

**UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI**

**Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde**

**Karla Jaciara Vieira Damaceno Abreu**

**AVALIAÇÃO DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM SOB O ENFOQUE DA  
HUMANIZAÇÃO**

**Diamantina-MG**

**2016**



**Karla Jaciara Vieira Damaceno Abreu**

**AVALIAÇÃO DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM SOB O ENFOQUE DA  
HUMANIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Eduardo Rodrigues

**Diamantina-MG**

**2016**

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM  
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

A162a	<p>Abreu, Karla Jaciara Vieira Damaceno</p> <p>Avaliação do curso técnico em enfermagem sob o enfoque da humanização / Karla Jaciara Vieira Damaceno Abreu. – Diamantina, 2016. 147 p. : il.</p> <p>Orientador: Cláudio Eduardo Rodrigues</p> <p>Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.</p> <p>1. Educação Profissional. 2. Saúde. 3. Humanização. 4. Projeto Político Pedagógico. I. Título. II. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.</p> <p style="text-align: right;"><b>CDD 610.73</b></p>
-------	---

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**Karla Jaciara Vieira Damaceno Abreu**

**AVALIAÇÃO DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM SOB O  
ENFOQUE DA HUMANIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde, nível de Mestrado, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Eduardo Rodrigues  
Data da aprovação: 15/04/2016

Prof<sup>o</sup>. Me. Leonardo Aparecida Soares – SEE/MG

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Liliane da Consolação Campos Ribeiro – UFVJM

Prof<sup>o</sup>. Dr. Cláudio Eduardo Rodrigues – UFVJM

**Diamantina**



Dedico este trabalho

A minha mãe Afonsina e a memória do meu pai Mário Norival, cujo exemplo de amor, alegria, dedicação e princípios foram essenciais para a minha formação humana.

Ao meu esposo Alisson Abreu, sem o seu amor e cumplicidade este trabalho não seria possível e tão pouco teria sentido.





## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tornar tudo possível no tempo e na medida certa. Pela certeza do Seu amor e da sua misericórdia. A Nossa Senhora pela intercessão, amparo e proteção.

Ao Professor Dr. Cláudio Eduardo Rodrigues, pela orientação sensível e humana. Pela dedicação, paciência, pelo conhecimento compartilhado e pela amizade construída. A você, meu reconhecimento e gratidão!

A minha mãe, exemplo de força e determinação, pelo amor incondicional. Por sempre me ensinar a importância do estudo e incentivar a minha formação humana e profissional. Obrigada por todos os sacrifícios para tornar os meus dias melhores e mais felizes.

A memória do meu pai, saudade que sempre me acompanha. Pela lembrança do seu sorriso que me fortalece e encoraja. Pela certeza do seu orgulho com a conquista do título de Mestre.

Ao meu esposo Alisson Abreu, pelo companheirismo, compreensão, incentivo e amor. Obrigada por suportar as minhas ausências, por me ajudar a reconhecer os meus limites e por se dedicar com tanto afinho a mim e a realização dos meus sonhos e projetos.

Aos meus irmãos Ramon e Vinícius, pela prontidão, cuidado e amor. A minha cunhada e aos meus primos/irmãos pelos momentos de alegria, pela torcida e amor. Em especial, a minha prima/irmã Renata Fiúza, por me apresentar o curso de Mestrado Ensino em Saúde, incentivar o meu ingresso e pela força nos momentos de fraqueza.

A minha afilhada Sofia e aos meus sobrinhos Ulisses, Cecília, Felipe e Gabriel por tornar os meus dias mais leves e felizes e me instigarem a tornar o mundo melhor.

A amiga Haline Ornelas pelo convívio, incentivo e parceria durante as incansáveis viagens à Diamantina e aulas do Curso de Mestrado. Pela amizade, generosidade, contribuições e conhecimento compartilhado.

As professoras, equipe técnica e pedagógica do curso Técnico em Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária, pelo convívio harmonioso e compartilhamento de saberes. Em especial agradeço a Amanda Pedrosa e Ivy Daniela pela ajuda dispensada a realização deste trabalho.

A Pró-Reitora de Pesquisa do Instituto Federal do Norte de Minas e ao câmpus Januária, pelo incentivo e apoio em todas as fases do meu curso.

Aos professores e colegas do mestrado em Ensino em Saúde por compartilhar seus conhecimentos e pela convivência harmoniosa. Em especial a Marta Dias e Fernanda Marques, amigas, pelo companheirismo, conhecimento compartilhado e disposição em ajudar.

A toda a minha família e amigos, em especial Dílson, Cida, Alexandra, Dayse, Fábio, Geovana e Thyago por fazerem parte da minha vida de forma tão intensa.

Aos Professores da banca examinadora, pelo tempo dedicado à apreciação do meu trabalho.

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram com essa pesquisa ou torceram por mim.

*É enfrentando as dificuldades que você fica forte,  
É superando seus limites que você cresce,  
É resolvendo problemas que você desenvolve a  
maturidade,  
É desafiando o perigo que você descobre a coragem.  
Arrisque e descobrirá como as pessoas crescem  
quando exigem mais de si próprias.*

Roberto Shinyashik



## RESUMO

A inserção de práticas humanizadas, a superação do tecnicismo especializado nos processos de gestão dos serviços, de cuidado e atenção à saúde têm se configurado como grandes desafios para a formação profissional em saúde. Nesse sentido, se faz necessária a avaliação e reflexão sobre os modos pelas quais a formação desses profissionais vem ocorrendo no Brasil a partir da perspectiva do fortalecimento da relação entre o serviço e ensino, e a formação com base nas necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido no Brasil. Esta Dissertação teve como objetivo analisar a articulação do projeto político pedagógico do curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG) – Câmpus Januária, com a Humanização da assistência à saúde. Para tanto, o presente estudo foi exploratório, descritivo, de enfoque qualitativo, adotando o delineamento de pesquisa bibliográfica e documental. Estudou-se o Projeto Político Pedagógico (PPP), Matriz Curricular, Planos de Ensino e questionário sobre o Ensino da Humanização no curso Técnico em Enfermagem do IFNMG, verificando a existência de temas pertinentes à humanização e as estratégias pedagógicas usadas pelos docentes para contemplar a temática Humanização. O referencial teórico versou sobre os temas: Educação Profissional no Brasil, Processo de Desenvolvimento da Profissão de Enfermagem no Brasil e Humanização no Contexto da Formação Profissional em Saúde. Pela análise dos documentos, ao analisar a dimensão política, observa-se que o curso Técnico em Enfermagem do IFNMG apresenta intenção em formar trabalhadores que valorizem as relações humanas e preocupa-se com a formação cidadã do indivíduo. Sendo assim, se insere na proposta da Política Nacional de Humanização. Ao estudar a dimensão pedagógica, observou-se que a temática humanização é pouco abordada nas ementas das disciplinas e que há dificuldade em promover a integração ensino/serviço/comunidade. Verificou-se que a temática humanização está restrita a disciplinas isoladas ao longo do curso e não permeia toda a formação profissional. A temática humanização encontra-se em um campo bem mais teórico do que realmente aplicado. Inferiu-se que a prática não condiz com a teoria e não se articula com a proposta da Política Nacional de Humanização. Diante do que foi exposto, a pesquisa realizada, leva a perceber que a discussão e inserção da humanização nos espaços de formação em saúde fazem-se necessárias para criar espaços de trabalho menos alienantes e reafirmar os princípios do SUS.

Palavras Chave: Educação Profissional. Saúde. Humanização. Projeto Político Pedagógico.



## ABSTRACT

Implementing humanized nursing care and overcoming the use of sophisticated techniques in service management processes, care, and health care are characterized as major challenges for professional training in health. Therefore, it is necessary to evaluate and reflect on how their training happens in Brazil from the perspective of the strengthening of the relationship between service and education, and the needs of the Unified Health System (SUS), which is established in that country. The purpose of this thesis is to analyze the relationship between the political pedagogical project of the Nursing Technician Course at Federal Institute of Science and Technology Northern Minas Gerais (IFNMG) – Januária campus, and the humanization of health care. Therefore, this study has an exploratory, descriptive and qualitative approach, and adopts the design of bibliographic and documentary research. The Pedagogical Political Project, course outlines, and questionnaires about the teaching of humanization on the IFNMG Nursing Technician course were studied in order to identify subject matters to humanization and pedagogical strategies used by teachers that are related to the theme humanization. The literature review revolved around the subjects: professional education in Brazil, development process of Nursing profession in Brazil, and humanization in health care professional education. By analyzing the documents, from the political view, it is possible to observe that the IFNMG Nursing Technician course intends to train professionals who value human relationships and care about their clients as an individual inserted in a society. This being the case, it is included in the proposal of the National Humanization Policy. The analysis of the pedagogical aspect shows that the theme humanization is rarely addressed in their programs, and it is hard to integrate service, community, and education. This theme is restricted to subjects along the course, but do not appear in the whole program. In addition, it is a much more theoretical than actually an applied field. The survey shows that practice is not consistent with the theory, so it does not meet the requirements of the National Humanization Policy. This being the case, the research concludes that it is necessary to discuss and insert the subject humanization into professional education programs in health care in order to create more realistic work places and reaffirm the principles of SUS.

Keywords: Professional Education. Health. Humanization of assistance. Pedagogical Political Project.





## LISTA DE SIGLAS

ABED	Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEB	Câmara de Educação Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEFET	Centro Federal de Educação Tecnológica
CEFOR	Centros Formadores de Pessoal de Nível Médio
CEPE	Câmara de Ensino Pesquisa e Extensão
CF	Constituição Federal
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONSEPE	Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão
DCNEPTNM	Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EAF	Escola Agrotécnica Federal de Salinas
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ETSUS	Escolas Técnicas do SUS
EUA	Estados Unidos da América
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FIC	Formação Inicial e Continuada
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GD	Grupo de discussão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IF	Instituto Federal
IFNMG	Instituto Federal do Norte de Minas Gerais
IFET	Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia
JK	Juscelino Kubitschek
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e da Cultura
MS	Ministério da Saúde
NAD	Núcleos de Apoio Docente
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PDE	Plano de Desenvolvimento da Educação
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIDS	Programa Institucional de Desenvolvimento dos Servidores
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa de Humanização da Assistência Hospitalar
PNSAH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PPP	Projeto Político Pedagógico
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROEJA	Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos
PROEP	Programa de Expansão da Educação Profissional
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFAPS	Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PROUNIC	Programa de Unificação de Cursos
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UFVJM	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
UNED	Unidade de Ensino Descentralizada
USP	Universidade de São Paulo
UTFPR	Universidade Tecnológica Federal do Paraná
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO GERAL</b> .....	17
	<b>CAPÍTULO 1- Histórico da Educação Profissional no Brasil</b>	27
1.1	O Instituto Federal do Norte de Minas Gerais e sua inserção local ..	40
	<b>CAPÍTULO 2- Educação Profissional Técnica em Saúde</b>	43
2.1	Processo de desenvolvimento da profissão de Enfermagem no Brasil, anterior ao século XIX .....	43
2.2	Florence Nightingale – profissionalização da Enfermagem no Brasil	44
2.2.1	A formação e o ensino na Enfermagem pós LBD/1961 .....	53
2.2.2	A formação e o ensino na Enfermagem pós LBD/1996 .....	61
	<b>CAPÍTULO 3- Humanização no Contexto da Formação Profissional em Saúde.</b>	67
3.1	O SUS e as propostas de mudança do modelo de atenção à saúde .....	67
3.2	Humanização da Saúde e Política Nacional de Humanização .....	70
3.3	Humanização da assistência à saúde no contexto da formação profissional em saúde .....	76
	<b>CAPÍTULO 4- Apresentação do Curso Técnico de Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária, sob o enfoque da Humanização</b>	81
4.1	O câmpus Januária do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais ...	81
4.2	Organização curricular no ensino profissional técnico de nível médio em Enfermagem do IFNMG - câmpus Januária-MG .....	83
4.3	O Projeto Político Pedagógico do curso Técnico de Nível Médio de Enfermagem do IFNMG e a Humanização da Assistência à Saúde ...	85
4.3.1	Dimensão Política e a Humanização da Assistência à Saúde .....	85
4.3.2	Dimensão Pedagógica e a Humanização da Assistência à Saúde .....	91
4.3.3	Análise dos Planos de Ensino das disciplinas do curso, sob a ótica da humanização da assistência à saúde .....	100
4.3.4	Carga horária .....	103
4.3.5	Apresentação do Estágio Curricular do curso Técnico de Enfermagem do IFNMG .....	105
4.3.6	Ensino da Humanização na perspectiva docente .....	106
4.3.7	Perfil docente .....	107
4.3.8	Conhecimento sobre a temática Humanização .....	109
4.3.9	Estratégias pedagógicas e Humanização .....	110
4.3.10	Ensino da Humanização .....	113
2.	<b>CONCLUSÃO</b> .....	117
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	121
	<b>ANEXOS</b> .....	135



## 1 INTRODUÇÃO GERAL

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, foi um importante marco para a história da saúde pública brasileira, instituindo um modelo de saúde que expressa transformações profundas no processo de democracia e cidadania do povo brasileiro. A partir de então, evidencia-se a necessidade de transformar o modelo assistencial curativo, centrado na figura do médico, fragmentado e verticalizado que sempre vigorou no Brasil.

Segundo Martins (2001), tanto o aprendizado quanto a prática profissional em saúde requerem além de conhecimentos práticos, advindos das ciências biológicas, os conhecimentos sobre a natureza humana e o desenvolvimento de atitudes de valorização do homem.

Nesta perspectiva, a partir de agosto de 2003, o Ministério da Saúde propôs a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), uma política pública e transversal de humanização da/na saúde. A PNH propõe a humanização como eixo norteador das práticas de saúde em todas as instâncias do SUS (BRASIL, 2008a).

O documento da Política Nacional de Humanização esclarece a definição de Humanização: “aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (BRASIL, 2004a, p. 7).

A humanização passou a ser considerada elemento a ser alcançado e defendido pelo SUS para melhoria da qualidade da assistência. Operando com o princípio da transversalidade, a PNH propõe a articulação de ações, saberes e práticas para potencializar uma atenção integral (BRASIL, 2008a).

Assim, a humanização busca considerar os usuários<sup>1</sup> dos serviços de saúde como elementos significativos no processo de cuidar. Esse conjunto de normas e diretrizes políticas construídas pelo Ministério da Saúde buscam a aproximação entre quem cuida (profissionais) e quem é cuidado (os usuários do SUS).

---

<sup>1</sup> As pessoas que utilizam os serviços de saúde são, comumente, denominadas de paciente, cliente ou usuário. Na literatura não há consenso quanto a concepção dos referidos termos. Paciente, cliente e usuário são expressões que possuem raízes e semântica diversas, contudo, são usadas como sinônimos. Nesta dissertação a autora decidiu utilizar o termo usuário para se referir a pessoa que utiliza o serviço de saúde. Visto que, considera o termo usuário mais amplo, acredita que confere mais autonomia ao sujeito e ultrapassa a concepção de passividade relacionada ao termo paciente e a ideia mercadológica atribuída ao termo cliente.

Deve-se considerar que o conceito de humanização no campo da saúde é recente e pode ser objeto de várias interpretações (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Entretanto, é consenso entre os autores abordados neste estudo que a questão central é o sujeito, a pessoa que busca pelo serviço de saúde, caracterizando uma assistência humanizada como aquela que é personalizada (ALMEIDA, 2007).

Portanto, nesta dissertação, o termo humanização na assistência à saúde foi orientado pela definição do Ministério da Saúde (MS), a qual se baseia na “construção/ativação de atitudes ética-estética-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde” (BRASIL, 2004a, p. 8). Coerente com esta definição, Vaitzman e Andrade (2005) afirmam que o centro do conceito de humanização é a dignidade e o respeito à vida humana, enfatizando a dimensão ética na relação entre usuários e profissionais de saúde.

Trata-se, então, de redefinir estratégias comprometidas com a qualidade de vida da coletividade. Sendo este o sentido, o Ministério da Saúde sugere a inclusão da Política Nacional de Humanização (PNH) nos cursos de graduação, pós-graduação e extensão relacionados à saúde do território nacional (BRASIL, 2004a).

A formação dos profissionais de saúde deve contemplar as reais demandas e necessidades de saúde da população. Para tanto, é indispensável que os setores da educação e da saúde estabeleçam uma estreita e permanente parceria interinstitucional.

Levando em conta a PNH, torna-se imperativo o desenvolvimento de ações conjuntas e articuladas. Deve-se elaborar e construir uma proposta educacional que conjugue os conhecimentos produzidos e acumulados pela área da saúde e educação. É preciso que a proposta de formação profissional em saúde se insira “em um projeto mais amplo de sociedade, de história humana e de ação política” (FRIGOTTO, 1988, p.8).

Considerando as propostas da PNH, deve-se aprofundar a reflexão sobre os meios e os modos como a formação dos profissionais da saúde vem ocorrendo. Torna-se indispensável repensar o currículo de formação desses profissionais, refletindo que as lacunas presentes durante esse processo influenciarão diretamente na atuação de futuros profissionais.

Os conteúdos curriculares e as metodologias de ensino utilizadas na formação de trabalhadores da saúde devem permitir ao aluno desenvolver conhecimentos técnicos indispensáveis ao exercício profissional como, também, visão crítica em relação ao processo de trabalho e ao contexto social em que está inserido.

Desse modo, para discutir a prática do profissional de saúde é importante compreender a formação desses profissionais, o contexto histórico, político, econômico e social em que o ensino está inserido.

É preciso pensar uma formação profissional orientada para o trabalho – entendido como processo de humanização do homem - que objetive integrar conhecimentos gerais e específicos, habilidades teóricas e práticas, hábitos, atitudes e valores éticos (FILHO, 2004). Sendo assim, a elaboração de currículos integrados no campo da educação profissional é desenvolvida no sentido de aproximar a teoria da prática e de firmar efetivamente o papel estratégico da escola na ordenação da formação de recursos humanos para o SUS (CADERNOS RH SAÚDE, 2006).

Buscar formas efetivas para humanizar a prática em saúde implica em aproximação crítica que permita compreender a temática para além de seus componentes técnicos, instrumentais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido (CASATE; CORRÊA, 2005).

Entretanto, as escolas que formam profissionais da saúde valorizam pouco os conteúdos relacionados à humanização da assistência. Ao contrário do que propõe a PNH, há grande valorização dos conteúdos técnicos e relacionados exclusivamente aos aspectos biológicos do ser humano (BARAÚNA, 2003).

A interação com o outro é fundamental para estabelecer um cuidado humanizado. Logo, algumas ações dos trabalhadores expressam seu compromisso e sua responsabilidade, constituindo-se como fundamentais para organizar o fazer, de modo a promover um cuidado com mais qualidade.

Neste sentido, o objeto deste estudo é a humanização da assistência à saúde, direcionando-se também para o processo educativo, de formação dos trabalhadores de saúde, trabalhando a compreensão da humanização relacionada a um modo de perceber o usuário no contexto dos serviços de saúde, valorizando a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar.

O interesse pela temática da Humanização no curso Técnico em Enfermagem fundamenta-se porque, historicamente, no Brasil, a prestação de serviços na área da saúde tem privilegiado e supervalorizado a racionalização, a mecanização e a burocratização excessiva do cuidado. Esse contexto tem acentuado a alienação dos profissionais de saúde e o exercício de uma prática desumanizada, contrariando as atuais propostas de formação e atuação profissional em saúde.

A opção pela humanização da assistência justifica-se ainda, porque a pesquisadora é Enfermeira, tendo atuado em hospital público e, atualmente, é docente do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico do IFNMG, câmpus Januária, operando no curso Técnico em Enfermagem. A trajetória profissional da pesquisadora instigou o interesse pela temática da humanização.

Atuando como docente, a pesquisadora considera importante o currículo dos cursos técnicos de formação profissional em saúde para nortear a formação desses trabalhadores, baseado em um modelo de valorização das relações humanas e fortalecimento do SUS. Principalmente porque o IFNMG tem por missão:

Produzir, disseminar e aplicar o conhecimento tecnológico e acadêmico, para a formação cidadã, por meio do ensino, da pesquisa e da extensão, contribuindo para o progresso sócio econômico local, regional e nacional, na perspectiva do desenvolvimento sustentável e da integração com as demandas da sociedade e do setor produtivo. (BRASIL, 2013a, p.15).

Trata-se de um trabalho com relevância social, visto que, a motivação por esse estudo, reflete a preocupação da pesquisadora com a capacidade de impacto das profissões da saúde sobre a qualidade de vida das populações. Além de apresentar a importância do ensino como elemento potencializador de mudanças.

Considerando a importância do currículo dos cursos técnicos para nortear a formação profissional em saúde, o presente trabalho também se justifica pela possibilidade de promover reflexões sobre a formação técnica e humana na área da saúde. Visto que, estudos que contemplem a formação profissional técnica em enfermagem são escassos ou praticamente inexistentes (VIEIRA *et al.*, 2003). Além disso, os estudos na área da saúde, geralmente, priorizam os profissionais de nível superior, especificamente médicos e enfermeiros, com enfoque na dimensão técnica do trabalho e da educação, sugerindo uma adequação dos “recursos humanos” aos modelos de organização dos serviços de saúde (LIMA, 2010; SCHRAIBER; PEDUZZI, 1993).

Esta pesquisa, então, se faz importante porque o IFNMG – câmpus Januária, possui cursos na área da saúde, dentre eles, o curso Técnico em Enfermagem. Diante do que foi discutido anteriormente, deve-se reconhecer o papel da escola como um espaço social voltado à formação humana. Para tanto, é necessário considerar a humanização no ambiente de formação profissional, abordando-a de forma transversal, como temática imprescindível para formação de cidadãos críticos, reflexivos, éticos e comprometidos com a sociedade.

O Curso Técnico de Enfermagem do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais



– Câmpus Januária possui uma atuação voltada para a assistência técnica e tecnológica às organizações que atuam na área de saúde. Nesta perspectiva, o curso Técnico em Enfermagem do IFNMG deve “assumir o papel de estimular o desenvolvimento regional, difundindo tecnologias, formando técnicos em enfermagem criativos e comprometidos com o desenvolvimento social” (IFNMG, 2014, p.8).

No sentido de imprimir uma direção para a pesquisa, surge o seguinte questionamento: O currículo do curso Técnico em Enfermagem do IFNMG contempla o tema humanização da assistência na formação dos Técnicos em Enfermagem?

Diante do exposto, a presente dissertação tem por objetivo principal: analisar a articulação do projeto político pedagógico do curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG) – câmpus Januária, com a Humanização da assistência à saúde.

Para subsidiar o objetivo geral da pesquisa propõem-se os seguintes objetivos específicos:

- Averiguar a existência de temas referentes à Humanização da assistência à saúde no Projeto Político Pedagógico de 2014, Matriz Curricular, nas Ementas e nos Planos de Ensino das disciplinas do curso Técnico em Enfermagem do IFNMG do ano de 2015 e questionário Ensino da Humanização.
- Verificar como o projeto pedagógico de 2014, do Curso Técnico em Enfermagem se articula, em relação à Humanização da assistência à saúde.
- Verificar as metodologias adotadas pelos docentes do curso Técnico em Enfermagem ao abordarem a Humanização da assistência à saúde.

Este estudo foi iniciado após verificar que, conforme orienta o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c), as pesquisas que utilizam apenas dados de domínio público de acesso irrestrito que não identifiquem sujeitos, ou apenas revisão bibliográfica, sem envolvimento de seres humanos, não necessitam aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP. Logo, por se tratar de pesquisa com utilização de dados secundários, sem identificação dos sujeitos da pesquisa e sem contato direto com os mesmos, não houve necessidade de encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM.

Deve-se ressaltar que o projeto desta pesquisa foi apresentado a Diretoria de Ensino e coordenação do curso Técnico em Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária, com o objetivo de despertar o interesse da instituição pela pesquisa e facilitar o acesso as

informações necessárias<sup>2</sup>.

Após apresentação, o trabalho foi considerado relevante para o curso Técnico em Enfermagem. Sendo assim, a Diretoria de Ensino e coordenação do curso compreenderam como pertinente aplicar um questionário sobre o "Ensino da Humanização no curso Técnico em Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária", dando cunho institucional à mesma.

O questionário (ANEXO A) sobre o "Ensino da Humanização" aplicado aos docentes, pela Diretoria de Ensino do IFNMG, no ano de 2015, foi importante para aprofundar questões, comparar informações e esclarecer pontos levantados durante a análise dos documentos oficiais do Curso Técnico de Enfermagem.

Para alcançar os objetivos propostos pelo trabalho, optou-se pela pesquisa com abordagem qualitativa, por acreditar que esse tipo de investigação responde os objetivos propostos pelo estudo. O principal objetivo das pesquisas qualitativas é: "provocar o esclarecimento de uma situação para a tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar os meios estratégicos de resolvê-los" (CHIZZOTTI, 1991, p. 104).

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa é a metodologia que melhor se adequa aos estudos de natureza social. Ela trabalha com o universo de significados, motivos, valores e atitudes, o que corresponde a processos e fenômenos que não podem ser minimizados à operacionalização de variáveis.

Portanto, a opção pela abordagem qualitativa fez-se pertinente por permitir um enfoque diferenciado para a compreensão da realidade, favoreceu a reflexão, a análise dinâmica e abrangente da articulação da humanização com o processo de formação do profissional técnico de nível médio em saúde, no IFNMG – câmpus Januária.

Escolheu-se o estudo exploratório e descritivo porque "[...] a pesquisa descritiva procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e características, correlacionando fatos ou fenômenos, sem manipulá-los" (CERVO; BERVIAN, 1996, p. 49).

No que se refere à pesquisa exploratória, Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam que começa com algum fenômeno de interesse e investiga a sua natureza complexa e os

---

<sup>2</sup> No que se refere aos aspectos éticos para a realização desta pesquisa, foi entregue um pedido de autorização formal à Diretoria Geral (gestão 2012 a 2016) do Câmpus Januária do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais. Este documento explicitava os objetivos do estudo, a relevância da pesquisa e os possíveis riscos para o IFNMG. Além disso, foi esclarecido que o Diretor Geral do IFNMG possuía autonomia para suspender a participação da Instituição em qualquer fase do estudo, sem nenhum prejuízo.

outros fatores que estão relacionados.

Para realização deste estudo, adotou-se o delineamento de pesquisa bibliográfica e documental.

O levantamento bibliográfico foi desenvolvido ao longo de todo o período do estudo, a partir de textos disponíveis em acervo pessoal e de domínio público, bibliotecas, em sítios e periódicos eletrônicos, dentre outros. Deste modo, foram selecionados textos tais como: Regimento Geral, Estatuto e Plano de Desenvolvimento Institucional, regulamentações do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, livros, dissertações, teses, textos em periódicos, textos em eventos e artigos em internet sobre os temas: educação e trabalho, educação profissional no Brasil, organização profissional relacionada aos cursos Técnicos em Enfermagem, criação dos Institutos Federais de Educação, Projeto Político Pedagógico, formação voltada para o SUS, Política Nacional de Humanização, Humanização nas práticas de assistência à saúde e cuidado.

As bibliografias selecionadas foram analisadas no sentido de subsidiar a fundamentação teórica do estudo e facilitar a compreensão da articulação do projeto político pedagógico do curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG) – câmpus Januária, com a Humanização da assistência à saúde, objetivo geral desta pesquisa.

Por meio da pesquisa bibliográfica, buscou-se realizar uma reconstrução histórica da Educação Profissional Técnica de nível médio em saúde, o processo de desenvolvimento da profissão de Enfermagem e a humanização no contexto da formação profissional em saúde, evidenciando as legislações, o contexto histórico, social, político e econômico que permeiam a área da formação profissional técnica de nível médio em saúde no Brasil.

A bibliografia relacionada à temática foi submetida à leitura, análise e documentação, seguindo-se a proposta de análise de textos expressa por FOLSCHEID e WUNENBURGER (1997, p. 21-22) em que se procura “quebrar o osso do texto para retirar a medula substancial”, no sentido de se buscar, catalogar e apropriar dos conceitos e ideias centrais da questão.

No que diz respeito à pesquisa documental, o pesquisador: “... vale-se de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que ainda podem ser elaborados de acordo com os objetivos da pesquisa...” (GIL, 2009, p. 51).

Guba e Lincoln (1981) destacam como vantajoso o uso de documentos na pesquisa educacional. Afirmam que os documentos compõem uma fonte de informações

estável, rica e natural que surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto.

Quanto ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos, a pesquisa qualitativa permite diferentes técnicas de organização e análise dos dados, sendo a Análise de Conteúdo uma destas possibilidades.

O percurso de análise de dados utilizado neste trabalho foi a análise de conteúdo por categoria temática, desenvolvido segundo a proposta de Laurence Bardin que afirma que “a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados” (BARDIN, 2011, p.15).

A mesma autora refere que a análise de conteúdo consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 1979, p. 42).

Para Minayo (2001, p.203), o objetivo da análise de conteúdo é “[...] ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação”.

Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo por categoria temática compreende três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na pré-análise, primeira fase, foi realizada a leitura do material no sentido de tomar contato com sua estrutura, sistematizar as ideias iniciais, denominada leitura flutuante dos documentos. Fontes utilizadas: Projeto Político Pedagógico e Matriz Curricular do ano de 2014, Planos de ensino das disciplinas ministradas no ano de 2015, referentes ao 1º, 2º, 3º e 4º períodos do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária e questionário previamente aplicado pela Diretoria de Ensino do IFNMG, câmpus Januária, abordando o “Ensino da Humanização” na formação do técnico em enfermagem.

Segundo Minayo (2001, p. 209), “a pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final”.

Na segunda fase, foi realizada a exploração do material e definiram-se as categorias de análise e a identificação das unidades de registro. Buscou-se identificar e analisar os valores e ideologias que norteiam a ação educativa em relação a humanização da assistência. Sendo assim, foram definidas as dimensões políticas e pedagógicas. Ambas, divididas em categorias. Em relação à dimensão política, foi categorizada em: concepção de saúde. Posteriormente, procurou-se indicação no PPP das subcategorias: concepção de formação profissional e concepção de atuação profissional.

Ao abordar a dimensão pedagógica, categorizou-se em: concepção de currículo. Procurou-se indicação no PPP, Matriz Curricular e Planos de Ensino das disciplinas a abordagem de subcategorias: ética, formação voltada para o SUS, conceitos de cuidado e humanização, formação para o trabalho em saúde, relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho, valorização e respeito ao outro durante os cuidados, humanização nas práticas de assistência à saúde e cuidado integral.

