

The logo for the journal RUEP (Revista UNILUS Ensino e Pesquisa) features the lowercase letters 'ruep' in a white, serif font, centered within a solid black rectangular box.

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa  
v. 17, n. 46, jan. /mar. 2020  
ISSN 2318-2083 (eletrônico)

**MARCIO COSTA DE SOUZA**

*Universidade do Estado da Bahia, UNEB,  
Salvador, BA, Brasil.*

**MILENA TORRES FERREIRA**

*Universidade do Estado da Bahia, UNEB,  
Salvador, BA, Brasil.*

*Recebido em janeiro de 2020.  
Aprovado em agosto de 2020.*

## PRODUÇÃO DO CUIDADO E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE NUTRIÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

### RESUMO

**Introdução:** O modo de fazer saúde tem sido reconstruído na tentativa de tornar o cuidado humanizado como parte importante e base dos serviços em saúde. Essa modificação deve ter como aliada a formação acadêmica e continuada dos profissionais de saúde além de apresentar políticas públicas que tenham a humanização como foco. O objetivo desse estudo é conhecer a percepção dos estudantes acerca do cuidado e humanização em saúde, a importância da universidade na formação de profissionais humanizados e os desafios percebidos para a prática da humanização. **Metodologia:** estudo com abordagem qualitativa com 10 graduandas de nutrição da Universidade do Estado da Bahia. Foi aplicada entrevista semiestruturada, e realizado diário de campo. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados e Discussão:** Percebeu-se o cuidado como ato singular que ultrapassa o corpo biológico, baseado nas tecnologias leves, compondo todos os momentos dos serviços de saúde, considerando o indivíduo na sua totalidade por uma equipe multiprofissional, apresentando consequências positivas, de forma a produzir felicidade. Pouco foi visto acerca do tema na universidade e os desafios percebidos foram a formação dos docentes e a falta de interesse dos estudantes e professores para com o tema. **Conclusão:** embora não tenham visto na universidade o conteúdo com uma abordagem profunda, as discentes apresentaram uma base conceitual ampliada, atribuíram à formação dos docentes e a ausência de interesse dos estudantes e professores um dos desafios para a prática da humanização.

**Palavras-Chave:** educação continuada; capacitação de recursos humanos em saúde; humanização da assistência.

## CARE PRODUCTION AND HUMANIZATION IN HEALTH: PERCEPTION OF UNDERGRADUATE NUTRITION STUDENTS FROM A PUBLIC UNIVERSITY

### ABSTRACT

**Introduction:** The way of doing health has been reconstructed in an attempt to make humanized care an important part and basis of health services. This modification must have as an ally the academic and continuing education of health professionals and present public policies that have humanization as the focus. The objective of this study is to know the participants' perception about health care and humanization, the importance of the university in the training of humanized professionals and the perceived challenges to the practice of humanization. **Methodology:** a qualitative study with 10 undergraduate nutrition students from the State University of Bahia. A semi-structured interview was conducted, and a field diary was carried out. Data analysis was performed through the Bardin content analysis. **Results and Discussion:** Care was perceived as a singular act that surpasses the biological body, based on light technologies, constituting all the moments of the health services, considering the individual in its totality by a multiprofessional team, presenting positive consequences, in order to produce happiness. Little was seen about the subject at the university and the perceived challenges were teacher training and the lack of interest of students and teachers in the subject. **Conclusion:** although they did not see the contents in a profound approach, the students presented an extended conceptual basis, attributed to the training of teachers and the lack of interest of students and teachers one of the challenges to the practice of humanization.

**Keywords:** education continuing; health human resource training; training for humanization.

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa  
Rua Dr. Armando de Salles Oliveira, 150  
Boqueirão - Santos - São Paulo  
11050-071

<http://revista.lusiada.br/index.php/ruep>  
[revista.unilus@lusiada.br](mailto:revista.unilus@lusiada.br)

Fone: +55 (13) 3202-4100

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que o progressivo avanço tecnológico-científico no âmbito da saúde tem se mostrado de maneira a produzir consequências positivas para o setor, tais como a rapidez no diagnóstico por meio do qual promove uma intervenção terapêutica imediata e mais específica. Porém, esses avanços também trazem para a saúde alguns pontos negativos como a excessiva segmentação do indivíduo em órgãos e funções e o tecnicismo exacerbado, ambos observados na prática cotidiana nos estabelecimentos de saúde onde os contatos não são marcados pelo encontro não havendo interação entre os sujeitos (MERHY; CECCIM, sd). Dessa forma, acompanhando essas consequências desfavoráveis, há uma progressiva incapacidade das assistências à saúde de se mostrarem sensíveis às necessidades humanas, isso porque nas práticas do trabalho em saúde o cuidado ainda é pautado pela clínica do corpo biológico (AYRES, 2004; MERHY, 2008).

