA, HAJA(M) ITEM(S) COM A MARCAÇÃO INSUFICIENTE OU REGULAR, SOLICITAMOS INDICAÇÕES OU SUGESTÕES PARA PODERMOS MELHORÁ-LO:

IV. O EVENTO ATENDEU AS SUAS EXPECTATIVAS

Totalmente () Parcialmente () Não as atendeu ()
Principalmente por que:

V. VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO, SUGESTÃO OU CRÍTICA QUE QUEIRA REGISTRAR?

Obrigado