A dimensão pedagógica buscou estudar a estrutura e organização curricular do Curso Técnico de Enfermagem, relacionando-o a dimensão política estabelecida no projeto e a humanização da assistência à saúde, objeto de estudo desta pesquisa. Analisando a abordagem das subcategorias quanto a estruturação na matriz curricular, a distribuição de carga horária para as disciplinas que as contemplem; a presença nas ementas, objetivos, conteúdos e referências e a abordagem metodológica utilizada pela disciplina.

Em seguida, houve o tratamento dos resultados coletados e condensação das informações colhidas. Esta etapa foi destinada as interpretações inferenciais através da análise crítica e reflexiva, conforme recomenda Bardin (2006).

A organização das informações e estruturação desta dissertação, apresenta-se da seguinte maneira, conforme Resolução N°. 11 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) da UFVJM, de 16 de maio de 2008:

O primeiro capítulo enfatiza a Educação Profissional no Brasil, tecendo reflexões dentro de um cenário histórico, econômico e social. Em seguida, apresenta um breve histórico do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais e a inserção regional do câmpus Januária.

O segundo capítulo apresenta o processo de desenvolvimento da profissão de Enfermagem no Brasil, tece reflexões sobre a profissionalização da enfermagem no país. Em seguida, aborda a formação e o ensino na Enfermagem pós LDB/1961 e pós LDB/1996.

O terceiro capítulo discorre sobre os movimentos sociais de redemocratização do Brasil que provocaram mudanças no campo da saúde e da formação dos profissionais da

saúde. Apresenta o conceito de Humanização, a Política Nacional de Humanização e a importância da abordagem desta temática na formação do profissional de saúde.

O capítulo seguinte apresenta a discussão e a análise dos resultados obtidos, por meio da pesquisa documental.

## **CAPÍTULO 1- Histórico da Educação Profissional no Brasil**

Anterior a chegada dos portugueses ao Brasil, os índios nativos da região evidenciavam práticas de vida comunal e a educação era desenvolvida no trabalho. Os índios brasileiros eram instruídos pelos adultos da aldeia e todos tinham acesso à mesma forma de instrução. Os mais velhos faziam e ensinavam, e os mais moços observavam, praticavam e aprendiam (BRANDÃO, 1989).

Após a chegada dos portugueses ao Brasil iniciava-se o período do Brasil Colônia (1500-1822). Logo, houve a apropriação privada da terra, considerada então o principal meio de produção. Este fato originou a divisão dos homens em duas classes sociais: a classe dos detentores da terra e a dos que não a detinham (SAVIANI, 2007). A Coroa Portuguesa implementou uma política colonizadora de exploração no Brasil com o tráfico de escravos africanos para subsidiar a política instaurada no país.

Nesta ocasião, a camada menos privilegiada da sociedade brasileira (índios e escravos africanos) era instruída para execução de atividades específicas, cujo modelo de aprendizagem era dos ofícios manufatureiros.

As crianças jovens negras e índias eram encaminhadas para casas onde aprendiam serviços de tipografia, encadernação, alfaiataria, tornearia, carpintaria, sapataria, entre outros. Além disso, “habitou-se o povo de nossa terra a ver aquela forma de ensino como destinada somente a elementos das mais baixas categorias sociais” (FONSECA, 1986).

Ao contrário do modelo de educação supracitado, a educação dos homens livres que estavam inseridos em alguma oligarquia era centrada nas atividades intelectuais, na arte da palavra e nos exercícios físicos de caráter lúdico ou militar.

É possível afirmar que a formação para o trabalho está intimamente relacionada aos interesses sociais, políticos e econômicos de uma época. No período histórico em questão, a educação dos trabalhadores se dava para suprir as necessidades imediatas da sociedade brasileira. Além disso, Cunha ressalta que:

Numa sociedade onde o trabalho manual era destinado aos escravos (índios e africanos), essa característica “contaminava” todas as atividades que lhes eram destinadas, as que exigiam esforço físico ou a utilização das mãos (...). Aí está a base do preconceito contra o trabalho manual, inclusive e principalmente daqueles que estavam socialmente mais próximos dos escravos: mestiços e brancos pobres. (CUNHA, 2000b, p. 90).

Revela-se aqui uma divisão social e econômica do ensino, apresentando a institucionalização da educação e a divisão social do trabalho. Os mais pobres e excluídos da sociedade, deviam educar-se no trabalho, para exercer o trabalho. Já os indivíduos que detinham os meios de produção, e não precisavam trabalhar, recebiam uma educação de caráter teórico científico (ANTUNES, 2015).

É importante ressaltar que, após a instalação da coroa portuguesa no Brasil, em 1549, aportaram no país padres da Igreja Católica, mais conhecidos como jesuítas. Aos jesuítas portugueses cabia a missão de disseminar o catolicismo, catequizar os índios e difundir a cultura européia. Até o ano de 1889, período em que se instalou a República no Brasil, a educação era de cunho civilizador e evangelizador. Conforme afirma Romanelli (1983, p. 34) “o ensino que os padres jesuítas ministravam era completamente alheio à realidade de vida da Colônia. Desinteressado, destinado a dar cultura geral básica, sem a preocupação de qualificar para o trabalho, uniforme e neutro”.

Ainda no Brasil Colônia, a economia baseava-se em um modelo agroexportador com predominância de relações de trabalho rurais pré-capitalistas “imposto pelos portugueses devido à sua resistência em permitir que se implantassem na colônia estabelecimentos industriais” (SANTOS, 2003, p. 207). Conforme revela o Alvará de 05/01/1785, os portugueses acreditavam que:

O Brasil é o país mais fértil do mundo em frutos e produção da terra. Os seus habitantes têm por meio da cultura, não só tudo quanto lhes é necessário para o sustento da vida, mais ainda artigos importantíssimos, para fazerem, como fazem, um extenso comércio e navegação. Ora, se a estas incontáveis vantagens reunirem as das indústrias e das artes para o vestuário, luxo e outras comodidades, ficarão os mesmos totalmente independentes da metrópole. É, por conseguinte, de absoluta necessidade acabar com todas as fábricas e manufaturas no Brasil. (ALVARÁ DE 05.01.1785 *apud* FONSECA, 1986).

Diante da proibição de implantar indústrias no Brasil, a estrutura produtiva do país ficou estagnada e o nível educacional da população, limitado.

Em janeiro de 1808, com a vinda de D. João VI para o Brasil, “retoma-se o processo de desenvolvimento industrial a partir da permissão de abertura de novas fábricas” (SANTOS, 2003, p. 207). Este fato favoreceu a expansão do capitalismo industrial e a prática das relações sociais e das relações entre as instituições, ainda que restrito ao contexto e realidade do estado de São Paulo. O país “herdou” o capitalismo advindo do modelo europeu e a realidade brasileira foi adequada para que o capitalismo vigorasse.



A adoção desse novo modelo de organização exigiu a expansão da educação como preparação para inserção dos desvalidos no mundo do trabalho (MANFREDI, 2002). Com o desenvolvimento da indústria, houve a incorporação de novas tecnologias e, conseqüentemente, a necessidade de um grau mais elevado de instrução dos indivíduos envolvidos no processo de produção. Entretanto, o país não se encontrava preparado para suprir a demanda do mercado uma vez que não dispunha de mão de obra para exercer algumas atividades. De acordo com Santos:

A solução encontrada na época foi a aprendizagem compulsória, que consistia em ensinar ofícios<sup>3</sup> às crianças e aos jovens, que na sociedade não tivessem outra opção, como era o caso dos órfãos e desvalidos, que eram encaminhados pelos juízes e pela Santa Casa de Misericórdia aos arsenais militares e da Marinha, onde eram internados e postos a trabalhar como artífices. (SANTOS, 2003, p. 207).

A partir do século XIX, a “ideologia do desenvolvimento baseada na industrialização passou a dominar os debates em torno de um projeto para o país” (SANTOS, 2003, p. 212). Destaca-se nessa época a ascensão do capitalismo manufatureiro e a estreita relação entre educação e trabalho.

Neste período, o conhecimento era sinônimo de poder. Portanto, era influenciado pelo interesse dos grupos sociais envolvidos. Sendo assim, a difusão de informação para a classe menos favorecida foi limitada, visto que se tivessem acesso a todo tipo de ciência, poderiam alcançar ascensão social e política. Recebiam uma educação considerada como educação profissional, visto que “objetivava proporcionar ao trabalhador preparo para exercer apenas suas capacidades laborativas” (LAUDARES; FIÚZA; ROCHA, 2005, p. 62).

Os anos de 1858 a 1886 foram marcados pela criação dos liceus de artes e ofícios. Essas escolas sugeriram uma nova filosofia, outra maneira de encarar o ensino técnico-profissional. Propunham um ensino que deixasse de ser meramente assistencial e elementar. Este foi o início da base para a construção de uma rede nacional de escolas profissionalizantes (CAMPELLO; FILHO, 2008).

Surge então a iniciativa de aumentar a oferta de ensino técnico, inserida em um discurso de valorização do trabalho manual. Entretanto, essa medida não obteve o êxito desejado uma vez que o ensino profissionalizante carregava o estigma do preconceito social, o

---

<sup>3</sup> Ofício, tem origem no latim *officium* e significa: dever, serviço, cuja definição se apresenta como “profissão manual, modo de vida, obrigação, dever, função, fim, destino” (PRIBERIAM, 2011).

trabalho manual estava relacionado às camadas inferiores da sociedade e isso suscitava uma visão negativa.

A educação brasileira sempre foi marcada pelo dualismo da formação dos trabalhadores manuais e formação dos trabalhadores intelectuais; ou seja, a escola que forma a elite é diferente da que forma o campesinato. Compreende-se, então, que existe uma diferença entre quem idealiza e controla o processo de trabalho e quem o realiza.

Meados do final do século XVIII e primeira metade do século XIX assinalam para o Brasil um processo de transformação política e econômica. Houve uma reestruturação do setor produtivo, em São Paulo, com a inserção de máquinas nas fábricas, que passou a executar a maior parte das funções manuais. Logo, surgem várias demandas e desafios impostos por esse novo contexto, dentre elas a necessidade de mão de obra para manusear as máquinas, realizar atividades de manutenção, reparos, ajustes, desenvolvimento e adaptação a novas circunstâncias.

Neste período, registram-se várias iniciativas por parte do distrito Federal, governos estaduais e instituições particulares, no sentido de preparar as camadas populares para o trabalho. Entretanto, é possível observar um caráter assistencialista e desestruturado nessas ações, uma vez que não existiam condições estruturais ou pedagógicas para formar alguma profissão.

Em 11 de setembro de 1906, o então Presidente do Estado do Rio de Janeiro, Nilo Peçanha, assinou o Decreto nº 787. Esse decreto regulamentou o ensino técnico-industrial no Brasil. A partir dessa regulamentação, o ensino técnico foi formalmente iniciado na República e foram criadas escolas profissionais para o ensino de ofícios em Campos, Petrópolis e Niterói. Em Paraíba do Sul, foi criada a escola de aprendizagem agrícola (FONSECA, 1986).

Em julho de 1909, Nilo Peçanha assume a Presidência do Brasil e assina, em 23 de setembro desse mesmo ano, o Decreto nº 7.566. Esse decreto criou no Brasil, em cada uma das capitais estaduais, Escolas de Aprendizes Artífices, subordinadas ao Ministério dos Negócios da Agricultura, Indústria e Comércio. Essas escolas destinavam-se ao ensino profissional, primário e gratuito das classes menos favorecidas. Deviam oferecer uma formação profissional à classe mais carente da sociedade brasileira (MANFREDI, 2002).

As Escolas de Aprendizes Artífices foram às precursoras da Rede Federal de Educação Profissional. Cunha (2000a) afirma que “o que as Escolas de Aprendizes e Artífices trouxeram, foi provavelmente a configuração do primeiro sistema de educação de abrangência

nacional”. O ensino adotado nas escolas de aprendizes e artífices voltava as suas atividades para a formação de trabalhadores que deveriam atender as demandas da indústria moderna.

O ensino era dividido em duas seções: instrução primária elementar<sup>4</sup> e instrução profissional, ou seja, uma de ensino e outra de aplicação. Segundo Cunha, a finalidade era:

A formação de operários e contramestres, mediante ensino prático e conhecimentos técnicos necessários aos menores que pretendessem aprender um ofício, em oficinas de trabalho manual ou mecânico que fossem mais convenientes e necessários ao estado, à escola, consultadas, quanto possível, as especialidades das indústrias locais. (CUNHA, 2000a, p. 63).

As escolas priorizavam um ensino mais artesanal do que manufatureiro, buscavam a formação através do ensino prático e conhecimentos elementares aos jovens que quisessem aprender um ofício. O mercado de trabalho determinava a oferta de cursos, ou seja, a criação de cursos estava condicionada as demandas do mercado, este modelo de ensino vigorou até o ano de 1942 (CUNHA, 2000a).

Pode-se afirmar que a Escola proposta não apresentou avanços quanto a ideologia e pedagogia, a qualificação estava essencialmente voltada para o trabalho manual e para os “desvalidos”. A educação refletia as desigualdades sociais e econômicas que acompanhavam o país desde o período da Colônia, apresentando-se como excludente, tecnicista e assistencialista.

Em 1927, o Congresso Nacional sancionou o Projeto de Fidélis Reis, deputado mineiro, que previa o oferecimento obrigatório do ensino profissional em todo país (SOARES 1995). Provavelmente, constitui-se no primeiro sistema educacional de abrangência nacional.

Até o ano de 1930 vigorava no Brasil uma política marcada pelo domínio das elites agrárias mineiras, paulistas e cariocas. O Brasil firmou-se por grande salto no setor industrial e pela economia cafeeira, portanto, mantinha fortes vínculos com grandes proprietários de terras. Deve-se ressaltar que nesse período o país era governado pela conhecida aliança política "café-com-leite" (entre São Paulo e Minas Gerais), existia um revezamento entre os presidentes apoiados pelo estado de São Paulo ou de Minas Gerais.

Este fato, associado a uma forte crise econômica e descontentamento da população, gerava grande insatisfação em militares do Exército e Marinha. Logo, em 24 de outubro de 1930 destituíram o então Presidente da República Washington Luiz. Após o

---

<sup>4</sup> O curso primário teria como finalidade o ensino de “leitura e escrita, o de aritmética até regra de três, noções de geografia do Brasil e de gramática elementar da língua nacional” (SOARES, 1982, p. 73).

ocorrido, montaram uma junta militar e, em 3 de novembro do mesmo ano o poder foi transferido para Getúlio Vargas.

Os anos de 1930 - 1934 foram denominados de Governo Provisório e teve como objetivo reorganizar a vida política do país. Esse período apresentou várias lutas ideológicas a fim de sanar os conflitos sociais e econômicos da época. Paralelo a esse contexto, foi instaurada a Reforma Francisco Campos (1930) que transformou o sistema educacional. Foi denominada a primeira reforma educacional de caráter nacional, ocorreu de 1930-1934, sob o comando do ministro da educação e saúde Francisco Campos. Tinha como objetivo a criação do Conselho Nacional de Educação e a organização do ensino secundário, comercial e superior. Zotti afirma que:

[...] o ensino secundário foi reformado na lógica de uma formação propedêutica para o ensino superior; dos cursos técnico-profissionais foi organizado o ensino comercial, que não permitia o acesso dos alunos ao ensino superior, privilégio exclusivo dos que concluíam o ensino secundário propedêutico. Na prática, a reforma de Campos estabeleceu um projeto de educação diferenciado: uma educação “para pensar” e outra “para produzir”. (ZOTTI, 2004, p.110).

A partir de 1930 houve intensificação do processo de industrialização, motivada pela expansão do capitalismo e substituição de importações. Logo, ficou evidente a escassez de trabalhadores no setor industrial e a necessidade de abertura de cursos profissionais para suprir essa demanda. Contudo, o Estado não dispunha de recursos.

Diante da falta de recursos financeiros e da necessidade de qualificação profissional, na década de 1930 e 1940, as autoridades responsáveis propunham o apoio da iniciativa privada para fomentar a abertura de cursos profissionais (CUNHA, 1977).

Em 1934, impulsionado por movimentos liderados por intelectuais e educadores (mais conhecido como Escola Nova<sup>5</sup>), o poder público definiu oficialmente uma política de Estado para a educação. Pode-se afirmar que houve grande avanço na educação, visto que pela primeira vez na história do Brasil uma Constituição Federal dedicou um capítulo especial sobre este tema.

---

<sup>5</sup> O movimento Escola Nova foi uma corrente de pensamento pedagógico que surgiu entre o final do século XIX e o início do século XX, na Inglaterra, seu objetivo era construir uma escola que atendesse as necessidades da sociedade capitalista, e as transformações técnicas promovidas pela Revolução Industrial. O movimento Escola Nova defendia uma escola que valorizasse o espírito de iniciativa e a independência, virtude de uma sociedade democrática. No campo epistemológico, esta escola deveria buscar fundamentos filosóficos e científicos para um aprendizado mais eficaz. Para o movimento escola, a escola tradicional valorizava o elitismo e para a obediência, em detrimento da busca pelo conhecimento. Dentre alguns pensadores importantes para este movimento destacam-se John Dewey, Maria Montessoria e Célestin Freinet (ARANHA, 2006, p. 263).

A educação é direito de todos e deve ser ministrada, pela família e pelos Poderes Públicos, cumprindo a estes proporcioná-la a brasileiros e a estrangeiros domiciliados no País, de modo que possibilite eficientes fatores da vida moral e econômica da Nação, e desenvolva num espírito brasileiro a consciência da solidariedade humana. (BRASIL, 2012b).

A Constituição de 1937 mudou os rumos da instrução profissional no Brasil, uma vez que favoreceu a criação das Leis Orgânicas do Ensino Profissional e, posteriormente, a criação de entidades especializadas como o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), em 1942, e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), em 1946, bem como a mudança das antigas escolas de aprendizes artífices em escolas técnicas federais (BRASIL, 2001).

Deve-se ressaltar que a criação do Senai ocorreu devido à pressão do Estado sobre as federações de indústria, com a finalidade de “desenvolver cursos de aprendizagem e de aperfeiçoamento de operários” (CUNHA, 1977).

Em 9 de abril de 1942, na gestão do ministro Gustavo Capanema, foram promulgadas diversas leis orgânicas que legalizaram uma nova estrutura do ensino no Brasil. Foram conhecidas como Leis Orgânicas do Ensino Secundário ou Reforma Capanema. De modo que:

O ensino ficou composto, neste período, por cinco anos de curso primário, quatro de curso ginásial e três de colegial, podendo ser na modalidade clássico ou científico. O ensino colegial perdeu o seu caráter propedêutico, de preparatório para o ensino superior, e passou a preocupar-se mais com a formação geral. Apesar desta divisão do ensino secundário, entre clássico e científico, a predominância recaiu sobre o científico, reunindo cerca de 90% dos alunos do colegial. (PILETTI, 1996, p. 90).

As leis orgânicas propostas por Gustavo Capanema evidenciavam um grave problema para a estrutura do “sistema” de ensino instaurado, uma vez que a divisão do ensino médio limitava e dificultava o acesso do aluno ao ensino. Saviani esclarece bem a situação da época:

Ocorre que, nessa estrutura, apenas o ensino secundário dava acesso a qualquer carreira do ensino superior. Os demais ramos do ensino médio só davam acesso às carreiras a eles correspondentes. Por outro lado, se um aluno quisesse passar de um ramo a outro do ensino médio, ele perderia os estudos já feitos, tendo que começar do início no novo ramo. (SAVIANI, 1997, p. 20).

Ainda nesse contexto de mudanças, com a Lei n.º 3.552, em 1959, as Escolas Industriais e Técnicas ganharam autonomia administrativa, patrimonial, financeira, didático-pedagógica e disciplinar, transformaram-se em autarquias e passaram a ser denominadas Escolas Técnicas Federais.

Na tentativa de organizar a educação no Brasil, após um período longo de debates, em 1961 foi promulgada a Lei nº 4.024/1961, a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira. Essa lei, em seu art. 2º, afirmava que “a educação é direito de todos”, regulamentou a equivalência no ensino médio e garantiu maior flexibilidade na passagem entre o sistema profissionalizante e o secundário. De modo que: “tornou possível que, concluído qualquer ramo do ensino médio, o aluno tivesse acesso, mediante vestibular, a qualquer carreira do ensino superior” (SAVIANI, 1997, p. 21). Teoricamente, acabava a dualidade no ensino. O Ministério da Educação ressalta que:

É importante frisar que essa dualidade só acabava formalmente já que os currículos se encarregavam de mantê-la, uma vez que a vertente do ensino voltada para a continuidade de estudos em nível superior e, portanto, destinada às elites, continuava privilegiando os conteúdos que eram exigidos nos processos seletivos de acesso à educação superior, ou seja, as ciências, as letras e as artes. Enquanto isso, nos cursos profissionalizantes, esses conteúdos eram reduzidos em favor das necessidades imediatas do mundo do trabalho. (MOURA, 2007, p. 11).

A partir do trecho do trabalho de Moura, supracitado, é possível inferir que todos teriam a mesma oportunidade de ingresso e conclusão do ensino médio, entretanto, a desigualdade se evidencia quando considerada a contextualização do currículo do ensino ofertado.

Em 1971, é aprovada a Lei 5.692 (nova LDB), que instituiu a profissionalização universal e compulsória do ensino médio, estabelecendo formalmente a equiparação entre o curso secundário e os cursos técnicos. Estabeleceu compulsoriamente a profissionalização como finalidade única para o ensino de 2º grau, tornou a qualificação para o trabalho a meta de todo um grau de ensino que deveria ter um caráter terminal. É importante destacar, que segundo Manfredi (2002):

Essa ideia de profissionalização universal e compulsória ocorreu num momento em que o País objetivava participar da economia internacional e, nesse sentido, delegou ao sistema educacional a atribuição de preparar os recursos humanos para a absorção pelo mercado de trabalho. (MANFREDI, 2002, p.105).

Inseridos nessa nova proposta, as escolas deveriam apresentar estrutura física e recursos humanos adicionais, professores especializados. Contudo, não dispunham de recursos orçamentários e financeiros para concretizar as modificações propostas. O novo cenário do sistema educacional originou uma descaracterização tanto do ensino médio secundário e propedêutico quanto do ensino técnico. “Os efeitos dessa reforma sobre o ensino médio foram o de não produzir nem a profissionalização nem o ensino propedêutico” (SANTOS, 2003, p. 219).

Na prática, a Lei nº 5.692/71, gerou falsas expectativas, não conseguiu articular educação geral e formação profissional e não alcançou seus objetivos em relação à profissionalização compulsória. Portanto, passou por várias mudanças até que, no ano de 1982, culminou com a promulgação da Lei nº 7.044. Houve novas “interpretações” oficiais da Lei 5.692/71, e a profissionalização universal e obrigatória acabou sendo revogada pela Lei 7.044, de 18 de outubro de 1982 (SAVIANI, 1997). Essa lei alterou a determinação de “qualificação para o trabalho” para “preparação para o trabalho”. A profissionalização obrigatória teve fim e passou a ser um indicativo e não uma obrigatoriedade.

No ano de 1988, foi promulgada uma nova Constituição para o Brasil. O artigo 6º, enuncia o direito à educação como um direito social, “visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 2012b). Dedicou toda uma parte do título da Ordem Social para responsabilizar o Estado e a família, tratar do acesso e da qualidade, organizar o sistema educacional, vincular o financiamento e distribuir encargos e competências para os entes da federação.

O texto da nova Constituição remete para um ideário social da educação, extrapola a formação para além da técnica. É possível inferir ainda que vislumbra um cidadão crítico, reflexivo e autônomo.

Em 1994 a Lei nº 8.948, de 8 de dezembro dispõe sobre a instituição do Sistema Nacional de Educação Tecnológica, transformando, gradativamente, as Escolas Técnicas Federais e as Escolas Agrotécnicas Federais em Centros Federais de Educação Tecnológica – CEFETs.

Em 20 de dezembro de 1996 foi aprovada uma regulamentação específica referente à educação no Brasil, a Lei de Diretrizes e Bases n. 9.394. Essa norma representa os anseios de vários embates dos projetos de educação defendidos pelos diferentes protagonistas sociais (trabalhadores, empresários e governo) e comunga com o ideário social proposto na Constituição de 1988. Em seu § 2º do Art. 1º afirma que “a educação escolar deverá vincular-

se ao mundo do trabalho e à prática social”. Dispõe em seu art. 39º que “a educação profissional, integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, conduz ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva” (BRASIL, 2012b).

Logo, explicita o predomínio da ideologia social por trás das relações de trabalho, a necessidade de superação do modelo assistencialista e de preconceito social que desvaloriza a educação profissional e, que, sempre esteve presente nas demais legislações de educação profissional do país.

A LDB/96 apresentou avanços para a educação profissional, entretanto, foi considerada simplista, sincrética e articulava-se com os interesses políticos dominantes (SAVIANI, 1997). Logo, não conseguiu superar o caráter tecnicista da educação e estava mais preocupada com a inserção do aluno no mercado de trabalho. Não regulou os aspectos referentes à educação profissional - o que viria a ocorrer com a promulgação do Decreto 2.208/1997. Esse decreto regulamentou a educação profissional e criou o Programa de Expansão da Educação Profissional - PROEP. O Ministério da Educação esclarece que:

O Decreto Federal nº 2.208/97 estabelece uma organização curricular para a educação profissional de nível técnico de forma independente e articulada ao ensino médio, associando a formação técnica a uma sólida educação básica e apontando para a necessidade de definição clara de diretrizes curriculares, com o objetivo de adequá-las às tendências do mundo do trabalho. (BRASIL, 1997b).

O decreto 2.208/97 evidencia a adequação do ensino técnico às demandas do mercado de trabalho, à formação específica. Não contempla a formação geral, ou à integração entre teoria e prática. A educação profissional prevista no documento revela uma tendência permanente de adaptação às demandas de um mercado em constante mutação. Logo, o Ministério da Educação descreve que:

As características atuais do setor produtivo tornam cada vez mais tênues as fronteiras entre as práticas profissionais. Um técnico precisa ter competências para transitar com maior desenvoltura e atender às várias demandas de uma área profissional, não se restringindo a uma habilitação vinculada especificamente a um posto de trabalho. Dessa forma, as habilitações profissionais, atualmente pulverizadas, deverão ser reorganizadas por áreas profissionais. (BRASIL, 1997b).

A regulamentação estabelecida pelo Decreto 2.208/97 presumiu que a educação profissional de nível técnico fosse dividida em educação profissional de nível básico, educação profissional de nível técnico e educação profissional de nível tecnológico (BRASIL, 1997b).



A educação profissional de nível básico prevista não exige escolaridade prévia, e é destinada à qualificação, requalificação e reprofissionalização dos trabalhadores. Não está vinculada a nenhum tipo de organização formal de classe ou profissão. A educação profissional de nível técnico será complementar ao ensino médio, podendo ocorrer de forma concomitante ou sequencial a ele. Oferece ao concluinte uma habilitação profissional, que é regulamentada por conselho de classe ou órgão oficial. A educação profissional de nível tecnológico corresponde aos cursos de nível superior na área tecnológica, “destinados a egressos do ensino médio e técnico” (BRASIL, 1997b, art. 3º, Item III).

Ao estabelecer as modalidades de ensino referidas acima, o decreto 2.208 suscitou algumas contestações, visto que impediu formalmente a realização do ensino médio integrado<sup>6</sup>. O decreto 2.208 regulamentou formas fragmentadas e aligeiradas de educação profissional (FRIGOTTO; CIAVATTA; RAMOS, 2010). A interpretação dessa legislação evidencia a dificuldade em se encontrar uma identidade para o ensino médio e a perpetuação do ensino com formação tecnicista, fragmentada e voltada aos interesses do capital. Além disso, exclui a modalidade de ensino integrado.

O ensino médio integrado vincula o ensino médio a uma formação profissional de nível técnico. Para Frigotto, Ciavatta e Ramos (2010) integrar significa dizer que o trabalho é princípio educativo e que a educação geral é parte inseparável da educação profissional. A educação é vista como uma totalidade social.

Nessa perspectiva, deve-se considerar a interação e integração existente entre trabalho manual e trabalho intelectual, estabelecendo o estreito diálogo entre trabalho, ciência e cultura.

A rearticulação curricular entre o ensino médio e a educação profissional de nível técnico orienta-se por dois eixos complementares: devolver ao ensino médio a missão e carga horária mínima de educação geral, que inclui a preparação básica para o trabalho, e direcionar os cursos técnicos para a formação profissional em uma sociedade em constante mutação.

Inserido em um contexto complexo e polêmico de transformações da educação profissional no Brasil, o decreto 2.208/97, regulamenta os artigos da nova LDB que tratam especificamente da educação profissional. Logo, em 1999, reinicia-se o processo de

---

<sup>6</sup> Integrado é a modalidade de oferta de curso técnico de nível médio na qual a educação profissional acontece de forma integrada ao ensino médio, com uma única matrícula.

transformação das Escolas Técnicas e Agrotécnicas Federais em Centros Federais de Educação Tecnológica iniciado em 1978.

Em 23 de julho de 2004, o decreto 2.208/97 foi revogado e substituído pelo decreto 5.154/04, que permitia a realização do ensino médio integrado, mantendo a possibilidade de continuação dos ensinos concomitante e subsequente. Conservou também os níveis do ensino profissional: formação inicial e continuada de trabalhadores (correspondente ao nível básico), técnico e tecnológico (BRASIL, 2004c).

O decreto 5.154/04 “trouxe a abertura e o estímulo à formação integrada, mas não trouxe a garantia de sua implementação” (BRASIL, 2004c). Para efetivá-la é preciso vontade política e pressão social (CIAVATTA, 2005). Frigotto, Ciavatta e Ramos (2010) defendem que o ensino integrado é condição necessária para se fazer uma travessia para uma nova realidade, na qual possa haver um ensino baseado em uma formação unitária para todos.

A partir do ano de 2003, houve um processo de mudanças sem precedentes na história da educação profissional brasileira, uma vez que são editadas novas medidas para a educação profissional e tecnológica. Houve a substituição do Decreto nº 2.208/97 pelo Decreto nº 5.154/04, que extingue várias restrições na organização curricular, pedagógica e na oferta dos cursos técnicos.

Em 2005, a Lei nº 11.184/05 cria a Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) e, três anos depois, em 2008, é aprovada a Lei nº 11.892/08, que cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia.