O cuidado, a integralidade e a humanização no âmbito da saúde são conceitos que têm sido discutidos na atualidade, reflexo da tentativa de reconstrução do modo de fazer saúde. A compreensão de que a ausência de doença não mais representa a existência de saúde expandiu o leque de discussões acerca do tema, contribuindo para um repensar do cuidado para além de um ato dependente de técnicas, protocolos, especializações e saberes científicos, tão ditados pelo modelo biomédico hegemônico. Diante disso, o conhecimento das “ferramentas” utilizadas para a produção do cuidado em saúde pelos profissionais da área é de fundamental importância para que esse cuidado seja de fato produzido e para que exista a construção de possibilidade de humanização do setor. Segundo Rocha et al. (2007), a humanização pode ser definida como a valorização do ser humano, com respeito à vida humana incluindo as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas inerentes a todos e em todas as relações interpessoais, considerando-o na sua integralidade. Essa humanização deve apresentar compromisso com os direitos humanos e possibilitar uma relação de vínculo e respeito entre os sujeitos (CASATE; CORRÊA, 2012), demonstrando dessa forma a sua relação com o cuidado.

A reconstrução ou remodelamento das concepções de saúde e do fazer saúde estão muito evidentes desde a reforma sanitária na década de 70 e com a criação do sistema único de saúde (SUS), permanecendo na contemporaneidade com o surgimento de algumas políticas públicas, uma delas a Política Nacional de Humanização (PNH). É questionável a real transformação das ações em saúde enquanto a formação dos profissionais que trabalham no setor não acompanha essas mudanças. As diretrizes curriculares nacionais (DCN) surgem como proposta para acompanhar essas transformações, incorporando à formação dos trabalhadores de saúde a importância do cuidado e humanização no setor. Conhecer e entender a forma como são fundamentados e abordados os conceitos de cuidado, integralidade e humanização durante a formação acadêmica é de fundamental importância para que se perceba como a universidade contribui para que esses termos se tornem ações e posturas na prática profissional.

Tendo em vista a relevância do tema para a área de saúde e a inexistência de pesquisas que o abordem com estudantes de nutrição, o presente estudo tem como objetivo conhecer a percepção de graduandos em nutrição a respeito do tema produção do cuidado e humanização em saúde, bem como discutir o papel da universidade na reconstrução do modo de fazer saúde por meio da formação de profissionais capazes de produzir cuidado humanizado e os desafios percebidos pelos universitários para a existência dessa prática.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como um trabalho de campo desenvolvido sob uma abordagem qualitativa a qual implica aproximação indispensável entre o objeto e o sujeito (MINAYO, 2004). Esta pesquisa foi realizada em uma Universidade pública do Estado da Bahia no período de fevereiro à Junho do ano de 2018.

As ferramentas utilizadas para a produção de dados foi uma entrevista semiestruturada aplicada com graduandos de nutrição na própria Universidade após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) onde autorizaram sua participação de forma voluntária e a gravação da entrevista com auxílio de gravador de áudio em aparelho celular do modelo Samsung J2, e um diário de campo produzido pela pesquisadora. O número de sujeitos participantes foi definido de forma intencional, constituído por 10 discentes, um de cada semestre (10 semestres) com intuito de contemplar todo o curso de nutrição, sendo todos identificados por meio de números para garantia do anonimato. Foi considerado como critério de inclusão ser aluno regular do curso de nutrição e como critério de exclusão não ser estudante regular de nutrição ou a recusa à assinatura do TCLE.

A técnica utilizada para análise dos dados foi a de análise de conteúdo de Bardin, método muito utilizado na análise de dados qualitativos tendo como objetivo a busca do sentido ou dos sentidos de um documento (CAMPOS, 2004). Assim, por meio da leitura flutuante e exaustiva do conteúdo transcrito, foi realizada a ordenação dos dados obtidos das entrevistas por meio de um mapeamento das informações coletadas, a partir do qual uma avaliação minuciosa foi estabelecida em busca dos sentidos, sendo possível a elaboração de duas categorias com seus respectivos núcleos de sentidos. A primeira categoria foi denominada por cuidado integral humanizado com seus núcleos de sentido significado do cuidado, da integralidade e de humanização e o outro núcleo que foi denominado por relação entre cuidado e humanização, e a segunda categoria denominada por Universidade e humanização com seus núcleos humanização e Humaniza SUS na universidade e desafios para a prática da humanização em saúde. Para a análise final os dados empíricos foram correlacionados com o referencial teórico da pesquisa, tornando possível o conhecimento acerca das diversas percepções quanto ao tema dos sujeitos que copuseram o estudo.

Esta pesquisa respeitou as normas vigentes na resolução 466/12 do Conselho Nacional de saúde sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos e a sua realização ocorreu após aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia sob o número do CAAE 82347517. 0. 0000. 0057.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Cuidado Integral Humanizado

A prática do cuidado é marcada por duas políticas, a macropolítica cuja caracteriza o modelo hegemônico por meio das técnicas, protocolos, disciplinas e saberes científicos, e a micropolítica que se opõe ou resiste à macro por nela se fazer presente as condições de interação entre os atores do cuidado, caracterizando-se pelas tecnologias denominadas por leves, que são as das relações, tais como o acolhimento, a escuta e o vínculo, sendo capaz de um modo singular subsidiar a produção do cuidado de forma integral e humanizada (FRANCO; FRANCO, sd; MERHY; CECCIM, sd; MERHY, 2005). Foi possível identificar a presença das tecnologias leves nos discursos das participantes quanto ao significado de cuidado integral humanizado, conforme relatos de fala a seguir.

[...] então eu produzo cuidado a partir do momento em que eu me preocupo com a pessoa e quero entender seu contexto, escutando e deixando-a falar, sabe? (Entrevistada 1, 5º semestre)  
[...] esse cuidado ele tem que advim daí, desde o momento em que o paciente ele deve ser acolhido na unidade básica de saúde, ele deve ser bem recepcionado [...] (Entrevistada 5, 10º semestre).  
[...] do ponto de vista prático ele começa desde o acolhimento, desde um olhar diferenciado que você pode está acolhendo ou então gerando frustração pra quem está participando desse processo de produção do cuidado com você (Entrevistada 6, 9º semestre).

O atual paradigma da saúde denominado por paradigma biopsicossocial, alternativo ao curativista ou biomédico, apresenta o cuidado em saúde em um contexto de

continua reconstrução de significados a respeito de si, do outro e do mundo, além dos significados acerca da saúde, doença, qualidade de vida e autonomia, tornando necessária a criação de um espaço de relações no qual haja interação entre profissional e usuário, tal qual ultrapasse o saber-fazer científico/tecnológico (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011) utilizando para esse fim as tecnologias leves desse cuidado. Sendo assim, de acordo com os discursos acima, com o paradigma biopsicossocial e com o discurso da estudante do 5º semestre abaixo, fica claro que na qualidade e posição de profissional de saúde, o trabalhador não deve limitar suas ações à manipulação de um corpo biológico reduzindo o usuário a órgãos e funções, mas sim seu trabalho deve ser pautado no ato de cuidar de forma que exista de fato uma interação, onde o encontro seja marcado por todos os aspectos que envolvem esse cuidado.

[...] por exemplo, se eu estou com meu paciente e enxergo ele com um olhar amplo né, macro, eu olho o que ele está passando, a situação dele eu estou tendo uma atenção com ele para além da patologia, que é uma coisa que a gente ver muito aqui dentro [...] entender o contexto dele pra que a gente interfira de modo positivo, para que a gente cause uma influência nele porque não existe nada pior do que você querer tratar a pessoa de modo técnico (Entrevistada 1, 5º semestre)

É fundamental ressaltar que, o uso das tecnologias leves não ignora ou anula o uso das tecnologias duras e leve-duras, apenas complementa a prática do cuidar humanizando e integralizando esse ato. Porém, é próprio às tecnologias leves comandarem os modos de incorporação das demais, abrindo caminho, assim, para se repensar o processo de produção da subjetividade no interior das práticas de saúde com o objetivo de atingir uma maior qualidade da atenção por meio de confiança, responsabilização e vínculo, os quais constituem-se como fundamentos na relação entre usuário e trabalhador de saúde (RODRIGUES et al., 2015).

O aspecto singular do cuidado proporcionado, sobretudo pelas tecnologias leves, foi percebido pela autora dessa pesquisa em uma de suas experiências na prática clínica, no qual observou a importância da interação entre profissionais de saúde e usuário de tal modo que o acolhimento, a escuta qualificada e a confiança se sobressaiu às ações específicas da área, tais como orientações nutricionais e prescrições, de modo que houve de fato uma produção do cuidado tanto em sua natureza existencial quanto relacional trazendo consequências positivas no tratamento e na vida do usuário.

Na experiência da pesquisadora como estudante de nutrição, a mesma percebe o cuidado acontecendo por meio de gestos e ações singulares que ao final tem uma consequência importante, como aconteceu no estágio de clínica onde devido a um diálogo com uma pessoa atendida, a mesma contou de forma breve, porém esclarecedora, sua história de vida e o seu momento vivido diante da doença e internamento. A partir desse momento, a pesquisadora relata que teve a possibilidade de conhecer melhor a mulher entendendo que cada indivíduo é único nesse mundo e tem uma vida que é dele e de intervir de forma a ajudá-la no que podia e que a própria mulher se colocou de outra forma diante do que era proposto, possibilitando um sucesso mais adequado à terapêutica.

[...] A partir desse momento eu tive a possibilidade de conhecer melhor essa mulher porque cada pessoa é única e tem uma vida que é sua [...] (Relato diário de campo)

Entretanto, corroborando com a experiência abordada acima, o cuidado é tido como singular, porém deve-se ter cautela quanto a essa questão, pois singularidade (criação) não deve ser confundida com particularidade (aperfeiçoamento) da prestação da assistência de saúde, uma vez que o agir no encontro de forma particular acaba configurando-se como um agir característico do próprio modelo biomédico de se produzir saúde (MERHY;CECCIM, sd). Dessa forma, o cuidado compreendido em seu aspecto singular e não particular rompe com o entendimento de que a micropolítica consiste em uma macropolítica de menor escala.

De acordo com Rodrigues et al. (2015) e Teixeira (2005), o acolhimento no momento do encontro entre os atores do cuidado (trabalhadores de saúde e usuários)

possui papel importante na rede de conversação de um serviço de saúde, devendo portanto estar presente desde a porta de entrada até a saída do serviço. Esses autores também trazem que para que ocorra a humanização das práticas de saúde é fundamental que os envolvidos no assumam a responsabilidade pelo usuário de forma ética e solidária, em todos os momentos e etapa do serviço. Em conformidade com esses autores, o discurso da quinta entrevistada demonstra sua percepção de cuidado integral humanizado abrange todos os ambientes do setor saúde, bem como sendo de responsabilidade de todos os trabalhadores do serviço que se relacionam com o usuário.