A evolução legal da educação profissional reafirma uma característica dessas instituições: a oferta verticalizada de ensino em todos os níveis de educação. Além disso, contrapõe-se a toda trajetória histórica até então predominante. Se, antes, a educação profissional era voltada para a política de mercado, agora, precisava corresponder à expectativa de uma política de governo que trazia em sua essência uma responsabilidade social. Prevalencia a busca pela educação como instrumento a serviço da inclusão, da formação integral e de cidadãos-trabalhadores emancipados. Segundo documento escrito pelo Ministério da Educação:

A dimensão ideológica do atual governo, na verdade, faz aflorar um descompasso entre a trajetória das instituições federais de educação profissional e tecnológica e da própria educação profissional como um todo e o novo projeto de nação: se o fator econômico até então era o espectro primordial que movia seu fazer pedagógico, o foco a partir de agora se desloca para a qualidade social. (BRASIL, 2010, p.15).

No decorrer da história, identifica-se que onde existiam escolas técnicas federais havia um índice de desenvolvimento humano maior do que nas outras regiões (GARCIA, 2000). Logo, em acordo com um novo paradigma no mundo do trabalho (dominado pela elite), a educação profissional deve se orientar pela política da igualdade (novo paradigma de política vigente), deve buscar sua identidade nos valores políticos e éticos, o que se contrapõe àquele caracterizado como fragmentado, tecnicista e desqualificante (BRASIL, 2001).

Durante o primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003 - 2007), a educação tecnológica ocupou lugar de destaque nas políticas do seu governo. Em 2005, o presidente Lula anunciou o Plano de Expansão da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, revogando vasto aparato legal que impedia a sua ampliação por todo o país.

O segundo mandato do governo Lula (2006 - 2010) vislumbrava o desenvolvimento social e econômico do Brasil. Inserido nessa perspectiva de crescimento, em 2007, foi criado o Plano de Aceleração do Crescimento – PAC<sup>7</sup> e, em seu bojo, o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE<sup>8</sup>), anunciando a maior expansão de vagas já ocorrida na Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica. Deste modo, o Brasil passou a investir na criação de novos cursos de formação técnica profissionalizante (BRASIL, 2007b).

Em 29 de dezembro de 2008, o então presidente Lula, sancionou a lei nº 11.892, que instituiu a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica e criou os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IFs). Em seu artigo 2º, define os IFs como instituições que articulam a educação superior, básica e profissional, pluricurriculares e multicampi, especializados na oferta de educação profissional e tecnológica em diferentes níveis e modalidades de ensino, assumindo um papel representativo de “incubadora de políticas sociais, uma vez que constroem uma rede de saberes que entrelaça cultura, trabalho, ciência e tecnologia em favor da sociedade” (BRASIL, 2008b, p. 22).

O Ministério da Educação (2010) esclarece que:

O papel que está previsto para os Institutos Federais é garantir a perenidade das ações que visem a incorporar, antes de tudo, setores sociais que historicamente

---

<sup>7</sup> Plano de Aceleração do Crescimento – PAC, criado em 2007, é um Programa de Desenvolvimento do Governo Federal que pretende promover: a aceleração do crescimento econômico; o aumento do emprego; e a melhoria das condições de vida da população brasileira.

<sup>8</sup> Projeto federal que tem como objetivo maiores investimentos na educação básica, educação profissional e ensino superior. O plano conta com mais de 40 ações que incidem sobre os mais variados aspectos da educação em seus diversos níveis e modalidades.

foram alijados dos processos de desenvolvimento e modernização do Brasil, o que legitima e justifica a importância de sua natureza pública e afirma uma educação profissional e tecnológica como instrumento realmente vigoroso na construção e resgate da cidadania e da transformação social. (BRASIL, 2010, p.21).

Nessa perspectiva, pode-se inferir que os IF's foram idealizados com uma proposta de educação comprometida com a modificação da vida social e buscou superar a imagem de escola subordinada ao poder econômico. Procurou romper com a visão economicista de sociedade e de educação e estabeleceu os Institutos Federais como política pública, comprometido com um projeto de formação para a vida. O artigo 127 do Regimento Geral do IFNMG afirma que:

Os currículos dos cursos do IFNMG deverão ser fundamentados em bases filosóficas, epistemológicas, metodológicas, socioculturais e legais, expressas no seu projeto pedagógico, norteado pelos seguintes princípios: estética da sensibilidade, política da igualdade, ética da identidade, interdisciplinaridade, contextualização, flexibilidade e educação como processo de formação na vida e para a vida, a partir de uma concepção de sociedade, trabalho, cultura, educação, tecnologia e ser humano. (BRASIL, 2013a, p. 51).

Entretanto, observam-se algumas contradições ideológicas, evidenciada pela estreita relação com o setor econômico e de mercado. O artigo 6º da lei nº 11.892/08 afirma que os IF's têm por finalidade: “formar e qualificar cidadãos com vistas na atuação profissional nos diversos setores da economia, com ênfase no desenvolvimento socioeconômico local, regional e nacional”.

Diante do que foi exposto até aqui, após a análise de vários documentos oficiais do IFNMG, a autora não pode deixar passar despercebido a dualidade expressa na identidade do Instituto. Ora deseja-se formar um trabalhador emancipado, crítico e reflexivo, ora, prevalece a intenção em formar recursos humanos que atendam às exigências do mercado de trabalho. Portanto, não é possível definir qual projeto de formação e os interesses ideológicos que tem prevalecido.

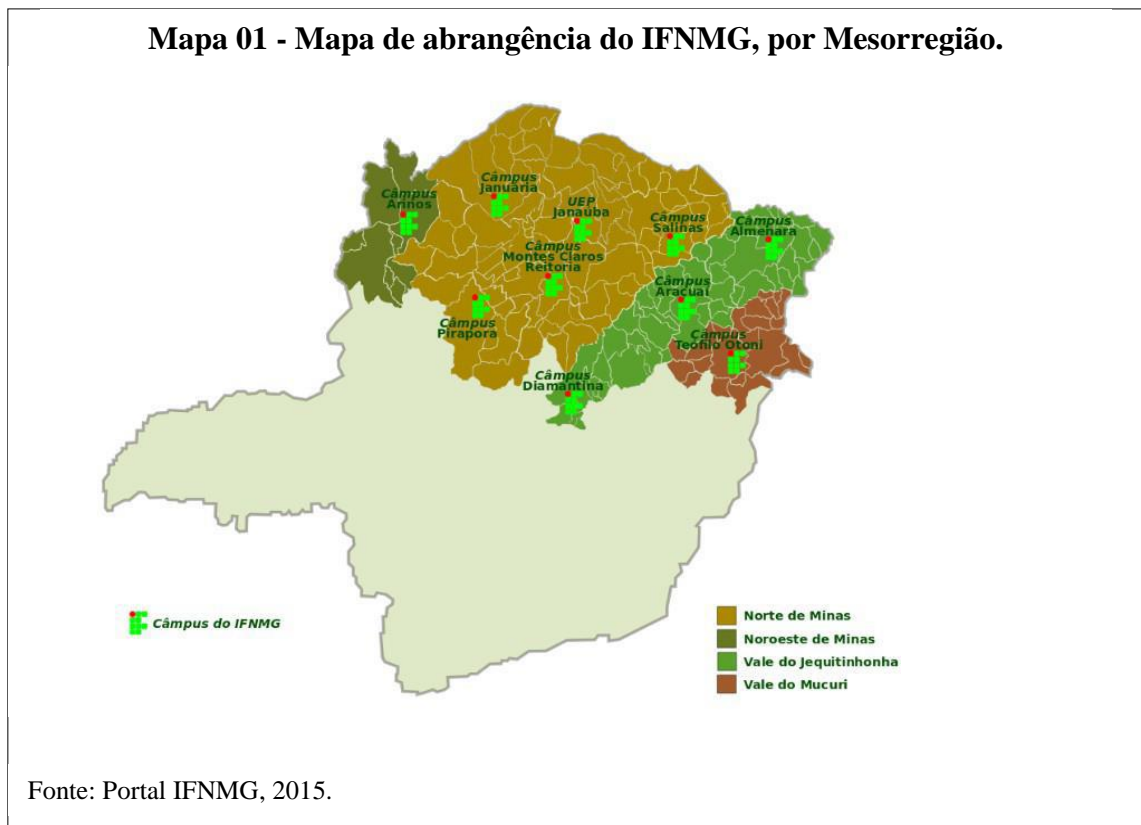
Os fatos discutidos e analisados neste texto refletem apenas um recorte, dentre muitos acontecimentos e movimentos importantes na história da Educação Profissional no Brasil. A partir do que foi narrado e analisado criticamente, é possível observar um contexto de incoerências e conflitos. É necessário construir uma nova identidade para a educação profissional, superando o conceito da escola dual e fragmentada.

### 1.1 O Instituto Federal do Norte de Minas Gerais e sua inserção local

Em 29 de dezembro de 2008, pela Lei nº 11.892, atendendo à política de criação dos Institutos Federais, foi fundado o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Norte de Minas Gerais (IFNMG). Este fato se deu através da união do Centro Federal de Educação Tecnológica (Cefet) de Januária e da Escola Agrotécnica Federal de Salinas (EAF). A partir de então, o IFNMG passou a abranger as mesorregiões do Norte de Minas, do Vale do Jequitinhonha, do Vale do Mucuri e, ainda, parte do Noroeste de Minas. O Plano de Desenvolvimento Institucional assinala que o IFNMG tem como missão:

O propósito de assumir o compromisso de intervir em suas regiões de abrangência, identificando os problemas e criando soluções tecnológicas para o desenvolvimento sustentável, com inclusão social. A proposta, portanto, é formar profissionais capazes de se adequarem às mudanças do mundo do trabalho e, indo além do ensino de ofícios, propiciarem uma articulação entre o ensino técnico e o científico. (BRASIL, 2013a, p. 11).

A área de abrangência é constituída por quinze (15) microrregiões (Mapa 1), compreendendo 171 municípios, ocupando uma área de 249.376,20 Km<sup>2</sup>, com população total estimada de 2.844.039 mil habitantes, conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012; BRASIL, 2013a).



Nessa abrangência, o IFNMG atua com uma organização estruturada no formato multicâmpus, atendendo as microrregiões a partir dos seguintes municípios: Almenara, Araçuaí, Arinos, Diamantina, Janaúba, Janaúria, Montes Claros, Pirapora, Salinas e Teófilo Otoni, cidades pólos das microrregiões. [...] Dentre os câmpus citados, o de Janaúria e o de Salinas vêm contribuindo para o desenvolvimento científico e cultural da região por mais de 50 anos. (BRASIL, 2013a, p. 13).

Deve-se ressaltar que, durante a realização desta pesquisa, no ano de 2015, foi inaugurado mais um Câmpus Avançado do IFNMG na cidade de Porteirinha.

O IFNMG oferece cursos técnicos de nível médio (nas modalidades integrado, concomitante e subsequente ao Ensino Médio), presenciais e a distância; o Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Jovens e Adultos (Proeja); em nível superior: cursos de tecnologia, bacharelados/engenharias e licenciaturas, bem como a pós-graduação. Além de cursos de Formação Inicial e Continuada (FIC), Programa Mulheres Mil e Bolsa-Formação do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) (BRASIL, 2013a).

Verifica-se que o IFNMG possui uma diversificação nos cursos ofertados, integra e verticaliza as diversas modalidades e níveis de ensino, favorecendo uma formação tanto de nível técnico quanto de nível superior (BRASIL, 2013a).

A região de abrangência do IFNMG é bastante heterogênea, atende uma população de 2.844.039 mil habitantes; sendo que, 56,6% do total de habitantes estão no Norte de Minas, 5,2% no Noroeste de Minas, 24,6% no Vale do Jequitinhonha e 13,6% de habitantes no Vale do Mucuri (IFNMG, 2013). Deve-se destacar que as cidades e mesorregiões em que os campi estão inseridos apresentam atividades econômicas diferentes e determinantes que acentuam o êxodo rural-urbano, além de determinantes ambientais e sociopolíticos que atuam como fatores geradores de baixos indicadores de desenvolvimento sociais (BRASIL, 2013a).

Com o objetivo de melhor identificar o IFNMG, o quadro (Anexo B) apresenta todos os cursos disponíveis e modalidade de ensino em todos os campi do IFNMG.

## **CAPÍTULO 2- Educação Profissional Técnica em Saúde**

### **2.1 Processo de desenvolvimento da profissão de Enfermagem no Brasil, anterior ao século XIX**

A trajetória histórica da enfermagem é marcada pela influência da atividade médica e determinada por aspectos ideológicos, políticos e econômicos. Segundo Lowy (1988, p.16), isso significa dizer que a formação profissional tem que ser entendida em sua relação com “o conjunto da vida social, com o conjunto histórico do momento, isto é, com os aspectos sociais, econômicos, políticos, religiosos, de classes sociais, etc.”

No Brasil, até meados do século XIX, a prática de enfermagem era concebida como um ideal de vocação, fortemente influenciado pelo modelo religioso assistencialista. “O treinamento era essencialmente prático, desenvolvido através de atividades em orfanatos, nas residências dos pacientes e nos hospitais existentes” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 23). O cuidado centrava-se no trabalho manual e os conhecimentos eram transmitidos por informações acerca das práticas vivenciadas. Oguisso complementa afirmando que:

A prática da enfermagem foi sendo desenvolvida quase que exclusivamente pela Igreja Católica, a ponto de, em algumas regiões do mundo ocidental, a atividade tornar-se monopólio das ordens religiosas, que assumiram os serviços mais difíceis ou repugnantes para a sociedade daqueles tempos. (OGUISSO, 2007, p. 34).

As Igrejas Cristãs adotaram o cuidado aos enfermos como uma das muitas formas de caridade, humildade e amor ao próximo, logo se tornou um dos valores morais presentes no ensino e exercício da enfermagem. Deve-se ressaltar que as práticas de saúde não eram reconhecidas como enfermagem, a prestação de cuidados era desenvolvida dentro de um ideal de servidão.

Cabe ressaltar ainda que as práticas de cuidado eram eminentemente femininas e apresentavam características marcantes como a obediência e a subserviência.

O texto seguinte abordará o cenário cultural, político e histórico que possibilitaram a formação e profissionalização da enfermagem no Brasil.

Destarte, ao tratar da evolução da profissão<sup>9</sup>, é possível elucidar as heranças que permeiam a prática contemporânea da Enfermagem. Torna-se mais fácil o entendimento da formação para atender a demanda do mercado de trabalho, da dicotomia teoria-prática, do cuidado centrado na doença e na técnica, a submissão da categoria e sua consequente falta de autonomia.

## 2.2 Florence Nightingale – profissionalização da Enfermagem no Brasil

No século XIX, mais precisamente no ano de 1860, inicia-se a prática de enfermagem moderna na Inglaterra. A enfermagem profissional no mundo foi instituída por Florence Nightingale (1820-1901) que, além dos conceitos altruístas (como caridade e amor ao próximo), incorporou preceitos de valorização do ambiente adequado para o cuidado, divisão social do trabalho em enfermagem e autonomia sobre o cuidado a ser prestado. Além disso, fundou uma escola de enfermagem junto ao Hospital St. Thomas, instituiu o ensino e lançou as bases do trabalho na área da enfermagem, se tornando modelo de formação para instituições semelhantes em outros países (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Em artigo escrito sobre a história de Florence Nightingale e as irmãs de caridade, Padilha e Mancia (2005) dizem que:

A enfermagem profissional no mundo foi erigida a partir das bases científicas propostas por Florence Nightingale, que foi influenciada diretamente pela sua passagem nos locais onde se executava o cuidado de enfermagem leigo e fundamentado nos conceitos religiosos de caridade<sup>10</sup>, amor ao próximo, doação, humildade, e também pelos preceitos de valorização do ambiente adequado para o cuidado, divisão social do trabalho em enfermagem e autoridade sobre o cuidado a ser prestado. (PADILHA; MANCIA, 2005, p.723).

A Escola Nightingaleana admitia dois tipos de alunas: as “*ladies-nurses*” (alunas das altas classes burguesas) e as “*nurses*” (alunas da camada popular). As “*ladies*” custeavam seus estudos e exerciam atividades de direção, supervisão e ensino, cabia o pensar. As

---

<sup>9</sup> Segundo Antônio Nóvoa, profissão é “um conjunto de interesses reportando-se a uma atividade institucionalizada, de que o indivíduo tira os seus meios de subsistência, atividade que exige a posse de um corpo de saberes e de saberes-fazer e a adesão a condutas e a comportamentos, nomeadamente de ordem ética definidas coletivamente e reconhecidas socialmente” (NÓVOA, 1987 *apud* LOPES, 2001).

<sup>10</sup> A caridade era o amor a Deus em ação, propiciando para aqueles que a praticavam o fortalecimento de caráter, a purificação da alma e um lugar garantido no céu. Uma das formas de caridade é o cuidado dos enfermos, que, antes praticado apenas por escravos, se converteu em uma vocação sagrada e passou a ser integrado por homens e mulheres cristãos (ãs) (PADILHA, MANCIA, 2005, p. 724).



“*nurses*” possuíam gratuidade no ensino e na moradia, entretanto, deveriam prestar serviços sem remuneração ao hospital durante, pelo menos, um ano após o curso. Às “*nurses*” cabia o cuidado, entendido como tarefas mais simples, trabalho manual, consistia em trocas de roupa de cama e banhos no leito (ALMEIDA; ROCHA, 1986; PEREIRA; RAMOS, 2006).

O desenvolvimento da enfermagem moderna surge, portanto, com aspectos importantes a serem ressaltados: origina-se dentro do ambiente hospitalar e apresenta a divisão social do trabalho, determinante para a divisão técnica.

Evidencia-se a fragmentação de tarefas, a dicotomia entre trabalho manual e intelectual pela classe social. Ou seja, o trabalho que requer pouca qualificação (constituído pelo cuidado) deveria ser exercido pelos auxiliares de enfermagem, já o trabalho especializado “mais intelectualizado” (coordenação, interlocução com o médico) deveria ser exercido pelas enfermeiras. Pereira e Ramos (2006) afirmam que:

A evidência da divisão social do trabalho mais conhecida no âmbito da formação profissional em saúde diz respeito à história da enfermagem (p.22). [...] a divisão de tarefas - a fragmentação do trabalho - ajudou a manter a divisão entre um trabalho que requer pouca qualificação (representado pelo cuidado), exercido pelas auxiliares de enfermagem, e um trabalho especializado, "mais intelectualizado" (de controle, de coordenação, de interlocução com o médico), exercido pelas enfermeiras. Essa polarização aconteceu mediante a divisão social do trabalho e a hierarquização obedecendo as clivagens capitalísticas de classes. (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 24).

Ao analisar e refletir sobre os diferentes aspectos que se referem a Enfermagem, no processo histórico de sua evolução, no Brasil e no mundo, deve-se considerar que sempre foi uma profissão exercida, na sua maioria, por mulheres e era considerada como elemento de apoio, sempre subordinado e nunca como agente principal das ações sociais.

Entre o final do século XIX e a primeira década do século XX o modo de produção capitalista se torna hegemônico em alguns países e, os EUA considerado o berço do modelo Nightingaleano (em 1873), apresentava crescimento fenomenal de hospitais e a incorporação maciça de auxiliares de enfermagem de diferentes níveis de qualificação (ALMEIDA; ROCHA, 1986). O hospital se afirma enquanto “local de cura” e as palavras de ordem passam a ser eficiência e produtividade. O ideal era atender um maior contingente de doentes e, conseqüentemente, reduzir a permanência hospitalar e aumentar a rotatividade dos

leitos. Enquanto isso, no Brasil, a enfermagem buscava estabelecer-se como profissão<sup>11</sup>. Oguisso (2007, p. 102) afirma que:

O período anterior a 1890, quando não havia ainda a institucionalização do ensino da enfermagem, pode ser considerado como período pré-profissional, passando a profissional a partir de 1890, com a criação oficial da primeira escola para preparar enfermeiros em nosso país. (OGUISSO, 2007, p. 102).

No Brasil, a primeira escola de enfermagem legalmente regulamentada foi implantada pelo Decreto Federal nº 791 de 27 de setembro de 1890, no Hospital Nacional de Alienados, nomeada de Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, posteriormente, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. O referido decreto estabeleceu os requisitos básicos para o curso: forma de ingresso, frequência, período de duração e conclusão, além de descrever as disciplinas que deveriam ser ministradas.

A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras foi criada dentro de um contexto de embates. No início do Brasil republicano (1889 – 1930) o Hospício Pedro II, localizado na Chácara da Cruz Vermelha, da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia passa para o controle direto do governo, com o nome de Hospício Nacional dos Alienados. Essa medida tinha o objetivo de sistematizar o preparo e o cuidado aos doentes, entretanto, fragilizou a relação entre a Igreja e o Governo. Por discordarem da nova administração do Hospital, as irmãs de caridade (responsáveis pela enfermagem) deixaram o hospital (CARVALHO, 2008). Conseqüentemente, faltaram recursos humanos para os cuidados aos doentes mentais.

Diante disso, o governo criou a Escola que passou a ministrar curso de enfermeiros-auxiliares e especialização para enfermeiros em Doença Mental. Não havia um ensino sistematizado, o que faziam eram treinamentos práticos. O corpo docente era formado exclusivamente por médicos do hospital e, para ingresso ao curso era exigido dos candidatos o mínimo, bastava saber ler e escrever, conhecer aritmética e apresentar atestado de bons costumes (GERMANO, 1993). Oguisso 2007, p. 104 ressalta que: “No Brasil, a necessidade que os profissionais médicos da psiquiatria tinham de alguém que pudesse prestar cuidados de qualidade aos enfermos mentais foi o que fez germinar a ideia da criação da profissão”.

---

<sup>11</sup>Entendemos por enfermagem profissional aquela atividade exercida por pessoas que passaram por um processo formal de aprendizado, com base em um ensino sistematizado, com currículo definido e estabelecido por um ato normativo, e que, ao término do curso, receberam um diploma e a titulação específica (OGUISSO, 2007, p.103).

O Decreto Federal nº 791 estabelecia em dois anos a duração do curso de enfermeiros e enfermeiras e afirmava a necessidade de formação de mão-de-obra qualificada para prestar assistência aos enfermos. Essa medida contrariava a prática usual, até então, o cuidado era realizado por pessoas de boa vontade e imbuídas de espírito caritativo.

Além disso, em seu artigo segundo dispunha sobre as disciplinas a serem ministradas:

Art. 2º O curso constará:

1º de noções práticas de propedêutica clínica;

2º de noções gerais de anatomia, fisiologia, hygiene hospitalar, curativos, pequena cirurgia, cuidados especiais a certas categorias de enfermos e aplicações balneotherapicas;

3º de administração interna e escripturação do serviço sanitário e econômico das enfermarias. (BRASIL, 1890).

Observa-se que o presente decreto foi instituído para atender a demanda do mercado de trabalho e, para tanto, as disciplinas relacionadas priorizavam a técnica, previa uma formação hospitalocêntrica e subordinada ao médico.

Em 1896, enfermeiras inglesas fundaram a Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano, em São Paulo. Trata-se de importante marco teórico por ter sido, efetivamente, a primeira a adotar o modelo de ensino Nightingaleano (OGUISSO, 2007). Apesar do pioneirismo, não recebeu notoriedade pelos órgãos públicos brasileiros, provavelmente, por tratar-se de uma escola criada em hospital privado, localizada fora da capital do país.

Em 1916, no Rio de Janeiro, é criado o primeiro Curso Prático de Enfermagem na Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira<sup>12</sup>. O curso tinha como objetivo treinar socorristas voluntárias para situações de emergência e melhorar as condições de assistência aos feridos da Primeira Guerra Mundial (1914 – 1918). Posteriormente, responsável também pela formação das visitadoras sanitárias, para o Serviço de Tuberculose do então Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).

O início do século XX no Brasil foi um período marcado por mudanças na estrutura político-administrativa, concomitantes a modificações econômicas e sociais, a

---

<sup>12</sup> A Cruz Vermelha Brasileira foi organizada e instalada no Brasil em fins de 1908, tendo como primeiro Presidente Oswaldo Cruz. Destacou-se a Cruz Vermelha Brasileira por sua atuação durante a primeira Guerra Mundial (1914-1918). Fundaram-se filiais nos estados. Durante a epidemia de gripe espanhola (1918), colaborou na organização de postos de socorro, hospitalizando doentes e enviando socorristas a diversas instituições hospitalares e a domicílio. Atuou também socorrendo vítimas das inundações, nos estados de Sergipe e Bahia, e as das secas do Nordeste. Muitas das socorristas dedicaram-se ativamente à formação de voluntárias, continuando suas atividades após o término do conflito.

exemplo da urbanização e do aumento da população. Além disso, evidenciavam-se as péssimas condições de vida da população, a falta de controle sobre a circulação de mercadorias e as más condições de higiene e saúde da população. A elite política propôs então medidas de saneamento e melhoria da saúde pública. Isto ocorreu inserido em um contexto político-histórico pós Primeira Guerra Mundial, cuja produção do capital, carecia de indivíduos sadios para produzir e consumir produtos.

Para alcançar os objetivos propostos pelo Brasil República (sanar um país doente) e suprir as demandas e reivindicações de melhoria na saúde pública, em 1920, através do Decreto nº. 15.354, o governo criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), no então Distrito Federal, localizado na Cidade do Rio de Janeiro. O DNSP teve como objetivo ordenar a saúde pública através da organização dos serviços de assistência à saúde da população.

Em 1923, vinculada ao DNSP, durante a gestão do sanitarista Carlos Chagas (1879-1934), foi fundada a primeira Escola de Enfermagem que funcionava genuinamente sob a orientação e organização de enfermeiras. Posteriormente, em 1926, denominada de Escola de Enfermagem Ana Nery<sup>13</sup>. Era dirigida e organizada por um grupo de enfermeiras norte-americanas em parceria com a Fundação Rockefeller<sup>14</sup> e possuíam autonomia pedagógica (LIMA, 2010). Este foi um marco ao início do processo de reconhecimento do papel da enfermagem na assistência à saúde da população.

A Escola de Enfermagem propunha a formação de enfermeiras brasileiras para atuarem no serviço de saúde pública, principalmente no serviço de controle da tuberculose, doença com alto índice de morbidade e mortalidade no início do século passado (CARVALHO, 2008).

O modelo de formação adotado pela Escola de Enfermeiras Anna Nery, que fora designado como oficial pelo Estado foi baseado no modelo de formação instituído na Inglaterra, por Florence. Um tipo de seleção de candidatas e ensino para as “*Ladies*” e outro

---

<sup>13</sup> Anna Nery é considerada a primeira Enfermeira brasileira, a partir da assistência prestada aos feridos na Guerra do Paraguai (PAIXÃO, 1979).

<sup>14</sup> É uma fundação criada em 1913, nos Estados Unidos, com o objetivo de implantar medidas sanitárias uniformes no continente americano, promovendo o estímulo à saúde pública, o ensino, a pesquisa. Instituição filantrópica e de cunho científico, atuou prioritariamente nas áreas de educação, saúde e sanitarismo. Estava associada a um grande grupo industrial e comercial norte-americano, liderado pelo milionário John D. Rockefeller. Em 1923 estabeleceu convênio com o governo brasileiro, que garantiu a cooperação médico-sanitária e educacional para programas de erradicação das endemias, sobretudo em relação às regiões do interior, onde os trabalhos se concentraram no combate à febre amarela e à malária (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2007).

para as “*Nurses*”, conforme adotara Florence. Destaca-se ainda que a execução das atividades pelas *Nurses* deveria ser realizada somente sob supervisão das *Ladies*.

Nessa mesma década, o Brasil possuía mais quatro escolas de formação de enfermeiras, a saber: a Escola Alfredo Pinto, fundada em 1890 no Rio de Janeiro, seguindo os moldes franceses; a Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano de São Paulo, fundada em 1901, nos moldes ingleses; a Escola da Cruz Vermelha (conforme algumas literaturas foi a segunda Escola de Enfermagem do Brasil), fundada em 1916 no Rio de Janeiro; e a Escola do Exército, fundada em 1921. Sendo que essas últimas adotaram como modelo o currículo Europeu. Deve-se ressaltar que aos moldes europeus, as aulas eram ministradas por médicos e a direção das escolas também ficava a cargo desses profissionais (CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, 2009).

Em seu estudo sobre a história do ensino de enfermagem no Brasil, Pava e Neves (2011) afirmam que:

Até 1921, as escolas de enfermagem no Brasil, só formavam “auxiliares de saúde” sem a devida concepção de enfermagem como ciência. Com a chegada em 1921, das enfermeiras norte-americanas, as escolas de enfermagem e a própria profissão passam a serem consideradas uma ciência autônoma e a terem uma formação universitária. (PAVA; NEVES, 2011, p. 148).

Inserida na proposta de institucionalização e profissionalização da enfermagem, as enfermeiras da primeira turma da Escola do Departamento Nacional de Saúde Pública (1925) se reuniam com o propósito de fundar uma associação de ex-alunas. Em 12 de agosto de 1926 foi constituída a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED), reunindo enfermeiros de todo o Brasil. A ideia de associação foi se desenvolvendo e, a partir de 1954, passou a denominar-se Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), uma entidade de âmbito nacional, criada para atender inicialmente aos interesses das enfermeiras diplomadas, com forte caráter corporativista.

Dentre suas atribuições, foi expressiva a atuação junto ao ensino, às questões trabalhistas, defendendo os interesses trabalhistas e econômicos da profissão, e regulamentando a profissão da enfermeira (NASSER, 2010). Em seu estudo, Lima (2010), afirma que:

[...] apesar de não ter competência legal, atuou nos três pilares sobre os quais repousam a organização das profissões regulamentadas, cada qual com função diversa: associação, sindicato e fiscalização do exercício profissional, até a criação

dos primeiros sindicatos dos enfermeiros na segunda metade da década de 1970 e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 1973. (LIMA, 2010, p. 81).

Nesse contexto de regulamentação da profissão, em 15 de junho de 1931 foi aprovado o decreto lei nº 20.109, o primeiro a regular o exercício da enfermagem no Brasil, determinando que o curso passasse a ter três anos de duração, inserindo definitivamente o ensino de nível superior a enfermagem, com início em 1937. Assinado pelo Presidente Getúlio Vargas, além das normas de regulamentação, trouxe também aquelas que fixavam a equiparação das escolas de enfermagem existentes ao modelo de formação da Escola de Enfermagem Anna Nery, estabelecida como escola oficial padrão para o ensino da enfermagem e instituiu regras de utilização do título de enfermeiro (a) (LIMA, 2010).

A primeira escola que seguiu o modelo oficial padrão foi a Escola de Enfermagem Carlos Chagas de Belo Horizonte, Minas Gerais. As escolas da Cruz Vermelha Brasileira e a Escola de Enfermagem da USP foram igualmente equiparadas.

Apesar dos avanços conquistados com o decreto nº 20.109/31, ainda permanecia uma lacuna quanto à atuação e ensino dos homens e mulheres que operavam como práticos de enfermagem nos hospitais da época. Este fato pode deixar subtendida uma intenção velada em extinguir esse tipo de ensino e pode, ainda, revelar o acentuado poder corporativista das enfermeiras diplomadas.