[...] Então, o cuidado ele tem que partir de toda a equipe né? Desde aquela recepção naquele momento lá na unidade até o momento em que ele chega para uma consulta, até o momento em que ele chega para poder pegar um medicamento, até o momento que ele chega para poder fazer um exame [...] dentro das unidades básicas de saúde, dentro dos hospitais, pra que funcione de uma forma que possa receber, independente da situação daquele paciente, daquele indivíduo, daquela pessoa que ta utilizando o serviço, deve haver o cuidado que seja integral [...] (Entrevistada 5, 10º semestre).

É exatamente na produção de um território comum que possibilite o encontro por meio de um diálogo no qual exista uma escuta qualificada para além do corpo biológico que o cuidado integral surge, consistindo-se na forma como os profissionais de saúde interagem com quem está necessitando do atendimento e como eles respondem a essas necessidades. Não é incomum a relação entre integralidade e totalidade, sobretudo no meio acadêmico, relação essa que banaliza o uso dessa expressão, uma vez que esta, de acordo com Oliveira e Cutolo (2012) não significa totalidade, principalmente porque dificilmente os anseios e necessidades do indivíduo serão saciados na sua totalidade. Essa conceituação que relaciona cuidado integral e totalidade pode ser observada no discurso das entrevistadas do 4º, 8º e 9º semestre.

Acho que a integralidade do cuidado seria justamente isso, envolver todos os aspectos, tanto no seu bem estar físico, no seu emocional, tudo isso assim, e na saúde é... Isso mesmo que eu falei de olhar o paciente como um todo (Entrevistada 3, 4º semestre)  
[...] Integralidade no caso seria um ser como um todo né um ser integral, social, psicológico, fisiológico, do ser humano. Então, um cuidado em saúde se pensa, pelo menos na nossa área, em o ser humano como um ser integral (Entrevistada 4, 8º semestre)  
[...] do ponto de vista da integralidade que é perceber a partir dessa totalidade né, não avaliar se tem um fator apenas [...] sair do modelo tradicional e pensar na integralidade em todas as nuances, todos os aspectos que interfere na saúde, na vivência nossa né enquanto indivíduo na sociedade, dos nossos pacientes que estarão é... Que necessitam dessa desse cuidado (Entrevistada 6, 9º semestre)

Entretanto, a integralidade não implica deixar de lado o conhecimento das doenças, mas sim a forma como esse conhecimento é utilizado sendo guiado por uma visão macro das necessidades dos sujeitos considerando questões determinantes do processo saúde-doença (OLIVEIRA;CUTOLO, 2012; CECCIM;FEUERWERKER, 2004), aspecto também relacionados nos discursos das entrevistadas do 4º e 8º semestre supracitados. Tal percepção de cuidado integral ficou evidente nas falas de outras entrevistadas, como no discurso da participante do 6º semestre.

Então cuidar é você ter noção da pessoa como um todo dentro das suas questões psicológicas, sociais, religiosas e tudo mais pra poder você ter ideia de que aquela pessoa é, enfim [...] às vezes a gente tem uma visão muito técnica né, fazer um curativo é fazer assim e assado, prescrever uma dieta é considerar dados antropométricos né, é as coisas que a gente aprende, mas na verdade é bem mais, além disso, coisas que a gente não aprende também fazem parte desse cuidado integral. Então, ver o sujeito como um todo é ver como ele é e não como eu acho que ele é ou como eu desejo que ele seja (entrevistada 8, 6º semestre)

Ao serem solicitadas que discorressem sobre o significado do cuidado integral, as entrevistadas 2, 5 e 9, referiram que esse cuidado está vinculado ao multiprofissionalismo, a uma equipe multiprofissional em sincronizada e em equilíbrio, de forma que as diversas profissões de saúde estejam juntas em prol de um indivíduo cujo necessita de cuidado. Entretanto, para Merhy e Ceccim (sd), na construção do

encontro produtor de cuidado, as diferentes formas de cada saber, sobretudo quando inseridas em profissões em oposição, negam a humanização e tornam inviável a integralidade. Trazendo novamente em questão, como já citado anteriormente, que não se deve confundir a particularização relacionada com a especialização com a singularização do cuidado, pois se assim for à atenção permanecerá centrada na doença ou no corpo de órgãos e não no indivíduo e sua vida.

[...] Eu creio que é assim, é vários, como é que eu falo, várias profissões, várias formas de se, juntas para atuar em objetivo para aquele cuidado, por exemplo a integralidade do cuidado em saúde, por exemplo seria o que? Várias profissões, vários meios de cuidar daquele problema de saúde ou de cuidar daquele paciente, então várias coisas juntas pra integrar [...] (Entrevistada 9, 3º semestre).

[...] então tem que haver uma integralidade, eu acho que multiprofissional né? [...] (Entrevistada 5, 10º semestre).