Após 18 anos de criação da escola Anna Nery (1923-1941) havia no país seis escolas de enfermagem de nível superior. Entretanto, não resolveu questões relativas ao número de profissionais necessários à demanda exigida pelas instituições de saúde e pela população brasileira da época. Seria necessária a “criação de cursos regulares de enfermagem que pudessem preparar pessoal em larga escala para a assistência direta aos internados em hospitais” (CARVALHO, 1976 *apud* LIMA, 2010, p. 111). Pereira e Ramos, 2006, p. 28-29, esclarecem que “a finalidade era a formação centrada no trabalho como necessidade prática para a acumulação privada da riqueza social gerada pela modernização”.

Neste mesmo período houve o avanço da instalação de grandes hospitais nas cidades e ampliação das atividades do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp)<sup>15</sup> para o

---

<sup>15</sup> Os Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas realizaram, de 15 a 28 de janeiro de 1942, no Rio de Janeiro, uma Reunião de Consulta, cuja ata final documenta, no capítulo "Melhoramentos em Saúde Pública", esse importante marco da história desse campo de ação governamental (...) Dessa reunião resultaram entendimentos entre os Governos do Brasil e dos Estados Unidos da América que levaram à criação, em 1942, no Ministério da Educação em Saúde, de um Serviço Especial de Saúde Pública destinado a desenvolver inicialmente no Vale do Amazonas e, em seguida, no Vale do Rio Doce, atividades gerais de saúde e saneamento

interior do país. Prevalencia o modelo hospitalocêntrico e evidenciava a insuficiência de pessoal de enfermagem para assistir aos internados. Diante disso, era preciso criar uma categoria parcialmente habilitada para executar atividades de enfermagem.

Diante das demandas apresentadas e após várias discussões sobre a necessidade e modelo de formação profissional para os encarregados do cuidado ao usuário, a ABEn e a Escola Anna Nery, criaram em 1941, nessa escola, o primeiro curso para a formação profissional de auxiliares de enfermagem, com 18 meses de duração (LIMA, 2010).

Em 22 de janeiro de 1946, pelo Decreto Lei nº 8.772, foi criada a carreira de auxiliar de enfermagem do quadro permanente do Ministério da Educação e Saúde, mesmo não havendo regulamentação do curso e da profissão de auxiliar de enfermagem.

O curso de formação de auxiliares de enfermagem só foi regulamentado em 1949, com a sanção da Lei nº. 775. Essa lei procurou regular o ensino de enfermagem no país e, para tanto, criou uma distinção clara, entre duas categorias: “Curso de Enfermagem” e “Auxiliar de Enfermagem”. Sendo que o primeiro era o Ensino Superior de Enfermagem, com duração de trinta e seis meses e, o segundo se equiparava ao técnico, com duração de dezoito meses.

Essa normativa buscou suprir o então elementar e pouco desenvolvido mercado de trabalho hospitalar. Além disso, reforçou a concepção da dualidade existente no ensino, com uma formação voltada exclusivamente ao trabalho e, outra, que compreende uma formação de trabalhadores mais envolvida pela formação geral e científica.

Faz-se importante destacar que ainda predominava a formação profissional determinada pela lógica do mercado de trabalho da época, com enfoque biológico e técnico, orientado pela qualificação. Nesta concepção, os enfermeiros eram responsáveis pelas funções administrativas e burocráticas, já os auxiliares de enfermagem eram encarregados do cuidado ao usuário. Segundo (STROOBANTS, 1997), a qualificação profissional limita o indivíduo a aprendizagem fragmentada e rígida, impedindo o domínio intelectual das práticas sociais e produtivas.

A partir da Lei nº. 775/49 ficou clara a denominação do profissional Auxiliar de Enfermagem. Lima descreveu:

---

que também incluíam o combate à malária, a assistência médico-sanitária dos trabalhadores ligados ao desenvolvimento econômico das duas regiões (...), o preparo e o aperfeiçoamento de médicos e engenheiros sanitaristas, de enfermeiras e outros profissionais de saúde (BRAGA, 1984, p.104 *apud* FINKELMAN, 2002, p. 47).

[...] todo aquele que não é um prático de enfermagem reconhecido legalmente, seja porque se recusou a se submeter ao exame diante das enfermeiras diplomadas, seja porque não tinha dinheiro para pagar a inscrição do exame, ou mesmo o grande contingente de mulheres treinadas nos 'cursos de guerra', passou a ser denominado de atendente de enfermagem. Concretamente, não havia diferença nas atribuições profissionais de práticos, atendentes e auxiliares de enfermagem. O que diferencia os dois primeiros é a posse do certificado profissional, expedido a partir do momento em que o "tirocínio prático" foi reconhecido por um exame de qualificação prática; e o que diferencia os práticos e os atendentes dos auxiliares é que estes detêm, além do "tirocínio prático", a posse da qualificação escolar, um aspecto distintivo que oficializa a seletividade por meio dos exames de admissão. (LIMA, 2010, p. 116, grifo do autor).

A Lei nº. 775/49, no seu artigo quinto, estabelecia a exigência do curso secundário completo para ingresso ao Ensino Superior de Enfermagem e a ABEn, como entidade de classe, buscou regulamentar essa exigência para formação. Entretanto, aceitou durante doze anos, até 1961, somente a apresentação do certificado de conclusão do curso ginásial para a matrícula. Lima (2010) explica que mesmo considerando que algumas escolas de enfermagem já estivessem integradas às universidades, no período de 1949 a 1961, a formação de enfermeiras no Brasil era de nível médio.

Em 17 de setembro de 1955 é aprovada a Lei n. 2.604, que regulamenta o exercício da enfermagem profissional. Essa lei trouxe normas quanto à liberdade do exercício de enfermagem em todo o país; contemplava e reconhecia quem poderia exercer a profissão: enfermeiro, obstetrix, auxiliar de enfermagem, enfermeiro prático ou prático de enfermagem, parteira e parteira prática (BRASIL, 1974).

Em relação às atribuições do enfermeiro e obstetrixes, a lei supracitada expressou a questão gerencial no serviço hospitalar, participação em bancas examinadoras de práticos de enfermagem, supervisão das atividades das outras categorias e não especificou nada quanto à assistência ao usuário. Aos auxiliares e enfermeiros práticos de enfermagem, a lei lhes atribuiu todas as atividades da profissão, excluídas as destinadas aos enfermeiros e da mesma forma fez com as parteiras em comparação as obstetrixes (LIMA, 2010). Além disso, destacou que todas as ações dos auxiliares e práticos de enfermagem estariam subordinadas a orientação médica ou do enfermeiro.

Apenas o decreto 50.387/61, que regulamentou a lei n. 2.604/1955, acrescentou às atribuições anteriores de enfermeiros e auxiliares a execução de atos que visassem à educação sanitária do doente, da gestante ou do acidentado, bem como a educação sanitária, administração de medicamentos e tratamentos prescritos por médicos e aplicação de medidas destinadas a prevenção de doenças. Da mesma forma tratou o assunto para as obstetrixes e os auxiliares de enfermagem (BRASIL, 1955).



Pode-se observar que a legislação em questão não contemplou os atendentes de enfermagem, representando a maior parte de profissionais que atuavam na assistência direta aos doentes em ambiente hospitalar. O que evidencia as várias lacunas e a ausência de clareza que acompanha a legislação de enfermagem desde os seus primórdios, deixando dúvidas quanto ao seu fiel exercício e dando margens a várias interpretações.

Durante sua evolução como profissão, a Enfermagem, passou por vários momentos em relação ao cuidado da pessoa doente, ora adotando o modelo religioso de cuidado aos doentes, ora o biomédico. Conforme estudado e abordado em vários momentos do texto, prevalecia à lógica do capital, a formação técnica e fragmentada, com ênfase na doença.

Analisando a Enfermagem no Brasil, desde Florence Nightingale até 1950, observa-se pouca ou nenhuma preocupação com as questões humanísticas. Nota-se em sua evolução uma inquietação pela formação do saber fazer, com disciplinas eminentemente científicas e práticas avançando para a formação enquanto prática humana, com valores éticos e morais a serem considerados.

No que se refere a uma prática mais reflexiva na área de enfermagem no Brasil, somente no final dos anos 60 e a década de 70 que surgiram nomes como o da enfermeira Wanda de Aguiar Horta propondo novos caminhos para a formação profissional.

Em seus estudos, Horta “faz um relacionamento entre os conceitos ser humano, ambiente e enfermagem. Na interação com o universo dinâmico, o ser humano vivencia estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço (NEVES, 2006, p. 557). Afirmou que a enfermagem necessitava de três seres: ser enfermeiro; ser cliente/paciente; ser enfermagem. Segundo Horta e Castellanos (1979, p. 35), o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, tendo como objetivo à assistência ao ser humano.

A partir dos estudos de Horta é possível observar que há uma preocupação em colocar o ser humano como centro das ações de cuidado. A doença passa a não ser mais o principal foco de atuação da enfermagem.

### 2.2.1 A formação e o ensino na Enfermagem pós LBD/1961

O ano de 1961 foi um marco importante para a história do ensino de enfermagem no Brasil, visto que houve a promulgação da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação

Nacional (LDB) nº 4.024, em 20 de dezembro. Essa lei propunha mudanças nas estruturas de todos os cursos e consagrou a enfermagem como curso superior. Conforme destacado por Monteiro:

A 20 de dezembro de 1961 foi, então, promulgada a Lei nº 4.024/61 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional ou LDB, a primeira cronologicamente falando. Ela teve papel fundamental nos rumos da educação nacional e impactou diretamente sobre a questão da formação do enfermeiro e do ensino na Enfermagem. Com efeito, entre suas diversas providências, exigia que todos os candidatos aos concursos vestibulares dos cursos superiores, tivessem concluído o ciclo colegial (secundário completo) ou equivalente. A LDB encerrou onze anos de discussão entre diretoras de escolas, acerca dos requisitos de escolaridade para o ingresso de alunas no curso de enfermagem. Ao estabelecer que somente concluintes de curso secundário poderiam pleitear ingresso no curso, alçou definitivamente a profissão para o nível superior. (MONTEIRO, 2009, p. 23).

A Lei nº 4.024 explicitou a possibilidade para a criação do curso técnico em enfermagem, como um intermediário entre o de graduação e o de auxiliar, que estaria na faixa do segundo grau. É possível afirmar que houve avanço no ensino da enfermagem, novos rumos foram propostos. Entretanto, não houve progresso imediato devido às condições socioeconômicas e culturais de muitas regiões brasileiras e da carência de pessoal com a formação exigida pela lei. Na época, a assistência de enfermagem, era realizada na sua grande maioria por pessoal formado através de treinamento em serviço.

Alguns anos depois, foi expedida a Portaria nº 106/65, do Ministério da Educação e Cultura. Essa legislação fixou normas para o currículo mínimo do Curso de Auxiliar de Enfermagem, determinou a duração de dois anos letivos de 180 dias e a idade mínima de 16 anos para o ingressante. No que tange ao currículo mínimo, estipulou cinco disciplinas gerais, relativas às duas primeiras séries ginasiais, e, as disciplinas específicas passaram a ser: fundamentos de enfermagem (anatomia, fisiologia e patologia); técnicas de enfermagem (médico-cirúrgica, materno-infantil e de saúde pública); higiene e profilaxia; e, ética e história de enfermagem. Novos locais de estágios foram acrescentados em clínica ginecológica e obstétrica; clínica urológica e clínica pediátrica (BRASIL, 1974).

Outro aspecto a ser lembrado é que durante o período do governo de Juscelino Kubitschek (JK) (1956 – 1961), houve um acelerado crescimento econômico no país, ampliação da produção de serviços médicos hospitalares e a inserção de equipamentos médicos no processo de trabalho em saúde, no âmbito hospitalar. Diante desse novo cenário, surge a necessidade da formação profissional em nível médio e elementar para suprir as demandas do mercado de trabalho “os auxiliares de nível elementar devem ser preparados ao

mínimo possível, pelos próprios órgãos interessados (...) e serem recrutados localmente (...)” (BRASIL, 1967, p. 11).

Esse fato reforçava a concepção tecnicista de educação profissional. Contribuiu para condicionar as ações feitas pelos trabalhadores técnicos em saúde e restringir a formação profissional a meros treinamentos. Segundo Pereira e Ramos (2006), a formação desses trabalhadores apresentava uma dimensão operacional que os tornava alienados diante da complexidade que envolve o processo de trabalho em saúde.

Diante dessa nova realidade política e econômica do Brasil, a educação se destina a qualificar e ofertar força de trabalho para o mercado, procura suprir os interesses do capital. Lima (2010, p. 147), reafirma o contexto apresentado dizendo que:

[...] o processo pelo qual o Estado, com os recursos previdenciários, assegura a ampla predominância da empresa privada (clínicas e hospitais particulares) na prestação dos serviços de saúde, o que leva à constituição de empresas capitalistas no setor e consequentemente à maior tecnificação do ato médico, ao assalariamento em larga escala dos trabalhadores de saúde e a uma maior divisão técnica do trabalho. A articulação da medicina com o mundo da produção de mercadorias se aprofunda com a ampla utilização dos medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica, com seus produtos sempre renovados, e a incorporação de uma variedade de equipamentos, máquinas e insumos produzidos por diversos setores industriais, que ao serem consumidos completam o ciclo de valorização do capital. (LIMA, 2010, p. 147).

Para Germano, o novo currículo refletia as mudanças sociais e políticas da profissão para o período:

[...] emerge num momento em que a economia brasileira começa a atender para um processo excludente e concentrador de renda, e dessa forma, coincidentemente a preocupação primordial do currículo de enfermagem incide agora sobre as clínicas especializadas, de caráter curativo. (GERMANO, 1993, p. 39).

A educação dos trabalhadores em saúde estava inserida em um modelo de desenvolvimento e capacitação adequados aos diferentes processos de trabalho e ao modelo de atenção vigente. Nesse sentido, a organização curricular centrava-se nos aspectos curativos em detrimento aos preventivos, desconsiderando o cuidado integral e humanizado.

Paralelo ao processo de reconhecimento do ensino técnico em saúde no Brasil, ainda na década de 1960, ocorria discussões internacionais que pregavam um modelo de educação que desenvolvesse integralmente o ser humano, como forma de fortalecer o progresso econômico e social dos países da América Latina, principalmente o Brasil. Essas ideias foram propostas na Carta de Punta Del Este, que elaborou o Primeiro Plano Decenal de

Saúde para as Américas. Mas, somente em 1967, o Brasil validou as propostas desta Carta. Isto aconteceu na IV Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde” (PEREIRA; RAMOS, 2006).

A IV Conferência Nacional de Saúde aconteceu em um período turbulento. O Brasil possuía um Estado Militar autoritário com repressão política, “arrocho” salarial e restrição ao crédito. Além disso, há grande investimento de capital estrangeiro que passa a exercer forte influência no processo econômico, político e social do país. Esse período registra um tempo de grande desenvolvimento econômico no Brasil, conhecido como “Milagre Econômico”<sup>16</sup>. No que tange à formação profissional em saúde, Dantas e Aguillar (1999), esclarecem que:

Houve no final da década de 60 e início dos anos 70, incentivos para a criação de cursos técnicos em várias áreas da economia nacional, o que, no nosso entendimento, foi ao encontro dos interesses difundidos pela política adotada durante os anos do “milagre econômico”, com a inserção do país na divisão internacional do trabalho e a necessidade de desenvolvimento acelerado. Na enfermagem, foram criadas quatro escolas técnicas de enfermagem, em caráter experimental. (SEMINÁRIO REGIONAL DE ENSINO MÉDIO EM ENFERMAGEM, 1966, *apud* DANTAS; AGUILLAR, 1999, p. 28).

Inserida em uma perspectiva de aumento do quantitativo de pessoal para atuar na enfermagem, e, amparado pela LDB n° 4.024/61, são aprovados dois cursos de técnicos de enfermagem, de nível médio, em 1966. Um na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro e, outro, na Escola de Enfermagem Luiza de Marillac da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Os atendentes de enfermagem encontravam-se aquém da legislação da época. Tratava-se de uma categoria sem definição legal. Em 1967, por meio do Decreto-Lei n° 299 essa categoria que não tinha definição legal, viria a ser extinta. Essa normativa reuniu o auxiliar de enfermagem, o enfermeiro-auxiliar, o enfermeiro militar e o assistente de enfermagem, sob a denominação única de auxiliar de enfermagem.

No final da década de 60, em 28 de novembro de 1968, foi promulgada a Lei n° 5.540, mais conhecida como Lei da Reforma Universitária. Essa normativa fixou regras de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média. No

---

<sup>16</sup> Período compreendido entre os anos de 1968 e 1973, durante a Ditadura Militar no Brasil, marcado por forte crescimento da economia, que apresentava uma taxa média de 11,1% ao ano, no qual o país também se beneficiou de uma conjuntura econômica mundial (LIMA, 2010).

que se refere à enfermagem, implicou na sanção do Parecer nº 163/1972 e na Resolução nº 04/1972 que reorganizou o currículo da enfermagem. Essa revisão curricular recomendou o domínio de técnicas avançadas em saúde, em razão da evolução científica e a necessidade de uma formação centrada no modelo hospitalocêntrico, curativo, individual e especializado (LIMA, 2010; PEREIRA; RAMOS, 2006).

Em 11 de agosto de 1971, é aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, a LDB nº 5.692 que fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus. Além disso, sugeriu como objetivo geral “proporcionar ao educando a formação necessária ao desenvolvimento de suas potencialidades, como elemento de auto realização, qualificação para o trabalho e preparo para o exercício constante da cidadania” (DANTAS; AGUILLAR, 1999, p. 28). No que se refere à formação de nível médio em enfermagem Oguisso relata:

Com o advento dessa nova lei, o curso Técnico de Enfermagem e o Curso de Auxiliar de Enfermagem passaram, real e efetivamente, a integrar o sistema educacional do país, ao nível de 2º grau. A tônica constante em toda a nova Lei de Diretrizes e Bases para o ensino secundário ou de 2º grau é a profissionalização, isto é, a "formação para o trabalho, no seu sentido de terminalidade e o preparo para o ensino superior, no sentido de continuidade". (OGUISSO, 1977, p. 169).

Pereira e Ramos (2006) esclarecem que conforme “consta na Lei 5.692/71, de acordo com a carga horária do currículo, as habilitações de 2º grau poderão formar técnicos (habilitação plena) ou auxiliares (habilitação parcial)” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 35). Esta afirmação condiz com Oguisso, quando informa que:

O curso regular de 2º grau, que conduz à habilitação parcial de enfermagem, com duração de três anos, leva à formação do Auxiliar de Enfermagem, conferindo certificado ao concluinte. O curso que conduz à habilitação plena de enfermagem leva à formação do Técnico de Enfermagem, conferindo diploma ao concluinte. (OGUISSO, 1977, p.170).

No que se refere à carga horária do curso técnico e de auxiliar, Pereira e Ramos (2006), esclarecem que:

Na saúde, para formação de técnicos, é exigido, nesse momento, um mínimo de 2.200 horas, onde estão incluídas pelo menos 1200 de conteúdo profissionalizante. Para os auxiliares, 2.200 horas, com pelo menos 300 horas de conteúdo profissionalizante. (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 35).

Ambos os cursos, isto é, de habilitação parcial ou plena, podem ser realizados também pelo sistema supletivo. Nesse caso, há redução da duração do curso, mas a carga

horária é a mesma dos cursos regulares, como também os títulos e os comprovantes de conclusão.

Além dos cursos de habilitação parcial ou plena, havia ainda a possibilidade do candidato se submeter a exame de suplência. Nessa modalidade de ensino há redução da duração do curso, sem prejuízo da carga horária, o que ocorre é um aproveitamento do tempo de trabalho em instituições de saúde. Pereira e Ramos (2006) explicam que:

A referida lei garante também que as habilitações de 2º grau podem ser adquiridas através do exame de suplência profissionalizante, que conferia diploma a quem tivesse pelo menos dois anos de trabalho em instituições de saúde, com a exigência que fosse cumprida a educação geral por via regular ou supletiva. (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 36).

Lima (2010), diz que para os práticos e atendentes de enfermagem que até aquele momento não haviam obtido o certificado de habilitação técnica em nível de segundo grau, o Conselho Federal de Educação recomendava o exame de suplência profissionalizante. O ideal seria qualificar um expressivo número de trabalhadores, dado ao momento histórico, social e econômico em que se encontrava o país.

Faz-se importante relembrar que no período histórico denominado de "Milagre Econômico", o crescimento da economia brasileira favoreceu a criação de muitos empregos, conseqüentemente houve aumento da demanda de mão de obra qualificada.

Apesar da grande expansão da economia vivenciada no início da década de 70, era possível observar que, no final desse período, o número de pobres não diminuiu, houve um aumento das desigualdades sociais. O governo afirmava que as empresas precisavam do capital para investimento contínuo, o que justificava os baixos salários dos empregados. Logo, o Brasil encontrava-se com um quadro de acúmulo de riqueza para poucos e baixos salários e pobreza para muitos.

O final dos anos 70 foi um tempo marcado pelas difíceis condições de vida e saúde da população, recessão econômica com altos índices de desemprego, inflação e pobreza para a população brasileira como um todo.

Insatisfeita com tantas mazelas, a população começou a organizar movimentos para reivindicar melhores condições de vida e saúde. Concomitante a esse contexto iniciava-se a abertura política no país, o que possibilitou a organização de movimentos sociais. Nesse sentido, Luz (1991), pontua que:

[...] cientistas, acadêmicos e tecnocratas progressistas discutiam em congressos e seminários nacionais e internacionais a degradação das condições de vida da população, consequência da política econômica que levava ao "milagre brasileiro", trazendo para essa discussão o testemunho de cifras e taxas dramáticas sobre o acúmulo das doenças endemias e epidemias. (LUZ, 1991, p. 83).

Buscando uma solução para a crise estabelecida no setor saúde, é expedida a Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde e recomenda a integração entre todos os setores da saúde.

Diante das repercussões do modelo econômico sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde existente na época, instituiu-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS no período de 1976-1979. Suas diretrizes tinham como objetivo a organização de uma estrutura básica de saúde nos Municípios com até 20.000 habitantes, utilizando pessoal de nível auxiliar e da própria comunidade. Segundo Lima (2010), tratava-se de um programa de interiorização do atendimento, destinado a áreas onde concentravam parcelas da população que vivia em estado de pobreza absoluta e com pouca expressão econômica e política.

A década de 80 se apresentou como um cenário de mudanças para a sociedade brasileira, cedendo espaço para organização de movimentos sociais, dentre os quais se destaca o Movimento da Reforma Sanitária<sup>17</sup>. Esse Movimento mobilizou vários setores da sociedade na reorganização do setor saúde. Propunha princípios como equidade, integralidade e universalidade, além de idealizar uma formação profissional generalista, com profissional apto a atuar em diferentes níveis de atenção à saúde.

Para Renovato *et al.*, (2009, p. 245), “da década de 1960 até o final do século XX, as Matrizes Curriculares do Ensino da Enfermagem contribuíram para a formação tecnicista, permeada de discursos acerca da neutralidade científica”. Trata-se de um período que busca regulamentar a formação e a atuação do profissional de enfermagem através de órgãos reguladores e fiscalizadores.

No que tange à atuação do profissional de enfermagem, em 1986, por meio da Lei nº 7.498, o COFEN dispõe sobre a regulamentação do exercício dessa profissão e as atribuições das três classes existentes. Segundo esta mesma Resolução, a Enfermagem estaria subdividida em três categorias diferentes, definidos como: Profissional Enfermeiro, dotado de

---

<sup>17</sup> Esse Movimento será abordado também no capítulo que trata da Humanização no Contexto da Formação Profissional em Saúde, no texto: 4.1 O SUS e as propostas de mudança do modelo de atenção à saúde.

Graduação em Enfermagem; Técnico de Enfermagem, profissional com nível técnico de instrução, exigido deste o ensino médio; e o Auxiliar de Enfermagem, profissional com conhecimentos básicos de Enfermagem, sendo que este deve ser dotado de no mínimo o nível escolar fundamental.

A diferença do Enfermeiro das demais categorias é a abordagem científica adotada por este profissional, o que lhe confere autonomia e hierarquia na profissão. Sendo assim, as intervenções de auxiliares e técnicos de Enfermagem devem ser realizadas sob a supervisão de um Enfermeiro.

No que se refere à formação e ensino impostos por esse novo cenário, iniciou-se as discussões para reformulação do currículo na enfermagem, pois o mesmo não seria mais capaz de atender as exigências impostas pelo setor da saúde no Brasil (ITO *et al.*, 2006; MISSIO, 2007). Além disso, fazia-se mister aumentar o número de profissionais habilitados para atuar no setor saúde. Para suprir essa demanda foi criado o Projeto de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde em Larga Escala. Bassinello e Bagnato (2009) descrevem:

O Projeto de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde em Larga Escala, também conhecido como Projeto Larga Escala – PLE, surgiu em 1981, fruto do processo de reformulação dos serviços de saúde que visavam à extensão de cobertura - a implantação acelerada de uma rede básica de unidades de saúde, com prioridade para as populações rurais de pequenos centros e da periferia das grandes cidades. (BASSINELLO; BAGNATO, 2009, p. 195).

Ao longo do tempo verifica-se uma série de legislações que se interpõem, que buscam profissionalizar e regulamentar uma ocupação considerada leiga, outrora realizada por caridade e amor. Almejavam a profissionalização de um ofício, o reconhecimento social, como já ocorria em outros países.

Paralelo a esse contexto, em 1988, foi promulgada a oitava Constituição do Brasil. Trata-se de um importante marco para a história da saúde pública brasileira, visto que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, em 1990, o SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde Lei nº 8.080 de 19 de setembro e Lei nº 8.142 de 28 de dezembro. Essas leis abordam o conceito ampliado de saúde, define os princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e os princípios organizativos do SUS (descentralização com comando único, a regionalização e hierarquização dos serviços, e a participação comunitária).



Tendo origem no Projeto Larga Escala, iniciado em 1985, foram criadas as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) com o objetivo de ofertar cursos profissionalizantes para trabalhadores que atuam no sistema de saúde sem qualificação específica, oferecendo suporte ao processo de municipalização do SUS no Brasil. Em 2000, houve a formação da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) que atuam na formação profissional de técnicos em diversas áreas da saúde.

Conforme já descrito, foram várias as propostas para qualificação de pessoal na área da enfermagem. Entretanto, ainda persistia a prática de contratação de recursos humanos não formalizados. A falta de qualificação dos trabalhadores que atuavam nos múltiplos espaços e ações de Saúde oferecia riscos tanto para população atendida quanto para os próprios trabalhadores. Diante dessa situação, no governo Itamar Franco (1992-1994), em 28 de dezembro de 1994 é aprovada a Lei nº 8.967 que assegurava “aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência desta Lei, o exercício das atividades elementares da enfermagem”, sob a supervisão do enfermeiro, ou seja, “autorizando a prática de um trabalhador considerado ilegal pela Lei do Exercício Profissional” (LIMA, 2010, p. 356).

### 2.2.2 A formação e o ensino na Enfermagem pós LDB/1996

Em 24 de Dezembro de 1996 é aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 9.394, mais conhecida como Lei Darcy Ribeiro. Trata-se de importante instrumento legal para a estrutura educacional brasileira.

Segundo Pereira e Ramos (2006), a LDB/96 apresentou pelo menos três marcos conceituais importantes, a saber:

- a) O alargamento do significado da educação para além da escola;
- b) Uma concepção também mais ampliada de educação básica, nela incluindo o Ensino Médio;
- c) Como consequência do anterior, a caracterização do Ensino Médio como etapa final da educação básica, responsável por consolidar e aprofundar os conhecimentos adquiridos pelo educando no Ensino Fundamental, possibilitando o prosseguimento de estudos, a inserção no mundo do trabalho, bem como o exercício da cidadania. (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 80-81).

A referida LDB foi considerada por alguns autores como “minimalista”, visto que não garantiu os fundamentos necessários para a consolidação de uma nova política educacional no Brasil. Entretanto, o seu texto, permitiu várias reformas na Educação do país.

No que se refere à Educação Profissional, a LDB/96 destinou capítulo específico para abordar o assunto, evidenciando a sua importância no contexto da Educação atual. Desta forma, Gílio (2000), diz que na atual LDB:

O ensino profissionalizante de segundo grau deixa de existir, substituído pelo ensino técnico com organização curricular própria, desvinculado e independente do ensino médio, ministrado apenas em instituições especializadas, em nível de pós-secundário, posição intermediária entre o ensino médio e a universidade. (GÍLIO, 2000, p. 70-71).

Posteriormente, é estabelecido um novo paradigma para a Educação Profissional. Em 17 de abril de 1997 o governo instituiu o Decreto 2.208/97 que em seu artigo primeiro afirmava que: “a educação profissional tem por objetivo: promover a transição entre a escola e o mundo do trabalho, capacitando jovens e adultos com conhecimentos e habilidades gerais e específicos para o exercício de atividades produtivas” (BRASIL, 1997a, p.51).

O Decreto 2.208/97 desvinculou a Educação Profissional do Ensino Médio, ambos passaram a ter organização curricular próprias e independentes. Pereira e Ramos (2006, p. 81) afirmam que “observou-se, como este movimento, não uma ruptura com o modelo produtivista de Ensino Médio, mas sim uma atualização de diretrizes curriculares a nova divisão social e técnica do trabalho.”

Na área da enfermagem, a década de 1990 foi marcada por expressivo número de profissionais sem qualificação. Diante disso, houve uma mobilização das políticas educacionais de profissionalizações para a formação de técnicos e auxiliares de enfermagem (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Em 18 de outubro de 1999, por meio da Portaria nº 1.262/GM, é criado o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) do Ministério da Saúde, para ser desenvolvido no período 1999 a 2003. Entretanto, só foi operacionalizado em 2001. Tinha como objetivo a qualificação profissional de nível básico, técnico e pós-técnico, e fez com que muitos atendentes de enfermagem buscassem o ensino para adquirir uma profissão formalizada. (BRASIL, 1999). Essa estratégia buscava melhorar a qualidade da assistência prestada pelos trabalhadores de enfermagem nas unidades do SUS.

O PROFAE foi um projeto criado para suprir, emergencialmente, uma demanda social e foi viabilizado pelo Parecer da Câmara de Educação Básica nº 10, de 05 de abril de 2000. Entretanto, o Auxiliar de Enfermagem não se enquadrava na proposta de formação do referido projeto. Conforme o Decreto nº 2.208, de 17 de abril de 1997, a educação profissional de nível básico era modalidade de educação não formal, não se enquadrava como

roteiro para habilitação do Técnico de Enfermagem. Sendo assim, não estaria sujeito à regulamentação curricular, visto que sua qualificação profissional era de nível fundamental (BAGNATO *et al.*, 2007). Diante disso, os alunos do PROFAE seriam estimulados a cursar o ensino médio, continuando seus estudos até a conclusão do Técnico em Enfermagem. (BASSINELLO, 2002).