[...] essa integralidade do cuidado ela deve estar vinculada a questão dos fatores dos multiprofissionais, na verdade equipe multiprofissional deve estar toda sincronizada e harmonizada para que se consiga essa integralidade do cuidado [...] (Entrevistada 2, 7º semestre).

Em consonância com a fala da entrevistada do 6º semestre, Ayres (2004) diz que o cuidado em saúde nas suas dimensões ontológico-existenciais (conotação existencial do cuidado) considera e participa de projetos humanos de vida, afirmando que os profissionais de saúde não indagam esses projetos de felicidade muito menos fazem parte ativamente da construção dos mesmos.

[...] eu penso que produzir cuidado é produzir felicidade, é produzir saúde, é produzir um ambiente feliz, não é só um ambiente interno, externo também [...] (Entrevistada 8, 6º semestre).

De acordo com Franco e Franco (sd), o cuidado humanizado também pode ser considerado como campo solidário, humanizado de relações, no qual ocorrem fluxos de afetos entre os envolvidos no processo, de forma com que o usuário se sinta protegido, assim como disse a sétima entrevistada (1º semestre). Interessante ressaltar na fala abaixo a relação entre as palavras cuidado e afeto além de dedicação e empatia que estão imbricadas nas entrelinhas da fala, o que nos remete a pensar o cuidado com aspecto de sensibilidade,

Eu acho que cuidado é... Uma palavra pra mim que é muito parecida com afeto, o afeto que você tem com aquela pessoa, o cuidado é que você se preza por aquela pessoa, o que você se dispõe a fazer por aquela pessoa, [...] você se impõe a cuidar daquilo, a manter aquilo, a preservar aquilo, o bem daquilo na verdade (Entrevistada 7, 1º semestre).

Fica claro ao visualizar as entrevistas dos participantes desse estudo a linha tênue entre os significados do cuidado e de humanização, muitas vezes se confundindo entre um discurso e outro, isso porque pode-se afirmar que por intermédio do cuidado as ações se humanizam. Na literatura as discussões desses termos também apresentam os mesmos elementos teóricos e muitas vezes são tratados como sinônimos ou como complementares, assim como foram tratados por algumas das entrevistadas dessa pesquisa notando-se que em algumas falas o cuidado é tido como uma ação que deve ser humanizada e em outras que a humanização deve conter o cuidado.

Eu acho que não se faz humanização sem produção do cuidado, bem como uma produção do cuidar ou do cuidado sem a humanização, ambas caminham lado a lado [...] (Entrevistada 2, 7º semestre).

Humanização é justamente o cuidar, então quando você humaniza, quando você tem humanização é o processo justamente de cuidar (Entrevistado 4, 8º semestre).

[...] porque o cuidado ele é a principal fonte para poder ter a humanização (Entrevistada 10, 2º semestre).

## Universidade e Humanização

Humanizar pode ser considerado como o ato de afirmar o humano na ação, ação cuja deve ser fundamentada no respeito e valorização da pessoa humana, sendo assim, humanizar pode significar cuidado, uma vez que apenas o ser humano possui a capacidade

de cuidar de forma integral, conjugando os componentes racionais e sensíveis concomitantemente (MOTA et al., 2012; WALDOW; BORGES, 2011), conceituação visualizada no discurso da oitava entrevistada.

Quando a gente fala de humanização na saúde a gente fala em primeiro lugar do cuidado, se você não cuida você não é humano e como é que você vai aprender a cuidar se você não é humano? (Entrevistada 8, 6º semestre).

É relevante ressaltar o conceito de saúde visto de maneira ampliada, não mais como ausência de doença, expandindo saúde para além dos muros de um hospital. Entretanto ainda observa-se o direcionamento das questões de humanização em saúde para a área clínica, o que podemos constatar nas entrevistas desse estudo nas quais as participantes, na maioria das vezes, utilizaram termos que remetem à área, sendo fundamental pontuar que os serviços de saúde não se limitam a clínica, tendo como exemplo o próprio profissional nutricionista cujo também trabalha com saúde no momento em que gerencia uma unidade de alimentação e nutrição, seja em um ambiente hospitalar ou comercial, em ambos os lugares ele produz saúde e por isso deve apresentar atitudes humanizadas também.

É juntamente isso que eu lhe falei da gente se despir de tudo que a gente aprende aqui dentro e enxergar o paciente, porque, vou voltar a repetir a situação, mas a gente lida com diversos públicos e a nutrição ela é extremamente negligenciada em relação a ter uma, como eu posso dizer, uma dinâmica com o paciente [...] (Entrevistada 1, 5º semestre).  
[...] as consequências são extremamente positivas e benéficas porque elas vão trazer justamente o resgate daquela relação entre profissional e paciente [...] (Entrevistada 2, 7º semestre).