Empenhados na proposta de formação e regulamentação do ensino em enfermagem, baseado na experiência do ‘Larga Escala’, e, dentro da concepção de integração ensino-serviço, descentralização dos cursos para os municípios brasileiros e articulação com o ensino supletivo, foi realizada nova modalidade de formação, dentro do quadro referencial de Educação de Jovens e Adultos (EJA), segundo Parecer CNE/CEB nº 11, de 10/5/2000 (LIMA, 2010).

Esse modelo de formação desenvolveu-se em torno de três grandes eixos de: Complementação do Ensino Fundamental, Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem e de Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem para Técnico em Enfermagem, Curso de Especialização *lato-sensu* em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem, na modalidade de ensino a distância voltado para a formação de enfermeiros que atuavam nos cursos (BRASIL, 2001; LIMA, 2010).

Inserido nesse contexto, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) apresentou novas legislações que regulamentaram o ensino profissional em enfermagem. Dentre elas, a Resolução COFEN n.º 276, de 01 de outubro de 2003, que oferta aos auxiliares de enfermagem ingressantes na categoria, apenas a inscrição profissional temporária e determina o prazo de cinco anos para que os profissionais se habilitassem como técnico em enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007). Nessa perspectiva, Lima (2010), afirma que:

[...] o PROFAE foi, antes de tudo, um projeto circunstancial e emergencial [...]. Dessa forma, contribuiu para a "extinção" dos atendentes, sedimentou a escolarização regular dos auxiliares de enfermagem e aumentou o contingente de técnicos médios no mercado de trabalho setorial para o exercício do trabalho complexo na área de enfermagem, tendo em vista as mudanças na base técnica da produção e dos novos modelos de gestão do trabalho. No entanto, também contribuiu para redefinir a relação trabalho e educação na área da saúde sob a lógica das competências e induziu o fortalecimento do mercado educativo ou o privatismo da formação profissional em saúde. (LIMA, 2010, p. 411).

Concomitante ao processo de organização curricular da Educação no Brasil, no período de 1999 a 2002, o Ministério da Saúde propunha ações e programas que procuraram

resgatar os princípios éticos no trato com a vida humana, demonstra uma preocupação com a humanização da assistência dispensada ao usuário. Entretanto, essas ações foram restritas a prática profissional dentro do ambiente hospitalar. Até então, a humanização não era abordada como temática que devesse acompanhar todo o processo de formação do profissional de saúde.

Somente no ano de 2003 que o Ministério da Saúde definiu uma política pública e transversal de humanização da/na saúde, denominada de Política Nacional de Humanização (PNH). Essa política propunha a humanização como eixo norteador das práticas de saúde em todas as instâncias do SUS (BRASIL, 2008a). Tornava-se necessário uma interface entre setor da educação e setor da saúde, repensando o ensino em saúde como campo favorável para a formação de profissionais mais éticos, humanos, comprometidos com os princípios do SUS e com o bem-estar social.

Respaldado na experiência do PROFAE, em 18 de dezembro de 2009, o Ministério da Saúde, expediu a Portaria n.º 3.189 que criou o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – PROFAPS. Esse programa tinha como objetivo contribuir para a melhoria da Atenção Básica e Especializada em Saúde, capacitando inicialmente técnicos nas áreas de: Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Enfermagem e Vigilância em Saúde, como também houve a qualificação de Cuidadores de Idosos e de profissionais que atuam em instituições de longa permanência, além da formação inicial dos Agentes Comunitários da Saúde. A execução técnico-pedagógica dos cursos de formação de trabalhadores ficaria, a priori, a cargo das Escolas Técnicas do SUS, Escolas de Saúde Pública e Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2013b).

Conforme pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem em 2010, é possível afirmar que os técnicos de enfermagem representam a maioria da categoria profissional. Foram constatados pela pesquisa sobre o perfil profissional da enfermagem, que 19,81% dos profissionais são enfermeiros, 43,18% são técnicos de enfermagem, 36,80% são auxiliares de enfermagem, 0,01 são parteiras e 0,21 não informaram (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

A história da formação do ensino em enfermagem também é bastante contraditória, ora muito prática, ora acadêmica, buscando alcançar o nível superior e nível

médio técnico. Sempre marcada e determinada pelo contexto social, político e econômico em que está inserida.

Diante disso, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em face dos princípios fundamentais que norteiam a profissão, complementa que:

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007, p. 5).

Inserida em um contexto de aperfeiçoamento de ações de educação para o SUS, a Enfermagem deve buscar a formação de profissionais críticos, reflexivos, com compromisso político e capaz de enfrentar os problemas de saúde do indivíduo e da coletividade. Deve extrapolar o modelo hospitalocêntrico, biológico e medicalizante que sempre acompanhou a história das práticas em saúde com a valorização da consciência crítica e ética, necessários a condição humana.

Diante disso, a Resolução nº 6, de 20 de setembro de 2012 e o Parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica – CNE/CEB nº 11, de nove de maio de 2012 organizam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a Educação Profissional, por áreas (BRASIL, 2012a).

Segundo a Resolução CNE/ CEB nº 04 de 06 de junho de 2012, que trata da atualização do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, devem compor a estrutura curricular para o curso técnico em Enfermagem os seguintes temas: processos saúde - doença e seus condicionantes, políticas de saúde, anatomia, fisiologia, nutrição, farmacologia, microbiologia e parasitologia, processo de trabalho, humanização, ética e legislação profissional, fundamentos da enfermagem, enfermagem neonatológica, obstétrica, neuropsiquiátrica e UTI, suporte básico à vida e biossegurança. É necessária uma carga horária mínima de 1.200 horas e complementada com o estágio supervisionado que somam 50% da carga horária mínima. (BRASIL, 2012a).

Sendo assim, os novos currículos devem priorizar a formação inovadora, centrada na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores, com a

interação entre ensino e serviço, tendo como objetivo o suprimento das necessidades de saúde do Brasil. Faz-se necessário uma formação que desperte a reflexão crítica sobre a realidade social e o processo de trabalho, que responda às necessidades sociais, qualificando o profissional para além do mercado de trabalho.

## **CAPÍTULO 3- Humanização no Contexto da Formação Profissional em Saúde.**

### **3.1 O SUS e as propostas de mudança do modelo de atenção à saúde**

A história da saúde pública brasileira, desde a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil, revela o descaso do Estado com a saúde da população.

Antes do século XIX, não se encontravam, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho de Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade. A atuação do Estado e dos médicos tinha como objetivo evitar a morte (MACHADO *et al.*, 1978).

Cabe ressaltar que a evolução da história das políticas de saúde estava diretamente relacionada à evolução político-social e econômica, a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu aos avanços do capitalismo na sociedade. Para o Ministério da Saúde (2004b, p. 11):

No que concerne à saúde preventiva, ao longo de toda a existência, o Brasil enfrentou diversas dificuldades institucionais e administrativas decorrentes do limitado desenvolvimento científico, tecnológico e industrial, bem como pela expansão da assistência médica, atrelada à lógica do mercado. Mas, também, principalmente, pelo lento processo de formação de uma consciência dos direitos de cidadania. (BRASIL, 2004b, p. 11).

Por várias décadas prevaleceu no Brasil o modelo médico assistencial privatista, que apresentou as seguintes características: extensão da cobertura previdenciária a segmentos economicamente integrados da população urbana; favorecimento da prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas; criação de um complexo médico-industrial; e deslocamento da prestação dos serviços médicos a entes privados lucrativos e não lucrativos (SILVA, 1983).

Nesse contexto, em 1923 foi aprovada a Lei Eloi Chaves. Essa lei apresentou mudanças para o modelo de saúde vigente, regulamentando a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). As CAPs foram um marco importante por reconhecer a responsabilidade do Estado em regular as medidas de proteção social e assistência médica. Entretanto, deve-se esclarecer que, nas CAPs, o Estado não participava propriamente do custeio das Caixas, tratava-se de um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados, ou seja, eram organizações de direito privado em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Em meados dos anos 1970 e 1980 ocorreram diversas mudanças políticas e econômicas que determinaram a falência do modelo assistencial privatista. Crises financeiras e o processo de redemocratização do país determinaram novos rumos nas políticas públicas e fizeram surgir, na arena sanitária, sujeitos sociais que defendiam um modelo alternativo de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

As mudanças propostas pelo Movimento da Reforma Sanitária foram retomadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (entre 17 e 21 de março de 1986) que estabeleceu diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil e propôs a criação de um sistema único de saúde. Na 8ª Conferência, também, o conceito de saúde foi retomado e ampliado para além da ausência de doença. Saúde passou a ser resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Em 1988, foi homologada a Constituição Federal (CF). Em seu Art. 196, reconheceu a saúde como um direito de todos a ser assegurado pelo Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Para tanto, criou um Sistema Único de Saúde (SUS) pautado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (BRASIL, 2006).

Inserido em uma proposta de redefinição do modelo de assistência à saúde, “o SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de ‘relevância pública’, sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2007a, p.34).

Em 19 de setembro de 1990 foi promulgada a Lei n. 8.080 que regulamentou o SUS. Em seu art. 4º afirma que é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Diz ainda que, a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar (BRASIL, 1990).

A Lei n. 8.080/90 trata da organização, da direção e da gestão do SUS; da definição das competências e das atribuições das três esferas de governo; do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde; da política de



recursos humanos e dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento (BRASIL, 2007a).

Dentro da perspectiva de consolidação do SUS, em 28 de dezembro de 1990, foi aprovada a Lei n. 8.142. Essa lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Também instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

O SUS é um modelo de saúde que expressa transformações profundas no processo de democracia e cidadania. Apresenta vários avanços com política de inclusão e justiça social, sendo, portanto, considerada como política pública e social. Portanto, faz-se necessário esclarecer o entendimento dos conceitos de políticas públicas e políticas sociais, para melhor compreensão do texto.

Segundo Abad (2003, p.14), políticas públicas, são entendidas como:

A política pública, [...], representa aquilo que o governo opta por fazer ou não fazer; frente a uma solução. [...] é a forma de concretizar a ação do Estado, significando, portanto, um investimento de recursos do mesmo Estado. [...] Admitindo-se delegar ao Estado a autoridade para unificar e articular a sociedade, as políticas públicas passam a ser um instrumento privilegiado de dominação. [...]. A política pública, ao mesmo tempo que se constitui numa decisão, supõe uma certa ideologia da mudança social, esteja ela explícita ou não na sua formulação. [...] Essa decisão é o resultado do compromisso de uma racionalidade técnica com uma racionalidade política. (ABAD, 2003, p.14).

No que se refere às políticas sociais, Hofling (2001, P. 31), afirma que:

Se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. (HOFLING, 2001, p. 31).

A criação do SUS aprimorou a organização social dos brasileiros que, mesmo antes da sua criação, já defendia a participação do cidadão na formulação de políticas públicas e sociais, a universalização de direitos e a humanização do cuidado.

Contudo, a especialização do cuidado à saúde, o distanciamento do sujeito nos processos de cuidado, atenção e gestão dos serviços têm se configurado como grande desafio para o fortalecimento do modelo de saúde em questão.

Mesmo diante de todas as mudanças e conquistas nas áreas da saúde e assistência social, faz-se necessário transformar o modelo assistencial curativo, centrado na figura do

médico, fragmentado e verticalizado que ainda permanece. É preciso humanizar o cuidado a saúde, intervir nas frágeis relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários, é importante reconhecer as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção (BRASIL, 2004a).

Sendo assim, com o objetivo de fortalecer o SUS, foram instituídas novas dinâmicas de atuação nas unidades de saúde, com redefinição de responsabilidades entre os serviços/gestores, os trabalhadores e a população (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Buscaram-se a criação de alternativas para investir na integralidade da atenção à saúde e reafirmar os princípios e as diretrizes do SUS, contribuindo assim, para a reorientação do modelo e, principalmente, para a humanização da assistência à saúde.

### 3.2 Humanização da Saúde e Política Nacional de Humanização

A temática da humanização tem sido de grande interesse no campo de assistência à saúde. Nessa área as ações do profissional tendem ao tecnicismo, cuja característica central é a desumanização, com objetivos quase que exclusivamente terapêuticos. Tal perspectiva se desenvolve dentro de uma tradição do não envolvimento afetivo do profissional e usuário, a fim de garantir o sucesso da prática clínica. Logo, sintetiza as ideias de certa dominação da doença sobre o sujeito humano, de uma supervalorização do corpo biológico e da desatenção para as experiências sociais e culturais do adoecer e do cuidado (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Monteiro (2009) diz que as ciências e as técnicas modernas produzem mudanças qualitativas no agir do homem. As novas tecnologias engendram crescimento brutal dos poderes do homem, tornando-o objeto de suas técnicas. Tudo isso se converte em ameaça para o cuidado a saúde, exigindo reformulação ética para o nosso tempo.

O avanço do conhecimento técnico se contrapõe a consciência crítica, ética e aos valores individuais e coletivos necessários a condição humana. Conforme esclarece Horkheimer (2000, p. 9-10):

Parece que enquanto o conhecimento técnico expande o horizonte da atividade e do pensamento humanos, a autonomia do homem como indivíduo, a sua capacidade de opor resistência ao crescente mecanismo de manipulação das massas, o seu poder de imaginação e o seu juízo independente sofreram aparentemente uma redução. O avanço dos recursos técnicos de informação se acompanha de um processo de desumanização. Assim, o progresso ameaça anular o que se supõe ser o seu próprio objetivo: a ideia de homem. (HORKHEIMER, 2000, p. 9-10)

Ghiorzi (2003, p.554) refere que “associado à rotina do fazer está a negação do aspecto emocional da relação entre trabalhadores da saúde e sua clientela”, resguardada pela soberania da cura da doença em contraposição à valorização do corpo humano e da saúde como um valor humano a ser protegido e cuidado.

Cada pessoa experimenta e vivencia, de forma singular, o processo saúde-doença. Já os profissionais de saúde tratam essas situações como casos, de um pretensível ponto de vista objetivo, dentro de parâmetros supostamente racionais e científicos (ZOBOLI, 2003).

Desse modo, torna-se difícil falar de humanização sem relacioná-la à ética, sendo esta última uma reflexão sobre o comportamento humano que interpreta, discute e problematiza os valores, os princípios e as regras morais, à procura da “boa vida” em sociedade, do bom convívio social (FORTES, 1998).

A discussão da humanização no campo da saúde não deve ser feita sem que consideremos o cuidado à vida. Tudo que envolve a vida e a doença das pessoas deve ser digno da condição humana, logo, as ações dos trabalhadores da saúde devem ser humanizadas.

Prática humanizada não deve ser desvinculada de cuidado, visto que se trata de condição prévia que evidencia a inteligência e a amorosidade. O comportamento humano, para que seja livre e responsável, deve ser antecipadamente orientado pelo cuidado (BOFF, 2011).

Boff (2004) afirma que cuidado pode ser descrito como ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. Nessa perspectiva, requer uma abordagem multiprofissional, com pensamento integrador que una as culturas científica e humanística. “É preciso perceber, então, que o importante para a humanização é justamente a permeabilidade do técnico ao não técnico, o diálogo entre essas dimensões interligadas” (AYRES, 2004, p. 22).

O cuidado “está na origem da existência do ser humano, revela a natureza humana e a maneira mais concreta de ser humano” (BOFF, 2004, p. 5). Imbuído dessa atitude, o homem renuncia à vontade de poder que coisifica as relações entre os povos e entre ele e o trabalho; estabelece então, uma relação de reciprocidade e complementaridade entre os sujeitos, dá-se importância aos valores e a subjetividade humana.

Entretanto, no cotidiano dos serviços de saúde, fala-se de tratamento e não de cuidado; tratamento no sentido de curar, medicar. A saúde é obtida com base no modelo clínico biomédico, baseado numa prática que reduz o ser humano aos sinais e sintomas

apresentados por ele. Verifica-se cada vez mais uma valorização dos artefatos produzidos pelas tecnobiociências que chegam a ocultar a importância da ética e da subjetividade na construção das práticas de saúde (CAMARGO JUNIOR, 2009).

Nesse contexto, atualmente, o termo humanização é aplicado àquelas situações em que, além de valorizar o cuidado em suas dimensões técnicas e científicas, reconhecem-se os direitos do paciente, autonomia e subjetividade, sem se esquecer do reconhecimento do profissional também enquanto ser humano, ou seja, pressupõe uma relação sujeito/sujeito (ALMEIDA; CHAVES, 2009).

A ideia de humanização, apesar de indicar um contrassenso, aponta para a desvalorização da perspectiva humana nas interações e ações entre os indivíduos, chegando ao extremo de ocorrer uma naturalização do não reconhecimento do outro como um igual (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Humanizar é afirmar o humano na ação e isso significa cuidado porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral, ou seja, de forma natural e, ao mesmo tempo, consciente, conjugando desta forma os componentes racionais e sensíveis (WALDOW; BORGES, 2011).

Segundo o conceito do Ministério da Saúde (2004a), humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Não se trata de humanizar o humano, mas enfrentar e lidar com relações de poder, trabalho e afeto que produzem práticas desumanizadas.

Logo, devem-se buscar formas efetivas para humanizar a assistência em saúde. É necessário rever as práticas, criar espaços de trabalho menos alienantes, valorizar a dignidade do trabalhador e do usuário. Faz-se imperativo criar mecanismos de regulação das relações sociais visando manter a coesão e harmonia, respeitando interesses individuais e coletivos norteados por princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário na gestão dos serviços, dentre outros.

Desse modo, a humanização passou a ser considerada um elemento a ser alcançado e defendido pelo SUS para melhoria da qualidade da assistência. É importante lembrar que “a reflexão sobre práticas humanizadoras em saúde se inicia nos anos 1970 por meio da discussão e luta sobre os “direitos do paciente” (FORTES, 2004, p. 31). Entretanto, a humanização não saiu do campo da reflexão, visto que as práticas em saúde sempre se mantiveram distantes da essência do cuidado humano.

Buscando resgatar os princípios éticos no trato com a vida humana, além de outros, no período de 1999 a 2002, o Ministério da Saúde instituiu ações e programas direcionados para a área da humanização. Tais como: Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH - 1999), Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH –1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), dentre outros. Ainda que os programas e ações apresentem intenções e focos diferentes e, somente alguns, evidenciem a palavra humanização, podemos acompanhar a relação que se vai estabelecendo entre humanização qualidade na atenção-satisfação do usuário (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

No ano 2000, ainda que de forma incipiente, este tema se anuncia na XI Conferência Nacional de Saúde, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que foi criado no intuito de promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil.

O PNHAH era restrito aos usuários da rede hospitalar e buscava a melhoria da qualidade e da eficácia da atenção dispensada aos usuários dos serviços hospitalares. Tratava-se de uma estratégia que buscava recuperar a imagem do hospital junto à comunidade, visando também à capacitação dos profissionais para um conceito de atenção à saúde centrado na valorização da vida humana (BRASIL, 2008).

A humanização passou a ser considerada um elemento a ser alcançado e defendido pelo SUS para melhoria da qualidade da assistência à saúde. Entretanto, o Programa de Humanização estava centrado no hospital como campo de intervenção privilegiado, lugar de relações verticalizadas orientadas por normas que deveriam alcançar metas e índices, independentemente de sua resolutividade e qualidade (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Neste cenário, a humanização passou a ser reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, no mínimo, secundarizada pela maioria dos gestores e dos profissionais (BENEVIDES; PASSOS, 2005b). Além disso, surgem problemas tais como: a banalização do tema da humanização e a fragmentação das práticas ligadas a diferentes programas de

humanização da saúde. A humanização passa a assumir formas instituídas, marcas ou imagens vazias, slogans. Logo, emergia a necessidade de encontrar outras respostas aos conflitos estabelecidos.

A partir de agosto de 2003, o Ministério da Saúde propôs a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), uma política pública e transversal de humanização da/na saúde. A PNH, propõe a humanização como eixo norteador das práticas de saúde em todas as instâncias do SUS (BRASIL, 2008).

A Humanização, como política pública, deve fomentar a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), “não podendo ser entendida como apenas um ‘programa’ a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS” (BRASIL, 2004a).

De acordo com o documento base para gestores e trabalhadores do SUS, a humanização é entendida, segundo Brasil (2008), como:

Valorização dos diferentes sujeitos, implicados no processo de produção de saúde, cujos valores que norteiam essa política são a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, 2008, p. 8).

Conforme Benevides e Passos (2005b, p. 562) a “humanização como política pública deveria criar espaços de construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalhar em equipe. Isto supõe, é claro, lidar com necessidades, desejos e interesses destes diferentes atores”. Assim, a humanização busca considerar os usuários dos serviços de saúde como elementos significativos no processo de cuidar. Esse conjunto de normas e diretrizes políticas construídas pelo Ministério da Saúde buscam a aproximação entre quem cuida (profissionais) e quem é cuidado (os usuários do SUS).

A missão da humanização foi sintetizada por Oliveira, Collet e Viera (2006) do seguinte modo:

Se tivesse que resumir a missão da humanização num sentido amplo, além da melhora do tratamento intersubjetivo, dir-se-ia que se trata de incentivar, por todos os meios possíveis, a união e colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos, dos gestores, técnicos e dos funcionários, assim como a organização para a participação ativa e militante dos usuários nos processos de prevenção, cura e reabilitação. Humanizar não é apenas “amenizar” a convivência hospitalar, senão, uma grande ocasião para organizar se na luta contra a inumanidade, quaisquer que sejam as formas que a mesma adote. (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006, p. 281).

A Humanização como política se orienta por princípios e diretrizes, está comprometida também com modos de fazer, com processos efetivos de transformação e criação de realidade (BENEVIDES; PASSOS, 2005a). Logo se traduz em uma política transversal de saúde, caracterizada pela construção coletiva.

A PNH afirma que é preciso reconquistar o lugar do sujeito enfermo, reconhecer seus direitos, explicitar as reais condições em que se dá o processo de trabalho em saúde e o papel central dos profissionais na complexa relação entre técnica, ética e política (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Benevides e Passos (2005a) afirmam que o SUS é uma conquista que se expressa, sem dúvida, como proposição geral e abstrata na forma do texto da lei, das portarias e normativas. Entretanto, não se desvincula das experiências concretas, de mudanças nas práticas de saúde.

O Ministério da Saúde (2004) diz que as políticas de saúde devem contribuir realizando sua tarefa primária de produção de saúde e de sujeitos, de modo sintonizado com o combate à fome, à miséria social e na luta pela garantia dos princípios éticos no trato com a vida humana.

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se coloca, dessa forma, como estratégia inequívoca para tais fins, contribuindo efetivamente para a qualificação da atenção e da gestão, ou seja, atenção integral, equânime com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo. (BRASIL, 2004a).

Tematizar a humanização da assistência reafirma a importância de repensar o processo de formação dos profissionais, que ainda está centrado no aprendizado técnico, na especialização do conhecimento e fragmentação do cuidado. A humanização como política transversal supõe ultrapassar as fronteiras dos diferentes saberes e poderes presentes na produção da saúde. O processo saúde-doença deve ser considerado como um fenômeno complexo e não restrito à biologia, construindo a base de uma prática integral. Neste contexto, integralidade da atenção à saúde é entendida como um princípio norteador das necessárias transformações nas graduações em saúde, orientando-as para as necessidades do SUS e da população (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Nessa direção, as propostas de humanização em saúde também envolvem repensar o processo de formação dos profissionais, exige que a base conceitual dos estudantes seja ampliada. Devemos considerar a Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são

capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

Ceccim e Feuerwerker (2004a) consideram que uma mudança nas graduações de saúde, deveria configurar-se como uma política pública a ser assumida na interface entre setor da educação e setor da saúde, dando lugar à humanização também na ordem da formação, não apenas da gestão e atenção, como previsto na PNH.

O processo de humanização do cuidado deve estabelecer relações estreitas com a formação de trabalhadores da saúde. Os profissionais devem ser críticos, reflexivos, estar aptos a lidar com relações de poder, trabalho e afeto. O profissional da saúde, ao refletir sobre as condições e relações de trabalho e o seu modo de agir, pode inserir-se na realidade, de uma maneira mais crítica e consciente (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006).

### 3.3 Humanização da assistência à saúde no contexto da formação profissional em saúde

É possível afirmar que, as transformações ocorridas no campo da saúde pública brasileira e da área da saúde coletiva, revelaram preocupação com a capacidade de impacto das profissões da saúde sobre a qualidade de vida das populações e indicaram a urgência de formar profissionais de acordo com as demandas sociais. Entretanto, através de uma análise histórica, é possível observar que as políticas de saúde não se articulavam com as políticas de educação que evidenciava inadequação curricular a realidade dos serviços.

Mesmo diante de várias mudanças e conquistas nas áreas da saúde e assistência social, somente oito anos depois, em 1996 houve a publicação da LDB representando os primeiros passos para mudanças no processo de formação do profissional inclusive na área da saúde. (LUCCHESI; VERA; PEREIRA, 2010, p. 563).

A formação dos profissionais de saúde deve contemplar as reais demandas e necessidades de saúde da população. Para tanto, é necessário que os setores da educação e da saúde estabeleçam uma estreita e permanente parceria interinstitucional, objetivando desenvolver ações conjuntas e articuladas para a elaboração e a construção de uma proposta educacional que conjugue os conhecimentos produzidos e acumulados pelas áreas da saúde e da educação.

Considerando que a proposta é ordenar uma formação profissional voltada para a realidade do serviço e que atenda as reais demandas da comunidade, é necessário inserir essa



proposta “em um projeto mais amplo de sociedade, de história humana e de ação política” (FRIGOTTO, 1988, p.8).

Nesse sentido, é necessário aprofundar a reflexão sobre os meios, os modos e as finalidades da formação profissional. Faz-se indispensável repensar o currículo de formação dos profissionais de saúde, refletindo que as lacunas presentes durante esse processo influenciarão diretamente na atuação de futuros profissionais.

Os conteúdos curriculares e as metodologias de ensino utilizadas na formação de trabalhadores da saúde devem permitir ao aluno desenvolver conhecimentos técnicos indispensáveis ao exercício profissional como, também, visão crítica em relação ao processo de trabalho e ao contexto social em que está inserido.

Para discutir a prática do profissional de saúde é importante compreender a formação desses profissionais, repensando o ensino como elemento inserido em um contexto de mutações constantes.

Neste sentido, a temática ligada à humanização do atendimento em saúde é baseada em princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário, o que demanda a revisão das práticas cotidianas com ênfase na criação de espaços de trabalho que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário (BRASIL, 2004a).

Segundo Deslandes (2004), a proposta de humanização sugere a substituição de cuidados constituintes do modelo de assistência hospitalar, que impõe isolamento, despersonalização e submissão disciplinar de corpos e subjetividades dos pacientes por um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores.

Logo, a formação dos profissionais da saúde não pode desconsiderar as questões éticas, sob o risco de agravar ainda mais a disparidade já existente entre conhecimentos, habilidades técnicas e as atitudes no perfil desses profissionais (BRASIL, 2000b).

Martins (2001) afirma que os conhecimentos sobre a natureza humana e o desenvolvimento de atitudes de valorização do homem são fundamentais para a humanização, sendo prioritário que os currículos incluam conteúdos relativos aos aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos na área da saúde.

Buscar formas efetivas para humanizar a prática em saúde implica em aproximação crítica que permita compreender a temática para além de seus componentes técnicos, instrumentais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido (CASATE; CORRÊA, 2005).

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral e da humanização da atenção à saúde. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Portanto, uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Deve-se considerar que a formação em saúde no Brasil, foi marcada pela forte presença de um modelo pedagógico hegemônico, baseado na concepção Flexneriana<sup>18</sup> que, apesar de impulsionar o estudo e a pesquisa nas ciências básicas e especializadas, com desenvolvimento sem precedentes do conhecimento, provocou a fragmentação deste em diversas especializações.

Em decorrência, os currículos foram organizados por conteúdos cristalizados em disciplinas fragmentadas, subdivididas em ciências básicas e ciências clínicas, área biológica e área profissional, conhecimentos aplicados e conhecimentos reflexivos (CARVALHO; CECCIM, 2006).

As escolas de formação dos profissionais de saúde brasileiros priorizam o fazer técnico, com ênfase na doença (aspectos biológicos) em detrimento da complexidade que envolve o processo saúde-doença e o ato de cuidar.

Associado à rotina do fazer está a negação do aspecto emocional da relação entre trabalhadores da saúde e sua clientela, em nome de um saber e de uma responsabilidade terapêutica que vê diante de si uma doença a ser vencida e não uma pessoa doente a ser compreendida e cuidada. (GHIORZI, 2003, p.554).

As propostas de humanização em saúde também envolvem repensar o processo de formação dos profissionais, é preciso pensar uma formação profissional orientada para o trabalho – entendido como processo de humanização do homem - que objetive integrar conhecimentos gerais e específicos, habilidades teóricas e práticas, hábitos, atitudes e valores éticos (FILHO, 2004).

A partir desse contexto, a área da educação tem se preocupado cada vez mais em reafirmar o papel social que a humanização exerce no contexto da assistência à saúde.

---

<sup>18</sup> Os relatórios de Abraham Flexner apontavam para uma educação científica das profissões de saúde, de base biológica, orientada pela especialização e pela pesquisa experimental e centrada no hospital.

Freire (1998) diz que como experiência especificamente humana, a educação é uma forma de intervenção no mundo. Logo, a educação voltada para a saúde pública, deve integrar trabalho, cultura e ciência com o objetivo de desenvolver todas as potencialidades humanas.

Faz-se necessário aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes sujeitos que compõem o SUS, deve permitir ao indivíduo conhecimentos necessários à sua emancipação e, assim, “confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde” (BRASIL, 2004a, p.7).

Para tanto, a elaboração de currículos integrados no campo da educação profissional é desenvolvida no sentido de aproximar a teoria da prática e de firmar efetivamente o papel estratégico da escola na ordenação da formação de recursos humanos para o SUS (CADERNOS RH SAÚDE, 2006). A formação de trabalhadores em saúde deve proporcionar articulação entre teoria e prática, pela aproximação do ensino, trabalho e comunidade, capacitando o estudante para a resolução de problemas da vida cotidiana, de forma autônoma, ética e humana.



## **CAPÍTULO 4- Apresentação do Curso Técnico de Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária, sob o enfoque da Humanização**

A partir do ano de 1980 ocorreram mudanças significativas no campo da saúde brasileira, posteriormente, no ano 2000, a criação de políticas específicas de humanização do atendimento em saúde.

Tendo em vista as políticas públicas de saúde vigentes no país e a formação profissional inseridas na especificidade desse contexto, buscou-se analisar a articulação do projeto político pedagógico do curso Técnico de Enfermagem do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG) – câmpus Januária, com a Humanização da assistência à saúde. Trata-se, pois, de melhor entender como o curso Técnico de Enfermagem do IFNMG se propõe a formar profissionais de saúde, considerando a Humanização como tema transversal, relevante e como subsídio para a melhoria da assistência à saúde e para a consolidação dos princípios e valores do SUS.

### **4.1 O câmpus Januária do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais**

Um dos campi do IFNMG está situado na cidade de Januária. Esse município foi fundado em 07 de outubro de 1860 e localiza-se ao extremo norte de Minas Gerais, na região do Médio São Francisco.

Segundo dados do IBGE (2012), Januária possui uma população de 65.463 habitantes sendo a 3ª em população geral do Norte de Minas, e, a 53ª colocada em termos populacionais do estado.

Entre as potencialidades de Januária está o turismo, representado pelo Vale do Peruaçu, pelo pantanal de Pandeiros, além de eventos festivos tradicionais, tais como: Cavallhada, o Reis dos temerosos, os Reisados, os Reis das pastorinhas e os Reis dos caboclos. A economia da cidade é voltada para a agropecuária, produção de cachaça e cerâmicas locais. As instituições industriais são ainda de pequeno porte, e a maior parte da movimentação financeira é resultado do comércio.

O Instituto Federal - Câmpus Januária, local onde se desenvolveu essa pesquisa, figura entre os sete campi do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais e foi fundado em 1960, idealizado pelo humanista e deputado januarense Coronel Manoel José de Almeida.

Atendendo a exigências legais, em meio século de história, o Câmpus Januária passou por várias alterações de nomenclaturas. Inicialmente foi denominado como Escola Agrícola de Januária, Colégio Agrícola de Januária, Escola Agrotécnica Federal de Januária, e posteriormente, Centro Federal de Educação Profissional e Tecnológica - Cefet Januária, assim subscrito até o advento da lei 11.892 que criou os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (BRASIL, 2013b).

O câmpus Januária, está inserido em uma realidade socioeconômica caracterizada por baixos índices de desenvolvimento social e econômico, agricultura de subsistência, pecuária extensiva e baixos índices de escolaridade. Apresentando mais de cinco (5) décadas de existência, tem expressiva relevância no contexto socioeducativo do norte de Minas Gerais e importante papel na transformação social da sua área de abrangência.

Conforme o Plano de Desenvolvimento Institucional - 2014 a 2018 do IFNMG, o câmpus Januária abrange 27 municípios do norte de minas, num total de 497.705 habitantes.

Deve-se considerar que os Institutos Federais (IFs) foram criados com o objetivo de fortalecer o desenvolvimento socioeconômico do país, prevendo a oferta de cursos que favoreçam o desenvolvimento local, regional e nacional, conforme previsto em suas finalidades e características, artigo 6º, inciso I, da Lei nº 11.892/2008:

I - ofertar educação profissional e tecnológica, em todos os seus níveis e modalidades, formando e qualificando cidadãos com vistas a atuação profissional nos diversos setores da economia, com ênfase no desenvolvimento socioeconômico local, regional e nacional.

Sendo assim, os cursos oferecidos pelo câmpus Januária, foram baseados no mapeamento das potencialidades de desenvolvimento socioeconômico e cultural. Busca atender aos anseios da sua região de abrangência, atentando-se para a superação dos problemas sociais e econômicos dessas regiões (BRASIL, 2013b).

Para melhor explicitar o panorama dos cursos oferecidos pelo IFNMG, câmpus Januária, a autora fez uma adaptação do “Quadro com a oferta de cursos e vagas atual e o planejamento para implantação de novos cursos” no câmpus Januária, conforme consta no PDI (2014 a 2018) (BRASIL, 2013b, p. 120).

O quadro apresenta a oferta de cursos até 2013, “além das perspectivas de verticalização da oferta de cursos e vagas de 2014 a 2016, e para 2017 a 2018, serão aprofundadas as discussões” (BRASIL, 2013b, p. 115).

### Quadro 1 – Cursos técnicos e superiores do IFNMG – Câmpus Januária

Câmpus Januária														
Educação Profissional Técnica de Nível Médio e Educação Superior														
Eixo Tecnológico	Ensino Técnico	Modalidade	Vagas	Entrada	Turno	Turma	Duração	Ensino Superior	Modalidade	Vagas	Entrada	Turno	Turma	Duração
Informação e Comunicação	Informática	Subsequente / Integrado	30 / 40	Semestral / Anual	Noturno / Diurno	6/3	1,5 ano / 03 anos	Análise e Des. de Sistemas	Tecnologia	30	Semestral	Diurno	6	03 anos
Gestão e Negócios	Comércio	Proeja	40	Anual	Diurno	3	03 anos	Administração	Bacharelado	40	Semestral	Diurno/Noturno	8/8	04 anos
Meio Ambiente	Meio Ambiente	Integrado	60	Anual	Diurno	3	03 anos	Engenharia Agrícola e Ambiental	Bacharelado	40	Semestral	Diurno	10	05 anos
Recursos Naturais	Agropecuária	Integrado	30	Anual	Diurno	3	03 anos	Agronomia	Bacharelado	40	Semestral	Diurno	6	04 anos
								Zootecnia*	Bacharelado	40	Semestral	Diurno	6	04 anos
Infraestrutura	Edificações*	Subsequente	40	Semestral	Diurno	6	1,5 ano	Engenharia Civil**	Bacharelado	40	Semestral	Diurno	8	04 anos
Saúde	Enfermagem	Subsequente	40	Semestral	Diurno	6	1,5 ano	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	Ciências Biológicas	Licenciatura	40	Semestral	Diurno	8	04 anos
-	-	-	-	-	-	-	-	Física	Licenciatura	30	Semestral	Diurno	8	04 anos
-	-	-	-	-	-	-	-	Matemática	Licenciatura	40	Semestral	Diurno	8	04 anos

\* Previsto para 2015 / \*\* Previsto para 2016.

Fonte: Brasil, 2013. Adaptado.

#### 4.2 Organização curricular no ensino profissional técnico de nível médio em Enfermagem do IFNMG - câmpus Januária-MG

No ano 2000, autorizado pela Resolução do Conselho Diretor nº01 de 06 de abril deste mesmo ano, iniciou-se no Instituto Federal do Norte de Minas Gerais, câmpus Januária, o Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem, objeto de estudo desta pesquisa.

Inicialmente, no ano 2000, o curso possuía uma matriz curricular baseada em disciplinas e, em 2002, após revisão dessa matriz, houve a elaboração do primeiro Projeto Político Pedagógico do Curso, com uma matriz curricular baseada em competências, que vigorou até o ano de 2013.

Em 2013, foi instituído pelo IFNMG o Programa de Unificação de Cursos (PROUNIC) da Pró-Reitoria de Ensino, por meio do Parecer nº 002/2012 da Câmara de Ensino Pesquisa e Extensão – CEPE. Conforme as diretrizes do processo de unificação de cursos – PROUNIC, para cursos técnicos do IFNMG, esse programa tinha como objetivo:

“à reestruturação e à construção coletiva da organização curricular, das concepções e do perfil de formação dos cursos técnicos e superiores do IFNMG, a fim de tornar mais homogênea a formação oferecida em todos os câmpus, sem perder de vista as peculiaridades regionais. Assim, constitui-se o projeto em uma importante etapa da construção do Projeto Pedagógico Institucional – PPI (p.1).”

O projeto de desenvolvimento metodológico do PROUNIC previa um processo de discussão coletiva do corpo docente e pedagógico sobre a atualização e adequação do

currículo dos cursos Técnico ofertados pelo IFNMG. Sendo assim, foram realizadas reuniões intra e inter câmpus para a construção coletiva dos novos currículos unificados.

O Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem, no IFNMG, é ofertado pelos campi Januária, Araçuaí e Almenara. Sob orientação do PROUNIC, esses campi unificaram em 70% (setenta por cento) os componentes curriculares e ementas do curso; os outros 30% (trinta por cento) ficaram a cargo das especificidades de cada curso e cada região em que está inserido.

Considerando a proposta do PROUNIC, o corpo docente do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem do IFNMG - câmpus Januária reelaborou o seu Projeto Político Pedagógico (PPP), finalizado em 2014. Deve-se ressaltar que, após esse fato, o PPP voltou a organizar a matriz curricular em disciplinas, entrando em vigor para as turmas de alunos que ingressassem no curso Técnico de Enfermagem do câmpus Januária a partir do primeiro semestre do ano de 2015.

Esse processo de revisão, segundo o próprio documento, foi embasado na legislação vigente e nos princípios democráticos, tais como: gratuidade, liberdade, igualdade e gestão democrática. Relata ainda, que essa ação tinha como objetivo “garantir o interesse, os anseios e a qualificação da clientela atendida, despertando o interesse para o ensino, a pesquisa e a extensão e ainda, ao prosseguimento vertical dos estudos” (IFNMG, 2014, p. 5).

Conforme Projeto Político Pedagógico do Curso, do ano de 2014, o curso funciona na modalidade subsequente<sup>19</sup>, no período noturno. Disponibiliza 40 vagas e, em conformidade com a legislação vigente, estabelece como requisito de acesso ao curso a conclusão do ensino médio. A forma de ingresso faz-se através de processo seletivo, anual ou semestral, conforme demanda e possibilidades do câmpus.

O Curso apresenta carga horária total de 2.160 horas/aula, sendo 1.440 horas/aula de atividades teóricas e práticas e 720 horas/aula de estágio obrigatório supervisionado, a serem cumpridas ao longo de dois anos – período de duração do curso.

Segundo o PPP, o IFNMG disponibiliza sala de aula e biblioteca com referências bibliográficas adotadas no currículo. No que se refere à prática profissional, dispõe de laboratórios de informática, de microbiologia e um laboratório específico de enfermagem, composto por diversos manequins, equipamentos e materiais que permitem ao professor

---

<sup>19</sup> Subsequente é a modalidade de oferta de curso técnico de nível médio na qual o aluno já tenha concluído o ensino médio.



simular situações reais da prática profissional. Além disso, fomenta visitas técnicas em outras instituições “visando favorecer os vínculos entre a educação escolar e o contexto social” (IFNMG, 2014, p.26).

Observa-se que o curso Técnico em Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária, possui recursos materiais necessários a formação técnica de qualidade e, as atividades extraclasse, tendem a favorecer a interação do aluno com o contexto social em que está inserido.

No que tange aos estágios curriculares, deve-se esclarecer que são obrigatórios e acompanhados pelos professores do próprio curso, em conformidade com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 299/2005, que trata deste assunto. Os estágios são realizados em espaços sociais, como instituições asilares de longa permanência e abrigo de menores, nas Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família e no Hospital Municipal, favorecendo a vivência do aluno quanto às possibilidades de atuação do profissional Técnico em Enfermagem nos diferentes níveis de atenção à saúde.

A construção do PPP foi legalmente embasada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, Decreto Federal nº 5.154 de 23 de julho de 2004 que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional e dá outras providências, Resolução CNE/CEB nº 06 de 20 de setembro de 2012 que defini as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio (DCNEPTNM) e pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências (IFNMG, 2014).

#### 4.3 O Projeto Político Pedagógico do curso Técnico de Nível Médio de Enfermagem do IFNMG e a Humanização da Assistência à Saúde

##### 4.3.1 Dimensão Política e a Humanização da Assistência à Saúde

Em consonância com os objetivos propostos pela pesquisa, no que se refere à dimensão política, buscou-se identificar e analisar os valores e ideologias que norteiam o curso Técnico em Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária. Fazendo uma análise do projeto político pedagógico do curso em torno da discussão para a escola e sociedade que se deseja construir, articulando com a humanização da assistência à saúde.

A trajetória histórica da educação profissional é marcada por práticas hegemônicas, autoritárias e fragmentadas. Entretanto, é possível observar que as recentes propostas de formação profissional têm se preocupado e contribuído para a formação e educação de um cidadão mais engajado socialmente.

Pinheiro *et al.* (2003), afirmam que os currículos das escolas de saúde devem possibilitar que o aluno construa práticas sanitárias comprometidas socialmente, estruturadas em conceitos tais como a integralidade e a humanização da assistência.

É importante repensar o ensino das profissões, revendo a prioridade dada à qualificação técnica. Deve-se trabalhar a humanização como política transversal, permeando toda a formação profissional. O PPP deve prever um curso engajado, que possibilite a interação e relação dos alunos consigo mesmos e com o próximo; fomentando a reflexão crítica da sua ação, favorecendo assim o desenvolvimento de uma postura ética, crítica e humana.

Neste sentido, o PPP deve ser reconhecido como importante instrumento de organização da escola e de formação cidadã. Para Vasconcellos:

Pode ser entendido como a sistematização, nunca definitiva, de um processo de Planejamento Participativo, que se aperfeiçoa e se concretiza na caminhada, que define claramente o tipo de ação educativa que se quer realizar. É um instrumento teórico-metodológico para a intervenção e mudança da realidade. (VASCONCELLOS, 2006).

O processo de construção do PPP do Curso Técnico em Enfermagem do IFNMG foi organizado e vivenciado por parte da comunidade interessada. É importante ressaltar que, conforme já explicitado, o Programa de Unificação de Cursos (PROUNIC) proporcionou discussão e compartilhou a vivência de professores e equipe pedagógica.

O PPP do Curso Técnico em Enfermagem, conforme o próprio documento, foi construído através de princípios democráticos e participativos e não envolveu toda a comunidade interessada. No PPP consta que:

Os Cursos Técnicos ofertados pelo Instituto Federal do Norte de Minas Gerais - IFNMG passaram por um intenso processo de discussões entre a comunidade acadêmica. Por esse motivo, o projeto pedagógico corresponde ao pensamento coletivo de um grupo de profissionais que discutiu, analisou e planejou um curso baseado nas finalidades que se pretende com a formação de profissionais técnicos de nível médio para atuar na área em questão. (IFNMG, 2014, p. 31).

As expressões: “participação dos profissionais da área do curso e da equipe pedagógica”, “discussões entre a comunidade acadêmica” e “pensamento coletivo de um grupo de profissionais”, conforme expressa o PPP, se contradiz quando, o mesmo documento, afirma que foi construído através de processo democrático e discutido amplamente na comunidade acadêmica. Conforme explicita as passagens supracitadas, a discussão ficou restrita aos “profissionais da área do curso e da equipe pedagógica” (IFNMG, 2014, p. 5).

No que se refere à discussão ampla e coletiva na área da saúde, faz-se mister considerar todos os envolvidos no processo: comunidade interna e externa. Em estudo sobre o Ensino em Enfermagem no IFNMG, Ornelas (2015, p. 92) diz que:

Reconhece-se como coletivo escolar, no caso específico de uma instituição de ensino na área da saúde, os sujeitos que participam e/ou exercem influência, direta ou indiretamente, no processo de formação dos profissionais, a saber: os docentes que ministram aulas e acompanham estágios no curso; representante dos alunos; representante dos egressos; profissionais e gestores da rede de serviços de saúde e instituições do município; especialmente os que compõem o campo de estágio dos alunos; além da equipe pedagógica da instituição. (ORNELLAS, 2015, p. 92).

Conforme Oliveira, Souza e Bahia (2011), para que o projeto político-pedagógico cumpra seu papel privilegiado na escola, seus pressupostos precisam se configurar, sobretudo:

[...] no caráter de processo, de construção-reconstrução permanentes e, assim, seus objetivos e resultados devem ser gradativos, mediatos e flexíveis; na necessidade de ser construído e desenvolvido com a participação da comunidade escolar que conhece sua cultura, seus problemas, suas expectativas, suas necessidades; na explicitação clara das suas metas e das condições objetivas, dadas para sua implementação, tanto no nível infraestrutural, quanto no que se refere aos denominados “recursos humanos”; na definição de uma equipe que coordene sua implementação e desenvolvimento, pois, embora toda a comunidade tenha responsabilidade para com o Projeto, é necessário que haja uma liderança, zelando pela sua execução. (OLIVEIRA; SOUZA; BAHIA, 2011, p. 46).

Observa-se que não se trata de tarefa fácil elaborar um PPP, entretanto, a escola deve superar este desafio de forma coletiva. Buscando a valorização da realidade vivenciada pela comunidade e contemplando as expectativas dos atores envolvidos no processo de construção do PPP.

O texto inicial de apresentação do PPP, assegura que:

É preciso pensar, debater e articular coletivamente os desafios e possibilidades, incluindo aí um olhar crítico, atento para as mudanças e, prioritariamente, para a realidade e expectativa dos educandos que se matriculam em nossos cursos, seus anseios e necessidades. Assim, expomos neste documento a estrutura que orientará a nossa prática pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem, entendendo que o

presente documento está passível de ser ressignificado e aprimorado sempre que se fizer necessário. (IFNMG, 2014, p. 6).

A proposta do PPP se expressa comprometida com a formação do cidadão. Apresenta-se como processo inconcluso, maleável, susceptível a mudanças.

O Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem do IFNMG - Câmpus Januária, segundo o PPP, foi implantado para suprir uma demanda regional de recursos humanos na saúde. Orientando suas ações no sentido de transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde, baseado na concepção do processo saúde/doença do novo paradigma sanitário da promoção social da saúde exigido pelo SUS. Além disso, justificou-se pela necessidade de criação de um projeto contra-hegemônico, buscando o fortalecimento da educação profissional como mediadora no processo de construção de conhecimento científico e tecnológico e a formação de sujeitos autônomos e participativos (IFNMG, 2014).

Medel (2008, p.2) garante que o PPP contribui na formação e educação do “cidadão de hoje para se tornar crítico, reflexivo e criativo, capaz de atuar e ajudar a transformar e melhorar a sociedade da qual faz parte”. O PPP do curso Técnico de Enfermagem do IFNMG - Câmpus Januária esclarece que:

Existe uma crise universal de saúde pública que se expressa em quatro dimensões principais: a ineficiência, a ineficácia, a iniquidade e a insatisfação da população [...] O Curso Técnico de Enfermagem do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais – Câmpus Januária é a oportunidade de pensar e agir no sentido de se ter uma escola com uma nova postura e uma nova visão que vá de encontro aos problemas mencionados. (IFNMG, 2014, p. 8).

No que se refere aos objetivos, o PPP extrapola a educação profissional para além da técnica. Estimula a formação integral do cidadão, considerando a dimensão ética, política e humana, o que condiz com a proposta da Política Nacional de Humanização. Nos objetivos específicos do curso consta:

- Identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença;
- Planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade;
- Interpretar e aplicar legislação referente aos direitos do usuário;
- Orientar usuários ou pacientes a assumirem, com autonomia, a própria saúde;
- Contribuir com a construção de novo modelo de atenção à saúde, enquanto qualidade de vida, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde;

-Atuar na saúde pública considerando-a como ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, e promover a saúde e a eficiência física e mental, através de esforços organizados da comunidade. (IFNMG, 2014, p. 9).

Nos objetivos do PPP, destacam-se os termos: “determinantes e condicionantes do processo saúde-doença”, “atendimento integral e de qualidade”, “direitos do usuário”, “autonomia”, “qualidade de vida”, “ciência e arte”, “saúde e a eficiência física e mental”, “comunidade” (IFNMG, 2014, p. 9). Nesse sentido, a dimensão política do curso se cumpre, uma vez que o PPP coopera para uma formação ética, comprometida com a formação cidadã, apresenta-se como porta da integralidade para o SUS.

De acordo com Nespoli, Ribeiro (2011, p. 1):

Os atuais desafios de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) refletem diretamente na necessidade de revisão dos processos de formação profissional e de organização do trabalho em saúde para se promover uma reorientação dos modelos de atenção e das práticas de gestão e cuidado. Neste sentido, nas últimas décadas, muitas iniciativas têm buscado instituir uma política de formação profissional orientada para a integração das práticas de educação, saúde e trabalho, com base na adoção de mecanismos coletivos e interdisciplinares de organização dos serviços e instituições formadoras. (NESPOLI; RIBEIRO, 2011, p. 1).

Para atuar com base nas necessidades de saúde da população, segundo o PPP, o curso Técnico em Enfermagem do IFNMG pretende formar profissionais “que compõe a equipe multidisciplinar nos serviços de atenção à saúde, com atividades que transcendem o campo da saúde na medida em que requerem atenção a múltiplos aspectos da vida da população” (IFNMG, 2014, p. 10). Além disso, os profissionais devem desenvolver:

[...] a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios do campo profissional, com autonomia, discernimento, iniciativa e responsabilidade, baseada em conhecimentos técnicos científicos e com inteligência prática para, de forma humanizada, avançar em direção a autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e a responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente. (IFNMG, 2014, p. 10).

No caso da formação do técnico em enfermagem, existe a intenção em formar um trabalhador que vai além da atuação técnica, que enfoque o ser humano, que acolha e respeite o usuário dos serviços de saúde. Essa proposta de formação se alinha com o objetivo da humanização da atenção e gestão do SUS. Conforme Benevides e Passos (2005b):

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresenta como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários

com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo. (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p.563).

A fim de contemplar a formação profissional proposta pelo curso, a estrutura curricular do Curso Técnico de Enfermagem está organizada em quatro eixos temáticos, conforme consta no PPP:

Eixo: Cuidados.

-Desenvolver as práticas de cuidado, em todos os ciclos de vida do indivíduo, de forma personalizada e humanizada, eficiente, integral e interdisciplinar, através de ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

Eixo: Desenvolver atitudes éticas e humanizadas em suas relações.

-Desenvolver atitudes éticas e humanizadas em suas relações interpessoais e ambientais, condizentes com o perfil de trabalhadores cidadãos conscientes, competentes e comprometidos com sua função social.

Eixo: Gestão em Saúde.

-Participar e contribuir na organização dos serviços de saúde, baseando-se nos princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde) e contemplando os aspectos da gestão de recursos e qualidade em saúde. Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento, avaliação e execução de ações no âmbito da Vigilância em Saúde.

Eixo: Gestão do Trabalho.

-Contribuir para o fortalecimento e melhoria da gestão do trabalho em saúde através da atuação crítica e ativa, ciente de seus direitos e deveres, buscando aprimoramento e formação permanentes. (IFNMG, 2014, p. 10).

A partir do que foi exposto, observa-se que existe uma abordagem que valoriza os processos educativos para a gestão do trabalho da saúde, a partir da intenção em formar sujeitos ativos, autônomos e éticos, aptos a desenvolver uma assistência humanizada. É possível observar que, ao longo do texto do PPP que trata do perfil profissional de conclusão dos egressos do curso, várias expressões são utilizadas para definir a identidade profissional. Dentre elas destacam-se:

“equipe multidisciplinar”, “transcender o campo da saúde”, “atenção a múltiplos aspectos”, “autonomia”, “eficiente, integral e interdisciplinar”, “discernimento”, “iniciativa”, “formação humanizada”, “responsabilização coletiva”, “promoção da saúde”, “formação integral”, “atitudes éticas e humanizadas”, “cidadãos conscientes”, “compromisso com a função social”, “baseando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”, “qualidade em saúde”, “atuação crítica e ativa”, “cientes de direitos e deveres”, “formação permanente”. (IFNMG, 2014, p.10).

As expressões que se referem ao profissional que se deseja formar no Curso Técnico de Enfermagem do IFNMG evidenciam a intenção de valorizar a dimensão ético-humanista ao longo da formação do curso, buscam uma formação comprometida com a ética da saúde e com a defesa da vida.

Ao estudar a dimensão política do PPP do curso Técnico de Enfermagem do IFNMG, Ornelas (2015, p. 100) afirma que:

A intencionalidade de formação profissional (dimensão política) manifestada no PPP do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária, condiz com uma formação cidadã orientada pelo paradigma político social do SUS e pautada em uma atuação integral, reflexiva, humana, ética, crítica e transformadora. (ORNELAS, 2015, p.100).

Sendo assim, a dimensão política do PPP, propõe uma formação profissional em saúde focada no cuidado integral e na promoção da saúde. Sugere uma formação humanizada, que valorize a dimensão subjetiva e social que compõem o processo saúde-doença-cuidado.

A dimensão política do PPP contempla a formação científica, tecnológica e humana, indispensáveis ao perfil profissional requerido pelo SUS, corroborando com a Política Nacional de Humanização que considera a humanização como “uma política transversal, que supõe que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde” (BRASIL, 2008).

O PPP cumpre sua missão política, uma vez que, se expressa no sentido de “compromisso com a formação do cidadão para um tipo de sociedade” (ANDRÉ, 2001, p. 189).

Desse modo, o PPP do curso técnico de Enfermagem do IFNMG se compromete com uma formação voltada para a construção de práticas de saúde que valoriza os direitos, valores e necessidades do cidadão, articulando-se com os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização.

#### 4.3.2 Dimensão Pedagógica e a Humanização da Assistência à Saúde

No que se refere à dimensão pedagógica, buscou-se estudar a estrutura e organização curricular do Curso Técnico de Enfermagem, relacionando-o a dimensão política estabelecida no Projeto Político Pedagógico e a humanização da assistência à saúde, objeto de estudo desta pesquisa.

Após o processo de unificação curricular (PROUNIC), a matriz curricular do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem do IFNMG - câmpus Januária, passou a contemplar 19 (dezenove) componentes curriculares, organizados na forma de disciplinas, que foram distribuídas ao longo de 4 (quatro) períodos.

Buscando facilitar a leitura e compreensão do leitor, procedeu-se a construção do Quadro 2, adaptado pela autora com base na Matriz Curricular do curso técnico de Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária- 2014. O quadro 2 se refere à estrutura curricular do curso Técnico em Enfermagem e evidencia as ementas das disciplinas do curso.

**Quadro 2 – Estrutura curricular do curso técnico de Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária, 2014.**

	<b>Disciplinas</b>	<b>Total horas/aula</b>	<b>Ementas</b>
1º Período	Enfermagem em clínica médica I	120 h/a	Noções básicas de anatomia, fisiologia e patologia. Histologia. Anatomia básica e fisiologia dos sistemas circulatório, hematopoiético, respiratório, digestório e urinário. Fisiopatologia, prevenção, tratamento e reabilitação das intercorrências clínicas de maior prevalência relacionadas a esses sistemas.
	Enfermagem em clínica médica II	120 h/a	Anatomia básica e fisiologia dos sistemas tegumentar, muscular, esquelético (locomotor), neurológico, sensorial e endócrino. Fisiopatologia, prevenção, tratamento e reabilitação das intercorrências clínicas de maior prevalência relacionadas a esses sistemas.
	Fundamentos de enfermagem I	80 h/a	História da enfermagem, teoria das necessidades humanas básicas, Higienização das mãos; crioterapia/termoterapia; preparo da unidade do paciente; transporte e mudança de decúbito; cuidados higiênicos; assistência de enfermagem aplicada aos sistemas: urinário, digestivo e respiratório. Coleta de medidas antropométricas aferimento de pressão arterial/pulso/temperatura/respiração, curativos, exame física e anamnese e outras técnicas básicas da Enfermagem.
	Saúde coletiva I	80 h/a	Conceitos de Saúde e Doença; História das Políticas Públicas no Brasil, Sistema Único de Saúde (SUS). Vigilância em Saúde. Indicadores de Saúde. Sistemas de Informação em Saúde. Lista de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória.
2º Período	Bioética e legislação em enfermagem	40 h/a	Fundamentos da ética; ética profissional; conceitos em bioética; legislação profissional.
	Saúde da criança e do adolescente	80 h/a	Assistência de enfermagem no puerpério ao recém-nascido normal e prematuro, crescimento e desenvolvimento, assistência à criança hospitalizada, intercorrências patológicas na criança, alterações fisiológicas, aspectos



			psicológicos e sexualidade na puberdade e adolescência. Administração de medicamentos em pediatria.
	Saúde reprodutiva	80 h/a	Anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino e masculino, em todos os ciclos de vida (estruturas reprodutivas, função do sistema reprodutor, ciclo menstrual), principais agravos, planejamento familiar, enfermagem em obstetrícia.
	Saúde do idoso	40 h/a	Alterações fisiopatológicas do idoso, problemas típicos da faixa-etária, políticas de atenção ao idoso, prevenção de agravos e qualidade de vida, cuidados de enfermagem ao idoso.
	Fundamentos de enfermagem II	80 h/a	Técnicas básicas de enfermagem: nebulização / inalação/oxigenioterapia, punção venosa, soroterapia, administração de medicamentos, enema/enteroclise, tratamento de feridas, retirada de pontos.
	Saúde coletiva II	80 h/a	Doenças imunopreveníveis e não-imunopreníveis prevalentes na região. Imunização, rede de frio.
3º Período	Gestão em saúde	80 h/a	Bases teóricas da administração e sua aplicação no processo de trabalho da enfermagem. Estrutura e organização dos serviços de saúde e serviços de enfermagem. Processo de Comunicação. A relação da administração e a humanização da assistência. Gestão do trabalho e da educação na saúde. Saúde do trabalhador
	Primeiros Socorros	80 h/a	Suporte básico de vida. Cuidados de enfermagem a usuários/pacientes em situações de urgência e emergência.
	Prevenção e controle de infecção relacionada à assistência de saúde	40 h/a	Infecção. Prevenção e controle da infecção em grandes sítios. Biossegurança. Legislação. CME. Manuseio e separação dos resíduos dos serviços de saúde. Prevenção e controle de infecção nos serviços de apoio.
	Fundamentos de enfermagem III	80 h/a	Técnicas básicas de enfermagem: coleta de materiais para exame; ECG; hemotransfusão; cuidados com traqueostomia; sondagem gastroenteral; sondagem vesical (alívio / demora); aspiração de secreções, dreno de tórax, cuidados com drenagem torácica; cuidados paliativos, preparo do corpo pós-morte.
	Português instrumental I	40 h/a	Língua, fala norma e variantes linguísticas. Níveis de linguagem e adequação linguística. Gêneros e tipologia textuais. Leitura de textos diversos. A gramática no texto.
4º Período	Saúde mental	80 h/a	Evolução histórica, políticas públicas e legislação em saúde mental. Categorias de transtornos mentais e de comportamento: conceito, sintomas, tratamento e cuidados de

		enfermagem. Assistência de enfermagem nos serviços de Saúde Mental. Ambientes terapêuticos. Modalidades de tratamento das doenças mentais. Emergências Psiquiátricas. Atenção no uso abusivo de álcool e drogas.
Enfermagem cirúrgica	120 h/a	Estrutura, organização e funcionamento da Unidade Cirúrgica. Abordagem sistemática do Centro Cirúrgico e Recuperação anestésica; Assistência integral e humanizada de enfermagem à pacientes cirúrgicos nos períodos pré, trans e pós-operatório.
Português Instrumental II	40 h/a	Gêneros textuais da esfera profissional: relatórios técnicos, exposição oral, fichas de anamnese, correspondência comercial e oficial.
Tópicos Especiais	80 h/a	Desenvolvimento de unidades, conteúdos e/ou atividades integrativas, como visitas técnicas, oficinas, ações educativas, estudos de caso, etc. As atividades serão definidas a partir das demandas verificadas pelo corpo docente e discente do curso.
Total Geral de horas/ aula do Curso sem o Estágio	1.440	
Horas/aula do Estágio Curricular Supervisionado	720	
Total Geral de horas/aula do curso com estágio	2.160	

Fonte: IFNMG, câmpus Januária, 2014. Adaptado.