Na tentativa de transformar as ações do trabalho no âmbito da saúde, incorporando a humanização, integralidade e a produção do cuidado nessas ações, iniciativas públicas vêm sendo tomadas sendo criadas programas e políticas tendo o tema como foco. No ano de 2000, a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi instituída tendo em vista a necessidade de agregar nas ações técnicas e científicas atos éticos com compromisso e respeito às necessidades dos indivíduos e profissionais, de tal forma a aceitar os limites de cada um, tendo como foco a promoção de uma nova cultura de atendimento à saúde (DESLANDES, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). A PNHAH então foi revista no ano de 2003, quando foi lançada a Política Nacional de Humanização, Humaniza SUS, cuja amplia a humanização trazendo como fundamentos a inseparabilidade entre atenção e gestão além da transversalidade, entendendo que é a partir da transformação da forma como os sujeitos se relacionam que as práticas de saúde são alteradas, trazendo a tentativa de mudança do modo de se produzir o cuidado em saúde na cotidianidade do seu acontecimento, devendo a humanização ser aplicada nos diversos serviços de saúde operando em toda rede do SUS (BARBOSA et al., 2013; BENEVIDES; PASSOS, 2005; MERHY; CECCIM, sd).

Um dos objetivos da PNH é a incorporação das diretrizes da humanização na formação dos profissionais de saúde (documento PNH; MOTA et al., 2012). Para atender as necessidades das mudanças da contemporaneidade no âmbito da saúde, em 2001 foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que possibilitam mudanças na formação de profissionais de saúde na graduação, no qual tem como objetivo “garantir a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades” (referência do documento das diretrizes curriculares), uma vez que, a universidade constitui-se como uma instituição responsável pelo processo de humanização que possibilita a inserção do indivíduo na sociedade, se apresentando como uma organização com papel fundamental para uma formação humanizada (CASETE; CORRÊA, 2012) devendo, portanto, a humanização estar inserida nas vivências e discussões dentro dos cursos da área. No entanto a participação do tema humanização e

da própria PNH no ensino superior ainda é quase nula (MATOS, 2012), como se pode identificar quando nesse estudo as participantes relatam não lembrar ou não ter conhecimento acerca da PNH, ou mesmo que seu conhecimento se deu por buscas próprias fora da universidade.

[...] não tenho muito conhecimento sobre Humaniza SUS [...] mas eu acho que eu não sentiria hoje uma firmeza para falar de algo que eu não tenho conhecimento, que eu não sou aprofundada [...]. (Entrevistada 1, 5º semestre).

Eu não conheço o programa Humaniza SUS e eu não tinha ouvido falar dele (Entrevistada 7, 1º semestre).

[...] assim a questão do programa mesmo assim, o que é que ele fala, eu não tenho muito conhecimento não, mas eu creio que seja isso mesmo de tentar humanizar mais o SUS né? (entrevistada 9, 3º semestre).

Não sei se caberia aqui explicar, mas eu sinto assim que meu conhecimento assim da área do programa humanização ele se deu muito mais por buscas fora da instituição, a partir de outras relações, do que necessariamente num componente curricular [...] (Entrevistada 6, 9º semestre).

Para Mota et al. (2012) as mudanças no ensino em saúde não devem ser simplórias ou pontuais, devendo apresentar abordagens pedagógicas progressivas de ensino-aprendizagem. Entretanto, nas falas de outras entrevistadas, a humanização e o humaniza SUS foram citados como sendo abordados dentro da universidade de forma pontual, falha e superficial, como podemos observar nos relatos das entrevistadas do sétimo, oitavo e décimo semestre.

Quando entrei aqui na universidade eu vi poucas vezes bem pontualmente alguns professores citarem ou falarem sobre Humaniza SUS [...] (Entrevistada 2, 7º semestre)

[...] então, só foram pontuais, discussões pontuais [...] o tema é somente falado em uma determinada disciplina, mas não discutido em um contexto geral dentre os discentes da universidade (Entrevistado 4, 8º semestre).

Dentro da universidade essa discussão ela ainda é falha, ela é muito... Ela é pouca né? Não existe ainda, eu não vejo uma discussão muito fervorosa dentro da universidade e é um programa extremamente importante, extremamente importante, que ele parte do princípio até onde eu sei, da humanização né? Da saúde, principalmente no sistema único de saúde, que deveria ser um exemplo né, para outras partes do mundo (Entrevistada 5, 10º semestre)

A educação tem sofrido modificações tendo em vista a transformação do modelo de atenção em saúde cujo não deve se deter a formação técnica, mecanicista, mas sim a formação de profissionais que tenha conhecimento e prática acerca da humanização e da qualidade dessa atenção, e para isso foi elaborada as Diretrizes curriculares nacionais (DCN) para os cursos de graduação (CARVALHO et al, 2015).

Entretanto mesmo com as DCN embasando a formação acadêmica na área de saúde, muitas vezes, essa formação ainda se encontra pautada em questões tecnicistas e mecanicistas, onde questões quantitativas são tidas com maior relevância, como no relato da pesquisadora ao analisar a sua formação já no campo de estágio quanto às questões do cuidado e humanização ao descrever uma cena em que no momento da sua avaliação o que foi considerado foi o horário em que ela entregou a evolução, se todas as reavaliações foram realizadas e a sua conduta prescrita, e não a forma como conduziu o atendimento. Corroborando com o relato anteriormente descrito, as entrevistadas 4 e 5 relatam que em clínica o tema produção do cuidado e humanização não são abordados e a formação permanece mecanicista focada no quantitativo.