O PPP não especifica como a carga horária de cada período do curso deve ser distribuída entre teoria e prática, logo, subentende-se que o professor tem autonomia para definir e distribuir as horas aula entre disciplinas teóricas e aulas práticas, a partir da demanda de cada disciplina.

Segundo o Quadro 2, no primeiro período, as disciplinas estão voltadas ao conhecimento das diversas patologias e agravos à saúde e aos cuidados básicos de enfermagem. São orientadas pelo desejo de estimular o aprender a fazer, conforme se apresenta nas ementas das disciplinas:

- Ementa da disciplina **Enfermagem em Clínica Médica I:**

Noções básicas de anatomia, fisiologia e patologia. Histologia. Anatomia básica e fisiologia dos sistemas circulatório, hematopoiético, respiratório, digestório e urinário. Fisiopatologia, prevenção, tratamento e reabilitação das intercorrências clínicas de maior prevalência relacionadas a esses sistemas pediatria. (IFNMG, 2014, p. 13).

- Ementa da disciplina **Enfermagem em clínica médica II:**

Anatomia básica e fisiologia dos sistemas tegumentar, muscular, esquelético (locomotor), neurológico, sensorial e endócrino. Fisiopatologia, prevenção, tratamento e reabilitação das intercorrências clínicas de maior prevalência relacionadas a esses sistemas. (IFNMG, 2014, p. 13).

- Ementa da disciplina **Fundamentos de Enfermagem I:**

História da enfermagem, teoria das necessidades humanas básicas, Higienização das mãos; crioterapia/termoterapia; preparo da unidade do paciente; transporte e mudança de decúbito; cuidados higiênicos; assistência de enfermagem aplicada aos sistemas: urinário, digestivo e respiratório. Coleta de medidas antropométricas aferimento de pressão arterial/pulso/temperatura/respiração, curativos, exame físico e anamnese e outras técnicas básicas da Enfermagem. (IFNMG, 2014, p. 14).

No primeiro período nota-se que existe um predomínio de disciplinas que priorizam o conhecimento técnico. Deve-se ressaltar que o conhecimento técnico e científico é indispensável para a lógica de formação do profissional técnico em enfermagem. Contudo, para se trabalhar com o processo saúde-doença-cuidado, é necessário considerar todo o contexto em que o usuário está inserido, as conexões com outros saberes e as experiências de cada sujeito envolvido no processo saúde-doença-cuidado.

No segundo período, o currículo é orientado para as áreas de conhecimento que integram o ciclo de vida humana e a aplicação de cuidados básicos de enfermagem na assistência ao usuário. Verifica-se que há uma formação linear, que não vislumbra a integralidade da assistência. Conforme se observa nas ementas das disciplinas:

- Ementa da disciplina **Saúde da Criança e do Adolescente:**

Assistência de enfermagem no puerpério ao recém-nascido normal e prematuro, crescimento e desenvolvimento, assistência à criança hospitalizada, intercorrências patológicas na criança, alterações fisiológicas, aspectos psicológicos e sexualidade na puberdade e adolescência. Administração de medicamentos em pediatria. (IFNMG, 2014, p. 17).

- Ementa da disciplina **Saúde Reprodutiva:**

“Anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino e masculino, em todos os ciclos de vida (estruturas reprodutivas, função do sistema reprodutor, ciclo menstrual), principais agravos, planejamento familiar, enfermagem em obstetrícia”. (IFNMG, 2014, p. 17).

- Ementa da disciplina **Saúde do Idoso:**

“Alterações fisiopatológicas do idoso, problemas típicos da faixa-etária, políticas de atenção ao idoso, prevenção de agravos e qualidade de vida, cuidados de enfermagem ao idoso. (IFNMG, 2014, p. 18).

- Ementa da disciplina **Fundamentos de Enfermagem II:**

“Técnicas básicas de enfermagem: nebulização / inalação / oxigenioterapia, punção venosa, soroterapia, administração de medicamentos, enema / enteróclise, tratamento de feridas, retirada de pontos. (IFNMG, 2014, p. 19).

- Ementa da disciplina **Saúde coletiva II:**

“Doenças imunopreveníveis e não-imunopreveníveis prevalentes na região. Imunização, rede de frio”. (IFNMG, 2014, p. 19).

O terceiro período contempla o processo de trabalho em enfermagem no contexto da organização dos serviços de saúde, prevê o desenvolvimento de habilidades relacionadas à assistência de enfermagem em urgência e emergência, em todas as fases do ciclo vital. Observa-se essa organização por meio das ementas das disciplinas:

- Ementa da disciplina **Primeiros Socorros:**

“Suporte básico de vida. Cuidados de enfermagem a usuários/pacientes em situações de urgência e emergência”. (IFNMG, 2014, p. 21).

- Ementa da disciplina **Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência de Saúde:**

“Infecção. Prevenção e controle da infecção em grandes sítios. Biossegurança. Legislação. CME. Manuseio e separação dos resíduos dos serviços de saúde. Prevenção e controle de infecção nos serviços de apoio”. (IFNMG, 2014, p. 21).

- Ementa da disciplina **Fundamentos de enfermagem III:**

Técnicas básicas de enfermagem: coleta de materiais para exame; ECG; hemotransfusão; cuidados com traqueostomia; sondagem gastroenteral; sondagem vesical (alívio / demora); aspiração de secreções, dreno de tórax, cuidados com drenagem torácica; cuidados paliativos, preparo do corpo pós-morte. (IFNMG, 2014, p. 22).

Ao proceder a análise da matriz curricular, verifica-se a preponderância do modelo disciplinar, com incorporação de conteúdos restritos às ciências biológicas e a formação técnica.

Conforme Luck (1995), a fragmentação do conhecimento em disciplinas favorece o distanciamento entre o aluno e o contexto em que está inserido, provocando uma distorção no modo de compreender a realidade.

O quarto período se atenta para o conhecimento do histórico e cuidado com o doente mental, abordagem sistemática do centro cirúrgico e do usuário em todas as fases que envolvem o período operatório. Além disso, por meio da disciplina **Tópicos Especiais**<sup>20</sup>, explora os temas não explorados ou pouco explorados pelas disciplinas tradicionais. Verifica-se essa estruturação por meio das ementas das disciplinas:

- Ementa da disciplina **Saúde Mental**:

Evolução histórica, políticas públicas e legislação em saúde mental. Categorias de transtornos mentais e de comportamento: conceito, sintomas, tratamento e cuidados de enfermagem. Assistência de enfermagem nos serviços de Saúde Mental. Ambientes terapêuticos. Modalidades de tratamento das doenças mentais. Emergências Psiquiátricas. Atenção no uso abusivo de álcool e drogas. (IFNMG, 2014, p. 24).

- Ementa da disciplina **Enfermagem Cirúrgica**:

“Estrutura, organização e funcionamento da Unidade Cirúrgica. Abordagem sistemática do Centro Cirúrgico e Recuperação anestésica; Assistência integral e humanizada de enfermagem à pacientes cirúrgicos nos períodos pré, trans e pós-operatório”. (IFNMG, 2014, p. 24).

- Ementa da disciplina **Tópicos Especiais**:

“Desenvolvimento de unidades, conteúdos e/ou atividades integrativas, como visitas técnicas, oficinas, ações educativas, estudos de caso, etc. As atividades serão definidas a partir das demandas verificadas pelo corpo docente e discente do curso”. (IFNMG, 2014, p. 25).

---

<sup>20</sup> É importante esclarecer que a disciplina Tópicos Especiais não é uma disciplina propriamente dita, é caracterizada como um conjunto de atividades práticas. Entretanto, por não encontrar melhor definição e não existir outra definição no PPP, a autora se refere a “Tópicos Especiais” como disciplina.

Constata-se que as ementas das disciplinas contemplam a doença dissociada da subjetividade que envolve o usuário do serviço de saúde, esse fato pode ser confirmado nas ementas de várias disciplinas, já evidenciadas no estudo.

Em relação à organização curricular, observa-se que os períodos (aqui representados pelo agrupamento de disciplinas) priorizam o conhecimento técnico e são desenvolvidos de forma fragmentada, cooperando para a inexistência da visão global que envolve o processo saúde-doença-cuidado.

Segundo Machado *et al.*, (2007) os currículos têm se tornado essencialmente científicos, o que favorece a especialização do cuidado e formação de profissionais com pouca ou nenhuma habilidade para resolver problemas da vida real.

Os fatos apresentados contrariam a dimensão política do PPP, pois, conforme consta no Projeto:

O IFNMG possui uma atuação voltada para a assistência técnica e tecnológica às organizações que atuam na área de saúde formando primeiro, em seus quadros, profissionais dentro de uma visão mais democrática de sociedade, de respeito à cidadania, tendo o homem como centro dos projetos políticos, econômicos e sociais do país e que sejam efetivamente capazes de contribuir na transformação da sociedade, rumo à justiça social, com vida plena e digna a todos. (IFNMG, 2014, p. 8).

Deve-se considerar que “o currículo não pode ser separado do contexto social, uma vez que ele é historicamente situado e culturalmente determinado” (VEIGA, 2008, p. 27). Conforme já foi evidenciado e descrito neste trabalho, a dimensão política do curso propõe uma formação social, ética e política. Entretanto não se observa a concretude dessa dimensão. Conforme explica Saviani, "a dimensão política se cumpre na medida em que ela se realiza enquanto prática especificamente pedagógica" (SAVIANI, 2003, p. 93).

No que se refere à dimensão pedagógica de um curso, Veiga diz que:

Na dimensão pedagógica reside a possibilidade da efetivação da intencionalidade da escola, que é a formação do cidadão participativo, responsável, comprometido, crítico e criativo. Pedagógico, no sentido de definir as ações educativas e as características necessárias às escolas de cumprirem seus propósitos e sua intencionalidade. (VEIGA, 2008).

Considerando a estruturação da matriz curricular, pode-se afirmar que a formação de trabalhadores em saúde, no IFNMG – câmpus Januária, encontra-se distante de

proporcionar articulação entre teoria e prática, dificultando a formação orientada para a resolução de problemas da vida cotidiana, de forma autônoma, ética e humana.

Neste aspecto, Moraes (1997) assegura que a mudança de modelo na assistência em saúde requer uma prática pedagógica com abordagem integral, comprometida em favorecer interações e relações dos alunos consigo mesmos e com o próximo. Proporcionando assim, a compreensão do contexto em que está inserido através das relações e conexões estabelecidas.

Por meio de estudo nos documentos que regulamentam o curso, identificou-se que há limitações nas propostas idealizadas pelo Curso. Verificou-se que muitos dos objetivos descritos no PPP (dimensão política) são pouco abordados na dimensão pedagógica, ou seja, observa-se que a intenção em proporcionar uma formação na perspectiva da humanização não se cumpre na organização curricular e metodológica adotadas.

Conforme propõe a dimensão política do PPP, o curso Técnico de Enfermagem do IFNMG deve contribuir com a consolidação do SUS, investindo na formação de profissionais comprometidos socialmente. Para tanto, deve construir currículos que, dentre outros aspectos, contemplem dimensões técnica, ética, política e social.

Nesse sentido, a organização curricular, conforme se apresenta, se contrapõe a dimensão política do PPP e a Política Nacional de Humanização que, segundo Barros e Gomes (2011) “se constrói como uma proposta para a superação do reducionismo ao qual a racionalidade biomédica ocidental está aprisionada” (BARROS; GOMES, 2011, p.647).

Faz-se necessário abordar a temática da humanização durante toda a formação do profissional de saúde. Conforme está descrito na Política Nacional de Humanização, “humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p.6).

A construção de currículos articulados com temas transversais, tal como a humanização, em todas as áreas do conhecimento e com a vivência do aluno proporciona um aprendizado diferenciado. Essa articulação favorece a formação de profissionais autônomos, com responsabilidade social e com comprometimento ético e moral.

Diante das informações que foram apresentadas e discutidas, emerge o desafio de extrapolar a formação profissional para a construção coletiva do cuidado em saúde, articulando o saber científico e técnico com a assistência sensível e humana.

#### 4.3.3 Análise dos Planos de Ensino das disciplinas do curso, sob a ótica da humanização da assistência à saúde

Para estudar os planos de ensino das disciplinas do curso, sob a ótica da humanização da assistência à saúde, a autora evidenciou somente as ementas das disciplinas que abordam alguma das subcategorias e/ou expressões definidas pela pesquisa, tais como: ética, formação voltada para o SUS, conceitos de cuidado e humanização, formação para o trabalho em saúde, relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho, valorização e respeito ao outro durante os cuidados, humanização nas práticas de assistência à saúde e cuidado integral.

Após análise dos documentos, verificou-se que a temática humanização é pouco abordada nas ementas das disciplinas e há dificuldade em promover a integração ensino/serviço/comunidade. Observa-se ausência de interdisciplinaridade e falta de ações concretas que favoreçam a integração entre teoria e prática humanizada.

Através da análise das ementas constantes nos planos de ensino das disciplinas, foi possível observar, que, em um total de 19 (dezenove) -100% das disciplinas constantes na matriz curricular, somente 6 (seis) - 31,5 % das disciplinas contemplam a temática humanização e/ou categoria de análise definida pelo estudo.

Dentre as disciplinas ministradas no primeiro período, somente a disciplina **Saúde coletiva I** faz referência as categorias estabelecidas pelo estudo. A ementa da disciplina aborda:

Conceitos de Saúde e Doença; História das Políticas Públicas no Brasil, Sistema Único de Saúde (SUS). Vigilância em Saúde. Indicadores de Saúde. Sistemas de Informação em Saúde. Lista de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória. (IFNMG, 2014, p. 15).

Na ementa da disciplina **Saúde Coletiva I** destaca-se as expressões: “Sistema Único de Saúde (SUS)”, “Conceitos de Saúde e Doença” (IFNMG, 2014, p. 15).

Ao estudar o Plano de Ensino da disciplina **Saúde Coletiva I**, observou-se que os objetivos se referem a: “ser humano integral”, “princípios éticos”, “compromisso social com a população”, “trabalho em equipe” e “caráter interdisciplinar na área da saúde”. Quanto aos conteúdos ministrados, apresenta: “história e legislação do SUS”; “controle social”, “conferências e conselhos de saúde”; “direitos do usuário”, “instrumento de controle e fiscalização” e “Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS)” (IFNMG, 2014, p. 15).



Ao apresentar a metodologia a ser utilizada nas aulas de **Saúde Coletiva I**, o plano de ensino consta: aulas expositivas e dialogadas, grupos de discussão (GD's), vídeos (documentários) e teatro.

Entretanto, ao analisar as referências utilizadas, não foi observada nenhuma alusão ao termo Humanização e/ou outra categoria utilizada pelo estudo, nos títulos das bibliografias.

Evidencia-se no 1º período a fragilidade no que se refere à formação humana. Com exceção da disciplina de **Saúde Coletiva I**, não foi identificado nenhum elemento que se remeta a formação profissional humanizada nas outras disciplinas. Há um predomínio de disciplinas técnicas.

Sob a ótica da humanização da assistência, é possível inferir uma fragmentação do cuidado e da formação do profissional técnico em enfermagem, com abordagem isolada da temática humanização.

No segundo período, na ementa da disciplina **Bioética e Legislação em Enfermagem**, consta: “Fundamentos da ética; ética profissional; conceitos em bioética; legislação profissional” (IFNMG, 2014, p. 16).

Destacam-se os seguintes termos: “ética”; “ética profissional” e “bioética” (IFNMG, 2014, p. 16).

Nos objetivos da disciplina **Bioética e Legislação em Enfermagem**, presentes no Plano de Ensino, aparecem as seguintes expressões: “princípios da ética”, “situações éticas emergidas do cotidiano profissional”, “exercício da Enfermagem pautado em princípios éticos” (IFNMG, 2014, p. 16).

Já nos conteúdos a serem ministrados na disciplina **Bioética e Legislação em Enfermagem**, constam: “fundamentos da ética” e “relações interpessoais no trabalho” (IFNMG, 2014, p. 16).

Além disso, a disciplina de **Saúde do Idoso**, que está inserida no segundo período também, apesar de não apresentar nenhuma menção à humanização na sua ementa, nos objetivos da disciplina, consta: “assistir o idoso de forma integral” (IFNMG, 2014, p. 18). No que se refere à metodologia adotada pelo professor ao ministrar a disciplina, chama a atenção a utilização de “Seminário integrado com as demais disciplinas” (IFNMG, 2014, p. 18).

Nas disciplinas de **Bioética e Legislação em Enfermagem** e **Saúde do Idoso** percebe-se uma tímida preocupação com o cuidado integral e com a formação profissional para atuar além da técnica. Entretanto, não contempla a temática da humanização de forma

transversal, necessária para extrapolar a dimensão do cuidado e propor uma abordagem integral e humana do usuário.

No terceiro período, os termos que se remetem a humanização da assistência, aparecem exclusivamente na disciplina de **Gestão em Saúde**, conforme demonstra a ementa:

Bases teóricas da administração e sua aplicação no processo de trabalho da enfermagem. Estrutura e organização dos serviços de saúde e serviços de enfermagem. Processo de Comunicação. A relação da administração e a humanização da assistência. Gestão do trabalho e da educação na saúde. Saúde do trabalhador. (IFNMG, 2014, p. 20).

Na ementa desta disciplina destaca-se a expressão: “humanização da assistência” (IFNMG, 2014, p. 20).

Nos objetivos da disciplina de **Gestão em Saúde** aparecem as expressões: “reconhecer (...) o ser humano integral”, (...) “compromisso social com a população”; “trabalho em equipe”; “caráter interdisciplinar da área da saúde”. E dentre os conteúdos a serem abordados chama a atenção a “Política Nacional de Humanização” (IFNMG, 2014, p. 20).

Ao analisar as referências utilizadas na referida disciplina, evidencia-se o título: Enfoque humanístico a comunicação em enfermagem. Entretanto, nenhum manual do Ministério da Saúde foi adotado, nem mesmo a Política Nacional de Humanização.

No quarto período, destaca-se a “disciplina **Tópicos Especiais**”, visto que nos objetivos propostos, enfatiza-se: “favorecer a interdisciplinaridade e o contato precoce do aluno com a prática profissional, rompendo com a dicotomia teoria/prática, através de visitas técnicas e desenvolvimento de ações na comunidade” (IFNMG, 2014, p. 26).

Ainda no último período, ao proceder à análise do plano de ensino da disciplina **Enfermagem Cirúrgica**, na ementa contém: “Estrutura, organização e funcionamento da Unidade Cirúrgica. Abordagem sistemática do Centro Cirúrgico e Recuperação anestésica; **Assistência integral e humanizada** de enfermagem à pacientes cirúrgicos nos períodos pré, trans e pós-operatório” (IFNMG, 2014, p. 24, grifo da autora).

Nos objetivos da disciplina, evidencia-se: “assistência integral e humanizada” (IFNMG, 2014, p. 24).

Nos conteúdos, há referência a “assistência integral e humanizada ao usuário” durante todos os períodos que envolvem o procedimento cirúrgico: pré, trans e pós-operatório. Além disso, trata das “relações interpessoais com o usuário, família e equipe multidisciplinar” (IFNMG, 2014, p. 24).

Ao analisar todos os planos de ensino, do ano de 2015, das disciplinas adotadas no Curso Técnico de Enfermagem do IFNMG foi possível observar que existe grande preocupação em “proporcionar aprendizagem de conhecimento técnico-científico”, expressão que se repetiu por várias vezes nos Planos, em disciplinas diferentes.

Os Planos de Ensino de todas as disciplinas priorizam o ensino técnico, se apresentam com conteúdos fragmentados. Observa-se exacerbada preocupação com a doença, numa perspectiva reducionista e compartimentalizada.

Evidencia-se ainda que existe a intenção em contemplar a humanização, entretanto, apresenta-se de forma rudimentar e insuficiente para permear todo o processo de formação, não extrapolando o campo teórico.

Ao estudar a Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde, Barbosa *et al.*, (2013) afirmam:

A reflexão sobre a educação em enfermagem indica caminhos necessários para o ensino centrado no cuidado e, entre os desafios a serem enfrentados, estão as instituições de saúde que mantêm uma posição conservadora e reducionista e atitudes fragmentadas onde o paciente é objeto de conhecimento ou de lucro. (BARBOSA *et al.*, 2013, p. 126).

Analisando os fatos descritos, verifica-se que a questão da humanização se apresenta como um aspecto mais teórico do que realmente aplicado, parece não passar de mais um conceito. Observa-se “tentativas isoladas” de promover a humanização da assistência na formação do profissional técnico em enfermagem.

#### 4.3.4 Carga horária

Ao analisar o PPP, observou-se que existe uma lacuna entre a intenção de formação proposta e as estratégias utilizadas para executá-la. É possível fazer essa afirmação após constatar que as disciplinas que contemplam os aspectos técnicos da profissão apresentam maior carga horária.

Em seu estudo sobre Ensino em Enfermagem, no IFNMG campus Januária, Ornelas (2015, p. 98) faz uma análise da matriz curricular do curso. E, conforme distribuição de carga horária de acordo com as disciplinas do curso, afirma que:

As disciplinas que podem contemplar a assistência integral nos diferentes ciclos da vida, com foco na promoção da saúde, políticas de saúde, ética, epidemiologia, saúde coletiva, ou seja, disciplinas tradicionalmente mais relacionadas com a saúde

no seu contexto coletivo, social e político, em relação à carga horária, foram disponibilizadas 560 horas/aula (39%), sendo que destas, 160 horas/ aula (11,12%) são de Saúde Coletiva I e II, 40 horas/aula (2,7%) são de Bioética e Legislação em Enfermagem, 80 horas/aula (5,6%) são de Saúde da Criança e do Adolescente, 80 horas/aula (5,6%) são de Saúde Reprodutiva, 40 horas/aula (2,7%) são de Saúde do Idoso 80 horas/aula (5,6%) são de Gestão em Saúde e 80 horas/aula (5,6%) são de Saúde Mental. (ORNELAS, 2015, p. 98).

A partir do que foi observado, é possível afirmar que se atribui maior carga horária as disciplinas consideradas “mais importantes”, no caso, as que abordam a questão da técnica. No que diz respeito à atribuição de valor às diferentes disciplinas, esta informação, corrobora com Albuquerque *et al.*, (2009, p. 264) quando afirmam que:

Em geral, as disciplinas que lidam com os aspectos biológicos e com as intervenções no corpo, mediadas por procedimentos, são espaços que recebem maior investimento [...]. Pouca atenção está voltada àquelas que propõem reflexões e ações no campo da ética, das humanidades, do ambiente, das relações interpessoais, intrapsíquicas e das interações sociais. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009, p. 264).

Nesse sentido, destaca-se a necessidade da abordagem de temas importantes para a formação ética e humana do aluno do curso Técnico de Enfermagem do IFNMG, tais como: ética, concepções e políticas do SUS; conceitos de cuidado e humanização; formação para o trabalho em saúde; humanização da assistência à saúde e cuidado integral. Deve-se ressaltar que a abordagem desses termos é desenvolvida de forma insatisfatória nas ementas e Planos de Ensino.

Conforme esclarece a Política Nacional de Humanização, a temática da Humanização deve ser assumida como:

[...] estratégia de interferência no processo de produção de saúde. [...] estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. (BRASIL, 2004, p.8).

Em estudo sobre o ensino de humanização nas Instituições de Ensino Superior (IES) de Enfermagem, Almeida (2007, p. 105), declara que “constatou-se a intenção em ensinar humanização em 59% das disciplinas analisadas, pois das 588 ementas, 349 delas apresentaram algum termo relacionado à humanização”. Todavia, ao verificar “a consistência teórica e prática que permitiria o aprendizado sobre a humanização esteve presente apenas na

IES L<sup>21</sup> através das disciplinas *Filosofia e Antropologia Filosófica* (ALMEIDA, 2007, p.112).

Apesar do estudo supracitado não se referir ao ensino técnico, trata-se de uma informação importante para a formação profissional em saúde. Os resultados da pesquisa de Almeida (2007) corroboram com os resultados aqui alcançados, repercutindo na qualidade da atenção à saúde ofertada à população. O dado foi considerado devido à escassez de pesquisas na área específica da formação do técnico em enfermagem.

#### 4.3.5 Apresentação do Estágio Curricular do curso Técnico de Enfermagem do IFNMG

O estágio curricular será apresentado conforme informações contidas no PPP do curso Técnico de Enfermagem do IFNMG.

Em relação ao estágio curricular, o PPP define carga horária, faz outras considerações, mas não explicita o início do estágio, ou seja, não esclarece o momento, ou período do curso que se deve iniciar o estágio curricular. No documento consta:

A distribuição da carga horária de 600 horas de estágio ficará a cargo da Coordenação de Enfermagem em articulação com os professores do curso, atendendo às demandas dos estabelecimentos envolvidos. (IFNMG, 2014, p.27).

No que tange a prática profissional, o curso Técnico de Enfermagem proporciona o aprofundamento de conhecimentos técnicos inseridos em um contexto social, estreitando a relação do aluno com o mundo do trabalho. É possível endossar essa afirmação no texto do PPP que trata da prática profissional.

A prática profissional supõe o desenvolvimento, ao longo de todo o curso, de atividades tais como, estudos de caso, conhecimento de mercado e das empresas, pesquisas individuais e em equipe, projetos, estágios e exercício profissional efetivo. Em nossa Instituição, a atividade de prática profissional, tem o apoio de diferentes recursos tecnológicos, laboratórios, salas-ambientes e integram o mínimo de carga horária prevista para o curso. (IFNMG, 2014, p.26).

O Estágio Supervisionado permite ao aluno estreitar a relação entre teoria e prática, evidenciando a aplicação do conhecimento a favor da sociedade. Possibilita o desenvolvimento de sua maturidade profissional, de valores éticos e de cidadania.

---

<sup>21</sup> Para manter o anonimato das IES, seus currículos foram identificados por letras maiúsculas (de A até M) (ALMEIDA, 2007, p. 36).

As DCNEPTNM destacam a necessidade de integração do ensino-serviço como forma de tornar o processo ensino-aprendizagem aderido à realidade do trabalho, na perspectiva do desenvolvimento para a vida social e profissional (BRASIL, 2012a).

Infere-se, a partir do PPP, a responsabilidade do curso Técnico de Enfermagem do IFNMG com a formação técnica e tecnológica, pautada em princípios de solidariedade, compartilhamento, responsabilidade e ética. Conforme PPP:

O IFNMG possui uma atuação voltada para a assistência técnica e tecnológica às organizações que atuam na área de saúde formando primeiro, em seus quadros, profissionais dentro de uma visão mais democrática de sociedade, de respeito à cidadania, tendo o homem como centro dos projetos políticos, econômicos e sociais do país e que sejam efetivamente capazes de contribuir na transformação da sociedade, rumo à justiça social, com vida plena e digna a todos. (IFNMG, 2014, p.8).

Para tanto, recomenda-se a superação da fragmentação observada na organização curricular do curso. Sugere-se a utilização de estratégias educacionais contextualizadas, flexíveis e interdisciplinares, dispostos a integrar teoria e prática profissional.

#### 4.3.6 Ensino da Humanização na perspectiva docente

O texto que se segue fará a análise de um documento sobre o Ensino da Humanização. Trata-se de um questionário elaborado pela Diretoria de Ensino do IFNMG, câmpus Januária. Teve como objetivo averiguar o ensino da Humanização no curso técnico de Enfermagem do IFNMG e foi aplicado aos docentes do curso (efetivos e contratados), no ano de 2015, contemplando questões abertas e fechadas.

Compete ressaltar que o referido questionário, antes desta pesquisa, não havia sido objeto de análise de nenhum outro estudo. Portanto, a realização deste trabalho, enquanto servidora do IFNMG, contribuiu para a tabulação e análise crítica do documento em questão.

O referido questionário foi dividido em categorias, a saber: perfil docente; conhecimento sobre a temática Humanização; prática docente e Humanização; conteúdo e metodologia no ensino da Humanização e carga horária e desafios.

Deve-se esclarecer que para análise do questionário, a autora desta pesquisa, consolidou e discutiu apenas os dados que julgou relevantes para responder os objetivos propostos pelo estudo e enriquecer o trabalho.

No ano de 2015 o corpo docente do Curso Técnico em Enfermagem do IFNMG era composto por 13 (treze) professores; sendo 10 (dez) professores efetivos e 3 (três) contratados. Cabe explicar que dos 10 (dez) professores efetivos, 5 (cinco) encontravam-se afastados para qualificação.

Para análise dos dados, foi considerado o total de 13 (treze) professores. Visto que a Diretoria de Ensino do câmpus Januária decidiu aplicar o questionário a todos os professores do curso Técnico de Enfermagem no ano de 2015, efetivos e contratados, independentemente de estarem em exercício ou não.

Por meio da análise dos questionários é possível afirmar que, do total de 13 (treze) docentes, 8 (oito) afirmaram que participaram da elaboração do Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso Técnico em Enfermagem do IFNMG, atualizado em 2014.

Deve-se esclarecer que o questionário não explicita o motivo dos docentes não terem participado da elaboração do PPP. Dado a importância do documento, pode-se inferir que se trata de professores substitutos e, provavelmente, foram contratados em período posterior à elaboração do PPP.

Ao serem indagados quanto a leitura e compreensão do PPP, todos os docentes, afirmaram que conhecem e compreendem as propostas do Projeto.

#### 4.3.7 Perfil docente

O ensino em enfermagem e o perfil docente para atuação no ensino técnico são assuntos complexos e singulares. Dado a importância do tema, e, por não se tratar de objeto de estudo desta pesquisa, a autora, fez apenas algumas considerações sobre o assunto.

Ao analisar o perfil docente, no que se refere à formação inicial, certifica-se que os docentes que atuam no curso Técnico de Enfermagem do IFNMG, *câmpus* Januária, são bacharéis em enfermagem. Observa-se que a licenciatura não foi uma opção inicial desses profissionais. Entretanto, chamou a atenção da autora da pesquisa o fato de 4 (quatro) professores possuírem pós-graduação na área da educação.