[...] na teoria, na teoria, na prática, na vivência prática que a gente tem e que a gente passa na universidade a gente infelizmente ainda o que contabiliza é quantitativo, é a quantidade de pacientes que você atende, é a quantidade de dietas que você fez. Dentro do curso de nutrição hoje o que vale é a quantidade, infelizmente não é a qualidade do atendimento, é a quantidade que você fez (Entrevistada 5, 10º semestre).

[...] disciplinas de clínica não se fala de saúde pública, não se fala no olhar do cuidado, somente a parte clínica [...] No decorrer do curso, somente clínica, o paciente, o indivíduo é aquele que só tem uma patologia, a gente tem que calcular uma dieta com determinadas quantidade de nutrientes, calorias e não se pensa muito ou não se é falado muito na questão do processo do cuidado ali da parte social e familiar (Entrevistada 4, 8º semestre)



A sexta e oitava entrevistadas, nono e sexto semestre respectivamente, descreveram a importância da humanização e da PNH fundamentada no respeito ao outro e pelo limite de outrem, além da oitava entrevistada conferir à política um papel de informante aos usuários dos seus direitos, ideia compartilhada com os autores Benevides e Passos (2005) que citam que a política tem também por finalidade estimular o protagonismo dos atores do sistema de saúde seja pelo controle social ou pelo fomento ao mecanismo de cogestão, além de ter o compromisso com os direitos dos cidadãos em destaque o respeito às questões de gêneros, etnias, raça, sexualidade, entre outros.

[...] O Humaniza SUS veio para dizer “olha, até aqui tá bom, o limite é esse e você não pode ir além” e isso na verdade é muito mais pra o sujeito que está sob o cuidado do profissional do que para o profissional porque o sujeito é que está sendo informado dos direitos que ele tem. Eu gostei da estratégia por trazer a luz para as pessoas que são usuárias do sistema único de saúde os direitos que elas têm [...] (Entrevistada 8, 6º semestre).

[...] então uma humanização que esteja também acompanhada de respeito à outra pessoa pensando que quem está à frente, o cuidado né de quem está a sua frente, de ser humanizado é porque essa pessoa não é um ser solto no mundo, essa pessoa é o amor de outro alguém [...] (Entrevistada 6, 9º semestre).

A entrevistada 3 refere que um dos grandes desafios para a prática da humanização é a falta de interesse dos alunos ou professores pelo tema, desafio o qual foi citado por Mota et al (2012) apud Rios (2009) quando afirma que disciplinas de humanidades médicas são consideradas desinteressantes e dispensáveis.

[...] De nós de quanto alunos, eu acho que essas disciplinas que envolvem mais essa parte de humanas, que são conteúdos assim mais textuais, menos práticas, falta mais interesse dos alunos assim... Pra é... Prestarem atenção no assunto e poderem de fato absorver a matéria eu acho eu falta mais interesse das pessoas [...] (Entrevistada 3, 4º semestre).

A formação dos docentes foi tida nesse estudo como um dos grandes desafios para a prática da humanização e do cuidado em saúde, sendo essa questão relacionada com a permanência de uma formação voltada para o modelo biomédico de atenção a saúde, como no discurso das entrevistadas abaixo. De acordo com Carvalho et al., (2015), o modelo “desumanizante” da formação em saúde se desenvolve exatamente quando o modelo biomédico é tido como base reduzindo os usuários a objetos da própria técnica.

Mas o que eu percebo que tem uma deficiência dos professores que eu acredito que na formação deles tiveram esse conceito não concretizado, não enraizado e que na prática deles enquanto professores eles não conseguem transmitir isso com a clareza que se precisaria ter para transmitir para seus alunos, e essa transmissão vai se passando de uma maneira ruim porque assim, se o professor tem essa deficiência consequentemente no ensino dele, na aula dele, ele vai acabar refletindo isso e consequentemente os seus alunos não vão dar tanta importância a isso porque ele não vai transmitir com a importância que se deveria dar a isso, e eu não culpo os alunos e nem culpo os professores, a educação brasileira tem essas deficiências que acaba prejudicando muito. (Entrevistada 2, 7º semestre)

Eu acho que hoje nossa formação ela acaba sendo ainda um pouco medicalizada. Não existe essa palavra, mas um pouco dietalizada, não sei... Relacionada muito com dieta [...] (Entrevistada 5, 10º semestre)

Observando o discurso sobreposto e o da sexta entrevistada, se faz necessário refletir a respeito da necessidade da educação permanente para os profissionais de saúde, não somente para aqueles que atuam na prática profissional, mas também para quem lecionam, uma vez que, como já dito anteriormente a universidade tem papel de contribuir com a formação de profissionais humanizados e apresentar um corpo docente humanizado e capacitado para tal é fundamental, sendo assim integrar a PNH à Política Nacional de Educação Permanente em saúde seria uma alternativa para potencializá-la (RODRIGUES et al, 2015)

Então o desafio é muito esse assim [...] nossos docentes estejam capacitados de fato para entender a humanização desde o processo formativo, desde a forma de avaliar esses estudantes, desde a maneira de estimular mesmo essa reflexão pra o cuidado [...] pela própria falta de propriedade

sobre o tema e falta gerar também nesses estudantes plantar uma sementinha mesmo de necessidade de cuidado, necessidade de estar humanizado e acompanhando que a política ela preconiza né. Então acho que o desafio realmente está no nosso corpo docente e está na dificuldade do corpo docente de sensibilizar esses estudantes, a maioria né, para algo porque eles são agentes que influenciam muito assim, no que seguir, lidar e perceber as coisas (Entrevistada 6, 9º semestre)

## CONCLUSÃO

De modo geral as discentes apresentaram uma base conceitual ampliada a acerca do tema proposto, tendo a percepção do significado do cuidado, integralidade e humanização sendo como ato singular que ultrapassa o corpo biológico, devendo ter como base as tecnologias leves e fazer parte de todos os momentos e etapas dos serviços de saúde, sendo integral por considerar o indivíduo como um todo por uma equipe multiprofissional, tendo o vínculo, o acolhimento, o afeto e a escuta papel importante com consequências positivas inclusive no tratamento do indivíduo, de forma a se produzir felicidade, além do fato de o quanto cuidado e humanização são interligados.

A universidade tem abordado o tema de forma pontual e permanece com uma formação baseada no tecnicismo, portanto não cumprindo seu papel de formação de profissionais humanizados como proposto pela DCN para dos cursos de saúde.

Conclui-se que, embora a universidade deva apresentar-se como uma das principais responsáveis pela formação de profissionais humanizados como proposto pela DCN para os cursos de saúde, esse estudo demonstrou por meio dos discursos que a universidade tem abordado o tema em questão de forma pontual permanecendo com uma formação baseada no tecnicismo, dessa forma não cumprindo com seu papel para que o fazer saúde se modifique e caminhe convergindo com o proposto pela PNH e concomitantemente pelo SUS. Entretanto, as participantes atribuíram a formação dos docentes e a ausência de interesse dos alunos e professores para com o tema, um dos desafios para a prática da humanização em saúde.

Importante ressaltar a relevância do conteúdo abordado nesse estudo para a área da nutrição, visto que, se tratando de uma ciência que tem como elemento de trabalho o alimento e considerando a alimentação como uma ação que não se limita ao ato de consumir comida, mas que envolve inúmeras questões da vida do indivíduo apresentando-se com caráter íntimo com os mesmos, é fundamental que o cuidado humanizado seja à base de qualquer atitude que envolva a nutrição, não somente na clínica como comumente se é pensado e foi exemplificado nos discursos dessa pesquisa, mas em todas as áreas dessa ciência.

A ausência de estudos que tratem do tema com alunos de nutrição foi um fator limitante da pesquisa, ficando como reflexão a questão da limitação da abordagem para os cursos de medicina, enfermagem e odontologia como ditos e visto em grande número de estudos que abordam o tema. Lembrando que a necessidade de mais estudos sobre produção do cuidado e humanização em saúde se faz necessário, visto que o presente estudo não extrapola o tema.

## REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface: Comunicação, saúde, educação. Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003-fev, 2004.
- BARBOSA, G. C.; et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, n. 1, p:123-127, 2013.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 19, n. 17, p. 389-406, 2005.
- BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. 2001.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Projetos, programas e relatórios. Brasília, n. 20, 2001.
- CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.
- CARVALHO, V. L.; et al. Humanização: percepção dos discentes do curso de fisioterapia. Revista de enfermagem UFPE, v. 9, n. 6, p. 8187-8193, 2015.
- CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. Rev Esc Enferm USP. São Paulo, v. 46, n. 1, p. 219-226, 2012.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p:1400-10, 2004.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência e Saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: Uma proposta de organização da rede de saúde. [200-?]. Disponível em: < [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/aceso-rapido/formacaotecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo\\_a\\_passo\\_linha\\_de\\_cuidado.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/aceso-rapido/formacaotecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf) >
- MERHY, E. E. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e Perspicácias. Lugar Comum, n. 27, p:281-306, 2008.
- MERHY, E. E.; CECCIM, R. B. A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização. Interface- Comunicação, saúde, educação. [200-?]. Niterói: UFF.
- MOTA, G. M.; et al. A percepção dos estudantes de graduação sobre a atuação do “doutor palhaço” em um hospital universitário. Revista Brasileira de Promoção à Saúde, v. 25 (2supl), p. 25-32, 2012.
- OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Humanização como expressão de integralidade. O mundo da saúde, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 502-506, 2012.
- PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. Mental, ano XI. Barbacena MG, n. 17, p. 523-536, 2011.
- ROCHA, D.; CARVALHO, R. Humanização da assistência: o que pensam os estudantes de enfermagem? Einstein. São Paulo, v. 5, n. 4, p. 315-20, 2007.
- RODRIGUES, M. P.; et al. Humanização: Fragilidades, desafios e fortalezas em uma escola de odontologia. Revista espaço para a saúde. Londrina, v. 16, n. 3, p. 27-38, 2015.
- SOUZA, L. A. de P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na política nacional de humanização (PNH). Interface- Comunicação, saúde, educação. Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 681-8, 2009.
- TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. Ciência e Saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.
- WALDOW, V. G.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. Acta Paul Enferm. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.