Faz-se importante esclarecer que na região do Norte de Minas Gerais só existe escola de formação de bacharéis em enfermagem, logo, o fato de os docentes não possuírem licenciatura na área da enfermagem pode indicar a dificuldade de acesso a esse tipo de formação ou, simplesmente, os docentes do curso Técnico de Enfermagem do IFNMG,

*câmpus* Januária não consideram a licenciatura como formação necessária ao exercício da docência.

Ao responderem que possuem pós-graduação na área da educação, 2 (dois) docentes afirmaram que são pós-graduados em Docência do Ensino Superior, 1 (um) docente possui pós-graduação em Enfermagem e Educação e, outro, em Educação Profissional e Tecnológica.

Deve-se ressaltar que o curso de pós-graduação e a licenciatura não são pré-requisitos para trabalhar no IFNMG.

Em relação aos profissionais com atuação docente nas disciplinas específicas da formação profissional dos cursos técnicos de nível médio, Moura (2007), afirma que se tratam de engenheiros, enfermeiros, médicos, biólogos, ou seja, são bacharéis que têm o domínio do campo científico no nível da graduação, mas que não tiveram formação pedagógica para serem professores.

Nesta perspectiva, Tardif (2003) afirma que os profissionais que não possuem formação para a docência, não apresentam preparo pedagógico para atuação como docente. Logo, podem apresentar dificuldades didáticas para compartilhar os saberes, com tendência a reproduzir comportamentos e atitudes, perpetuando práticas pedagógicas inadequadas.

Ao estudar o perfil dos docentes que atuam no curso Técnico de Enfermagem do IFNMG, *câmpus* Januária, em seu estudo sobre o Ensino em Enfermagem, Ornelas (2015, p. 123), afirma que os autores utilizados na pesquisa destacam que:

“Os docentes de enfermagem parecem não estar suficientemente preparados para desenvolver nos alunos o pensamento crítico, uma vez que também não tiveram formação para tal, influenciando tanto em suas atividades teóricas como no campo clínico”. (ORNELAS, 2015, p. 123).

É possível endossar esta afirmação a partir do que foi constatado ao estudar a articulação da dimensão política e pedagógica do PPP do curso Técnico de Enfermagem do IFNMG, *câmpus* Januária com a humanização da assistência à saúde. Retomando a discussão anterior, foi verificada uma intenção de formação (ética, política e humana), mas, que não se concretizou na dimensão pedagógica proposta pelo PPP. Segundo Silva e Silveira (2011, p.1537):

Na área da saúde, um grande desafio para a implementação de medidas humanizadoras no âmbito assistencial é a sensibilização e preparação dos trabalhadores, que têm uma formação acadêmica, fundamentalmente tecnicista. (SILVA; SILVEIRA, 2011, p. 1537).



Apesar da abordagem superficial do assunto, é possível afirmar que, se os docentes do curso Técnico de Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária, possuísem formação didático-pedagógicas, provavelmente, haveria uma articulação maior entre a dimensão política e pedagógica do curso. Possivelmente haveria uma reflexão maior em torno da formação tecnicista prevalente no curso, no sentido de repensar a prática docente para a estruturação de um curso comprometido com a formação integral do aluno.

Considerando que o IFNMG possui um Programa Institucional de Desenvolvimento dos Servidores – PIDS, deve-se incentivar o desenvolvimento de ações de qualificação e capacitação dos docentes do curso Técnico de Enfermagem, no que diz respeito a formação didático-pedagógica, a fim de superar a abordagem tecnicista e fragmentada adotada no curso Técnico de Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária.

#### 4.3.8 Conhecimento sobre a temática Humanização

No que se refere ao conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), 11 (onze) professores afirmaram que conhecem a PNH. 1(um) docente não respondeu ao questionamento e 1(um) disse que já ouviu falar sobre o assunto.

Ao serem indagados quanto a participação em cursos de atualização sobre Humanização, 7 (sete) professores disseram que não participaram de curso de atualização sobre a temática, em contrapartida, 6 (seis) afirmaram que sim.

Observa-se que, apesar da maioria dos professores do curso afirmar que conhece a PNH, isto pouco interfere no processo de formação do aluno do curso Técnico de Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária. Por meio dos documentos analisados, nota-se que o conhecimento dos docentes em relação a humanização, não interfere na trajetória de construção do curso, o que prevalece é a formação descontextualizada e com foco na assistência a doença. A Política Nacional de Humanização, esclarece que:

O baixo investimento na qualificação dos trabalhadores [...] diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. [...] O quadro se complexifica quando também verificamos que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde. (BRASIL, 2004, p. 5).

Considerando que os atuais desafios de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) “refletem diretamente na necessidade de revisão dos processos de formação profissional” (NESPOLI; RIBEIRO, 2011, p. 986), deve-se inovar os processos de formação dos trabalhadores da saúde, rompendo os tradicionais modelos de formação e ultrapassando a abordagem fragmentada do cuidado.

Ao contrário do que foi observado nos documentos analisados, os docentes deveriam articular conhecimentos e atitudes, enfatizando os valores ligados à defesa da vida e a complexidade que envolve a condição humana.

#### 4.3.9 Estratégias pedagógicas e Humanização

O presente trabalho não teve a intenção de pormenorizar as estratégias pedagógicas utilizadas pelos docentes do IFNMG. O objetivo desse texto consistiu tão somente em evidenciar e analisar os principais métodos de ensino utilizados pelos professores, proporcionando informações mínimas necessárias ao entendimento de que as estratégias pedagógicas não se isolam, muito pelo contrário, elas se complementam no processo de formação do aluno.

No que se refere aos planos de ensino das disciplinas, 12 (doze) docentes afirmaram que consta algum tema referente à Humanização no plano de ensino da disciplina ministrada por ele e, 1(um) professor disse que na disciplina que ministra não consta nada referente a humanização no plano de ensino.

Esse dado chama muito a atenção porque, conforme foi constatado na análise da matriz curricular, ementas das disciplinas e planos de curso, há, um número muito reduzido de disciplinas que contemplam a temática Humanização, somente 6 (seis) conteúdos.

Ao serem investigados quanto a abordagem da humanização, apesar dos planos de ensino praticamente não contemplarem a temática, 12 (doze) docentes afirmaram que abordam o tema em sala de aula e/ou estágio supervisionado. Ao contrário de 1 (um) professor que disse que, eventualmente, aborda o assunto.

Esta informação leva a refletir sobre a maleabilidade do currículo e as características particulares de cada professor que imprimem uma identidade ao conteúdo abordado. Ou seja, mesmo que o plano de ensino da disciplina não aborde determinado assunto, se o docente julgar necessário, a temática será estudada. Considerando a

transversalidade da humanização e, a facilidade que esta temática tem de permear vários assuntos, torna-se ainda mais fácil.

Tendo em vista as demandas e as particularidades da formação profissional em saúde, o docente tem a liberdade de afirmar seu protagonismo, partindo de experiências concretas vivenciadas no seu processo de formação e trabalho.

Quanto ao questionamento da metodologia mais utilizada pelo docente para abordar o tema Humanização, as opções mais evidenciadas foram: “em aula teórica, utilizando textos sobre o assunto”, “em rodas de conversa para retratação da realidade vivenciada” e “com orientações durante a realização de práticas supervisionadas”.

Ao responderem à questão sobre outros materiais utilizados no ensino da Humanização, 5 (cinco) docentes responderam que fazem uso de textos retirados da internet; 5 (cinco) utilizam artigos de periódicos e 3 (três) afirmaram que empregam matérias de jornais como norteadores de discussão.

Além disso, ao proceder a análise dos Planos de Ensino das disciplinas que, de alguma maneira, abordam o tema Humanização, observou-se que na metodologia utilizada pelos docentes do Curso Técnico de Enfermagem, do IFNMG, destacam-se: “aula expositiva e dialogada”; “seminários”; “trabalhos em grupo”; “estudos de caso”; “textos direcionados” e “discussões em grupo”.

Dentre as estratégias pedagógicas apontadas pelos docentes do IFNMG, está a aula expositiva. Deve-se destacar que se trata da técnica de ensino mais antiga e difundida na educação. Entretanto, conforme afirma Godoy e Cunha (2002), normalmente está mais voltada à transmissão do conhecimento, o que pode restringir habilidades intelectuais mais complexas dos alunos.

Nota-se que os docentes priorizam as estratégias pedagógicas que utilizam grupos como meio de ensino e formação. Conforme orienta o Ministério da Saúde (2010), as políticas de formação dos profissionais de saúde devem potencializar a construção de redes, interferindo nos modos de produção de cuidado em saúde, através da problematização das ações de formação e gestão (BRASIL, 2010).

As estratégias pedagógicas são recursos de integração e comunicação, portanto, são importantes no processo de formação profissional. Torres (1998, p. 41) aponta que é necessário “diversificar cenários, conteúdos e modalidade da formação [...] não existe a modalidade ou o método mais apropriado para todos, para tudo e em geral, cada aluno tem suas fortalezas e suas debilidades”.

Em pesquisas, percebeu-se que estudantes trabalhando em grupo aprendem mais, usam um nível maior de raciocínio, ficam mais satisfeitos com suas classes e são mais tolerantes com diferenças raciais e étnicas (MAIER, KEENAN, 1994, *apud* GODOY; CUNHA, 2002).

Além disso, são objetivos do trabalho em grupo: estimular a interação social; desenvolver habilidades de comunicação; desenvolver competências intelectuais e profissionais e proporcionar crescimento pessoal dos estudantes (GODOY; CUNHA, 2002).

Dentre as atividades de grupo, apontadas pelos docentes do IFNMG, estão: seminário, estudo de casos e textos direcionados.

A estratégia didático-pedagógica seminário é utilizada há muito tempo no ensino e caracteriza-se uma discussão em grupo. Propõe discutir e aprofundar um tema previamente estipulado, investigando soluções para problemas em discussão e os apresentando de modo claro e detalhado (ESTRELA, 2005).

No que se refere à estratégia pedagógica estudo de casos, é também uma estratégia importante, de problematização das práticas. Conforme explicita Gonzaga (2009, p.66), “o estudo de caso é uma atividade ligada à problematização. Consiste em propor à classe ou a grupos um caso, preferencialmente provindo de uma situação real, podendo já ter sido solucionada, apreciada e criticada”.

Quanto a utilização de textos direcionados, pode ser uma estratégia muito rica, desde que seja rico em conteúdo e objetivo em relação à realidade em que o aluno está inserido.

Para Severino (2000, p. 53), a leitura e a análise de um texto se encerram com sua esquematização, cujo objetivo é “apresentar uma visão de conjunto da unidade. O esquema organiza a estrutura redacional do texto que serve de suporte material do raciocínio”

Para implementar o tema Humanização, de forma transversal no ambiente escolar do curso Técnico de Enfermagem do IFNMG, é fundamental contemplar a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. Faz-se necessário superar as concepções tradicionais de educação e as metodologias que valorizam a recepção passiva do conteúdo. Para tanto, deve-se construir uma cultura crítica entre professores, alunos e profissionais dos serviços de saúde.

Conforme apontam Ceccim e Feuerwerker (2004b, p. 43):

[...]a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da

problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 43).

Considerando a humanização como “uma política transversal, que supõe que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde” (BRASIL, 2004, p.7), é fundamental instigar o professor a desenvolver uma estratégia pedagógica que, além de promover conhecimento, estimula o crescimento pessoal e desenvolve competências.

#### 4.3.10 Ensino da Humanização

Ao proceder a análise dos questionários aplicados aos docentes do curso Técnico em Enfermagem do IFNMG, observou-se que uma das perguntas se referia ao tema que o docente abordava ao tratar da Humanização da assistência, quando o fazia. Diante disso, verificou-se que os docentes privilegiam temáticas tais como: “ética e bioética”; “valorização e respeito ao outro durante os cuidados” e “humanização nas práticas de assistência à saúde”.

As questões que norteiam a Ética e a Bioética são amplas, ultrapassam a definição de condutas nas atividades profissionais e incluem valores tais como a autonomia e a justiça.

A formação de sujeitos autônomos, críticos e comprometidos socialmente são também valores que norteiam a política de humanização, caracterizando assim uma proposta ética, uma vez que implica em mudança de atitudes (REGO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2008).

A valorização e respeito ao outro durante os cuidados, reflete que a preocupação do profissional transcende o saber fazer, demonstra uma postura ética na realização dos cuidados.

Ao abordarem a humanização nas práticas de assistência à saúde, baseado em tudo que já foi apresentado e discutido no estudo, pode-se inferir que os docentes restringem a humanização em ações cuidadoras, abarcando todo o conjunto de atitudes relacionais que qualificam as relações humanas na área da saúde.

As temáticas abordadas pelos professores, em sala de aula, estão de acordo com as atitudes que os docentes observam nos alunos no momento de execução da prática profissional, ou seja, durante as aulas práticas ou estágio supervisionado.

Ao serem abordados quanto à prática do aluno, na perspectiva da humanização da assistência, os docentes enfatizaram que os principais pontos a serem observados são: “o

discente valoriza e respeita o usuário durante os cuidados”; “o discente demonstra preocupação, interesse pelo usuário” e “o discente apresenta postura ética e profissional”.

A Política Nacional de Humanização interage com as práticas em saúde e com os modos de promover o cuidado em saúde. Desse modo, incluir a PNH em todo o processo de formação profissional, parece ser um passo significativo em direção à humanização da assistência.

No que tange a interdisciplinaridade, foi perguntado se o docente busca discutir com outros professores do curso e/ou instituição a possibilidade de trabalho conjunto, a fim de contemplar a temática Humanização: 8 (oito) professores disseram que, às vezes, promovem essa discussão. 1 (um) professor disse que sim e 3 (três) docentes afirmaram que não.

Na perspectiva de uma rede integrada de saúde, a abordagem interdisciplinar dos conteúdos poderia favorecer a formação humana e integral do aluno e a consolidação dos princípios do SUS.

Além disso, conforme explicita um dos princípios da DCNEPTNM (2012), o currículo e as práticas pedagógicas baseadas na interdisciplinaridade, tendem a superar a fragmentação de conhecimentos.

A interdisciplinaridade prevê a colaboração entre saberes e a interação entre os sujeitos, portanto, deve ser assegurada tanto no currículo quanto na prática pedagógica. Favorece a reinvenção e a reconstrução na formação profissional, propiciando a construção de redes e a valorização das relações humanas.

Foi perguntado aos docentes se, ao ministrar a disciplina, é possível proporcionar ao aluno estabelecer relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura, as formas de organização social e a política de saúde vigente no país: 10 (dez) docentes responderam que sim, 1 (um) docente não respondeu à pergunta e 2 (dois) professores afirmaram que as vezes isso é possível.

Destaca-se a importância do conhecimento do sistema de saúde vigente para a humanização da assistência ao usuário porque, segundo Gonzaga:

A Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS: acesso universal, equidade, resolutividade, hierarquização, integralidade, controle social, descentralização e enfatiza a necessidade de atenção integral à população. (GONZAGA, 2009, p. 53).

Considerando que o SUS preza por uma política pública, solidária inclusiva e de qualidade, a humanização deve valorizar a autonomia dos sujeitos, fortalecer o controle social e todos os princípios que norteiam o sistema de saúde vigente.

Desse modo, o docente deve explorar situações que favoreçam a integralidade do cuidado e a dimensão subjetiva e social das práticas de atenção e gestão das instituições de ensino em saúde e das unidades que oferecem serviços na área da saúde.

Ao abordar os benefícios para os alunos, ao trabalhar o tema Humanização: 9 (nove) docentes destacaram que “melhora a formação do discente, uma vez que agrega eficiência técnica e científica a uma postura ética” e 4 (quatro) afirmaram que “o conteúdo se aproxima mais da realidade”.

Os dados obtidos neste questionamento correspondem a toda discussão realizada em torno da temática humanização. Reforça a tendência de superar o modelo biomédico que norteia a formação do profissional de saúde no IFNMG, câmpus Januária.

Ao reconhecer os benefícios da humanização para o profissional de saúde, o docente, reafirma a importância dessa política para o processo de construção/formação profissional, procurando melhorar o protagonismo e responsabilização dos trabalhadores do SUS.

Ao serem questionados quanto ao maior desafio enfrentado para se trabalhar o tema Humanização: 10 (dez) professores disseram que se deve ao privilégio dado as disciplinas técnicas (práticas) e científicas; 2 (dois) contaram que está no tempo de aula e 1 (um) na falta de interdisciplinaridade.

Essa informação corrobora com os dados discutidos em “carga horária” das disciplinas. Visto que, neste trabalho, ficou evidenciado que as disciplinas que priorizam o conhecimento técnico apresentam maior carga horária.

O privilégio dado as disciplinas técnicas, reforça o que foi evidenciado na matriz curricular do curso Técnico de Enfermagem do IFNMG, que, maior carga horária é ofertada ao ensino técnico. Corroborando com a fragmentação do processo de formação e trabalho em saúde e, dificultando a apreensão da complexidade que envolve o processo saúde-doença-cuidado.





## CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo geral analisar a articulação do projeto político pedagógico do curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG) – câmpus Januária, com a Humanização da assistência à saúde.

Para o cumprimento deste, foram determinados como objetivos específicos: averiguar a existência de temas referentes à Humanização da assistência à saúde nos documentos que regulamentam o curso Técnico em Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária, tais como Projeto Político Pedagógico, Matriz Curricular, Ementas e Planos de Cursos das disciplinas; verificar como o projeto político pedagógico se articula, em relação à Humanização da assistência à saúde e as metodologias adotadas pelos docentes do curso Técnico em Enfermagem ao abordarem a Humanização da assistência à saúde.

A análise documental proporcionou o reconhecimento da concepção política e pedagógica do curso Técnico em Enfermagem, além disso, propiciou a verificação de como o curso se articula com a humanização da assistência à saúde.

Pela análise dos documentos, observou-se que existem entraves na dimensão política e pedagógica idealizada pelo curso. Constatou-se que muitos conceitos descritos nos documentos que regulamentam o curso são pouco explorados, como é o caso de alguns temas transversais: humanização, ética e cidadania.

Ao analisar a dimensão política, observou-se que o curso se compromete com a formação técnica e tecnológica, busca a formação de cidadãos com mais autonomia intelectual e moral, orientada pelo paradigma político e social do SUS. Demonstra intenção em extrapolar a produção de conhecimento técnico, através de uma formação que valorize as relações humanas e de práticas em saúde que sejam reflexivas, integrais, éticas e transformadoras. Sendo assim, se insere na proposta da Política Nacional de Humanização.

Ao estudar a dimensão pedagógica, observou-se uma lacuna entre a proposta de formação evidenciada na dimensão política e a forma como se organiza o curso, ou seja, a prática não condiz com a teoria e não se articula com a proposta da Política Nacional de Humanização. Esse fato está explicitado na organização da matriz curricular em disciplinas fragmentadas, a maior disponibilidade de carga horária para as disciplinas essencialmente técnicas, a pouca referência a termos e/ou expressões que sugerem humanização na formação profissional e/ou prática profissional nas ementas e nos objetivos das disciplinas do Curso e a não utilização da Política Nacional de Humanização como referencial teórico para o curso.

É fato que os documentos que regulamentam o curso Técnico em Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária, não priorizam a formação humanística do aluno. Entretanto, verificou-se que, mesmo de forma aleatória, não discutida e não sistematizada, o corpo docente do curso afirma que a temática Humanização é abordada nas aulas.

A análise do questionário que aborda o “Ensino da Humanização”, aplicado pela Diretoria de Ensino do IFNMG, foi muito importante para que a autora constatasse que, muitas vezes, o que o docente descreveu em seu plano de ensino, não foi concretizado em sala de aula, ou, o que o professor afirma abordar em sala de aula está distante do que foi apresentado no plano de ensino da disciplina. Esse fato apresenta-se como uma limitação para o estudo em questão, portanto, sugere-se novos estudos acerca do assunto.

No que se refere à prática pedagógica, as poucas disciplinas que abordaram a temática, apresentaram tendências ambíguas na maneira de trabalhar o conteúdo de humanização. Verificou-se que, teoricamente, existe a utilização de metodologias que favorecem a interdisciplinaridade e abordagem da temática, uma vez que os docentes investigados priorizaram as estratégias de trabalho em grupo.

Observou-se, através da análise documental, que os professores demonstram dificuldades em desenvolver o projeto de curso e os planos de ensino das disciplinas que ministraram. Sendo assim, a capacitação pedagógica torna-se necessária para que os docentes desenvolvam habilidades que estimulem o aprendizado do aluno e reafirme o papel social que o professor exerce.

Considerando a abordagem da temática humanização no curso Técnico de Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária, objeto de estudo desta pesquisa, verificou-se que está restrita a disciplinas isoladas ao longo do curso e não permeia toda a formação profissional. Encontra-se em um campo bem mais teórico do que realmente aplicado, parece não passar de mais um conceito.

A articulação de conteúdo das ciências humanas com os conteúdos clínicos pode ser um dos caminhos que leve a Humanização da assistência à saúde, proposta como política pública do Ministério da Saúde, e que deveria perpassar toda a formação do profissional de saúde e todos os níveis de atendimento à saúde.

Por meio da pesquisa bibliográfica, observou-se que existe uma lacuna entre a proposta da Política Nacional de Humanização e a maneira como foi instituída. Trata-se de uma política que, possui na sua origem, a preocupação em melhorar o atendimento hospitalar e que foi desenvolvendo-se e ampliando a sua abrangência para todas as instituições que

envolvem o cuidado em saúde.

Teoricamente, existe uma preocupação e orientação para que a temática Humanização seja abordada e vivenciada em todo o processo de saúde-doença-cuidado, desde a formação do aluno até a prática profissional. Entretanto, há uma fragilidade no tocante a sensibilização dos profissionais que formam os trabalhadores da saúde. Ou seja, o que é requerido na prática do profissional, não é valorizado e abordado durante a formação do aluno.

Deve-se considerar a importância dessa política e a urgência que se apresenta em, genuinamente, desenvolvê-la como um componente básico e transversal nos cursos de formação profissional em saúde.

Com este trabalho, não se busca instituir uma disciplina, por exemplo, com a denominação Humanização. O que se propõe é que as disciplinas existentes no curso contemplem essa temática de forma transversal, permeando toda a formação do técnico em enfermagem. Deseja-se que citações que se referem a “cuidado/assistência humanizada” sejam mais frequentes nas ementas e nos objetivos das disciplinas do Curso, para, assim, prever a formação de um profissional mais ético e comprometido socialmente.

Todavia, a expectativa desse trabalho é promover discussões sobre a formação profissional em saúde nos cursos técnicos, em especial no curso Técnico de Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária. Sugerindo mudanças graduais no ensino da Humanização, articulando-a com todas as áreas do conhecimento e reafirmando-a enquanto política pública e transversal, necessária a formação de cidadãos com mais autonomia intelectual e moral, e, socialmente comprometidos.

Espera-se que este trabalho seja instrumento de pesquisa e reflexão para toda a equipe envolvida na construção/elaboração do Projeto Político Pedagógico dos cursos de formação profissional em saúde. Além disso, deve subsidiar a política de capacitação docente do IFNMG, no sentido de direcionar a promoção de ações que favoreçam a formação pedagógica e a participação dos docentes em eventos que tratam da importância da humanização para a formação dos trabalhadores em saúde e melhoria da qualidade da assistência.

Deve-se ressaltar que a qualificação docente possibilitará a instituição de um novo modelo de formação, favorecendo o desenvolvimento de trabalhadores mais humanizados.

Ao estudar a temática humanização nos cursos de formação em saúde, evidenciaram-se vários dilemas e acendeu perspectivas de novos estudos, inclusive de

doutoramento.

Para a autora da pesquisa, enquanto docente do IFNMG, esse trabalho possibilitou a obtenção de novos conhecimentos, a fez rever a sua prática docente e abriu perspectivas de revisão do currículo do curso Técnico de Enfermagem do IFNMG, câmpus Januária.

## REFERÊNCIAS

ABAD, M. Crítica política das políticas de juventude. In; FREITAS, M. V.; PAPA, F. de C. (Org.). **Políticas públicas: juventude em pauta**. São Paulo: Cortez, 2003.

ALBUQUERQUE, V. S.; BATISTA, R. S.; TANJI, S.; MOÇO, E. T. M. Currículos disciplinares na área da saúde: ensaio sobre saber e poder. **Comunicação, Saúde, Educação**. v.13, n.31, p.261-72, out./dez. 2009.

ALMEIDA, D. V. **O ensino da humanização nos currículos de graduação em enfermagem**. 2007. 146p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

ALMEIDA D. V.; CHAVES, E. C. Teaching humanization in undergraduate nursing education programs. **Einstein**, v.07, n. 03, p. 271-8, set. 2009. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1233-Einstein%20v7n3p271-8.pdf> Acesso em: 15 out 2015.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1986. 128 p.

ANDRÉ, M. E. D. O projeto pedagógico como suporte para novas formas de avaliação. In: CASTRO, A. D. C.; CARVALHO, A. M. P. (Orgs.). **Ensinar a Ensinar**. São Paulo: Atlas, 2001.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

ARANHA, M. L. A. **História da educação e da pedagogia: geral e do Brasil**. 3. ed. rev e ampl. São Paulo: Moderna, 2006.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc**, v.13, n.3, p.16-29, set./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf> Acesso em: 01 jul. 2015.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 02, p.221-7, 2006. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/242.pdf> Acesso em: 22 jun. 2015.

BAGNATO, M. H. S.; BASSINELLO, G. A. H.; LACAZ, C. P. C.; MISSIO, L. Ensino médio e educação profissionalizante em enfermagem: algumas reflexões. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 279-86, jun. 2007.

BARAÚNA, T. Humanizar a ação, para humanizar o ato de cuidar. **O Mundo da Saúde**, v. 27, n. 02, p.304-306, 2003.

BARBOSA, G. C.; MENEGUIM, S.; LIMA, S. A. M.; MORENO, V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 01, p.123-7, 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 23, n. 03, p. 641-658, 2011.

BASSINELLO, G. A. H. **Perfil dos professores de ensino médio profissionalizante de enfermagem na região de Piracicaba**. 2002. 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002.

BASSINELLO, G. A. H.; BAGNATO, M. H. S. Projeto Larga Escala: uma análise a partir da bibliografia existente. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 01, p.194-200, 2009.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 20, n. 04, p.884-899, 2011.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 03, p.561-571, 2005a.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 09, n. 17, p.389-406, 2005b.

BOFF L. C. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra.** 10ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 200p.

BOFF, L. C. **Ética e moral: a busca de fundamentos.** 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 123p.

BRANDÃO, C. R. **A cultura na rua.** Campinas: Papirus, 1989, 219p.

BRASIL. **Decreto nº 791 de setembro de 1890.** Decreto de Criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. Coleção de Leis do Brasil, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1890.

BRASIL. **Lei nº 2.604 de 17 de setembro de 1955.** Dispõe sobre a regulação do exercício da enfermagem profissional e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília-DF, 1955.

BRASIL. Ministério da Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília. 1967.

BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação e Serviço de Saúde Pública. **Enfermagem. Legislação e assuntos correlatos.** 3. ed. Rio de Janeiro: Artes Gráficas da FSESP, 1974. v.1, p. 1 – 209.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.*

BRASIL. **Decreto nº 2.208, de 17 de abril de 1997.** Regulamenta o § 2º do art. 36 e os art. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 abr. 1997a.

BRASIL. **Resolução CNE/CP 02/97.** Dispõe sobre os programas especiais de formação pedagógica de docentes para as disciplinas do currículo do ensino fundamental, do ensino médio e da educação profissional em nível médio. Brasília-DF, 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.262/GM de 15 de outubro de 1999. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem.** Brasília-DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília-DF, 2000b.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. Unidade de Coordenação de Programas. Programa de Expansão da Educação Profissional. **Educação profissional Legislação Básica**, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/LegisBasica.pdf> Acesso em: 10 Jun 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas instâncias do SUS**. Brasília-DF, 2004a.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **100 anos de Saúde Pública: a visão da Funasa/ Fundação Nacional de Saúde**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004b. 232p.

BRASIL. **Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004**. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os art. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 jul. 2004c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 1). Brasília: Conass, 2007a. 291p.

BRASIL. Governo Federal. **Programa de aceleração do crescimento (PAC)**. Brasília: Governo Federal, 2007b. Disponível em: [www.brasil.gov.br](http://www.brasil.gov.br) Acesso em: 27 Jun 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. **Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008**. Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília-DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação profissional e Tecnológica. **Um novo modelo de educação profissional e tecnológica: concepção e diretrizes**. Brasília: SETEC/MEC, 2010.



BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio**. Resolução CNE/CEB nº 6, de 20 de setembro de 2012. Brasília, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 21 de setembro de 2012a.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 71/2012. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Norte de Minas Gerais. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2014 a 2018**. Montes Claros – MG, 2013a.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Instituto Federal do Norte de Minas Gerais. **Regimento Geral**. Montes Claros, MG, 2013b.

CADERNOS RH SAÚDE. Ministério da Saúde, **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. v. 03, n. 01, mar. 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 188 p.

CAMARGO JUNIOR, K.R. A filosofia empírica da saúde. In: CAMARGO JR., K.R.; NOGUEIRA, M.I. (Orgs.) **Por uma filosofia empírica da atenção à saúde: olhares sobre o campo biomédico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 13-26.

CAMPELLO, A. M. B.; FILHO, D. L. L. Educação Profissional. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p.175-182.

CARVALHO, A. C. **Associação Brasileira de Enfermagem, 1926-1979**: Documentário; Brasília: ABEn Nacional, 2008. 574p. 2. ed.

CARVALHO, Y. M, CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. ; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, p.149-182, 2006.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento

veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.13, n.1, p.105-11, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 05, p.1400-10, 2004a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, v. 14, n. 01, p. 41-65, 2004b.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. In: Chizzotti A. **Pesquisa qualitativa**. São Paulo: Cortez, 1991. p.77-104.

CIAVATTA, M. A formação integrada: a escola e o trabalho como lugares de memória e de identidade. In: FRIGOTTO, Gaudêncio, CIAVATTA, Maria e RAMOS, Marise (orgs.). **O ensino médio integrado**. Concepção e contradições. São Paulo: Cortez, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311 de 08 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Citado em 2015 set. 30]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Relatório de pesquisa. Brasília: COFEN, 2011.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA. **História da Cruz Vermelha Brasileira**. Rio de Janeiro: Cruz Vermelha Brasileira; 2009.

CUNHA, L. A. **Política Educacional no Brasil: A profissionalização no ensino médio**. 2.ed. Rio de Janeiro: Eldorado, 1977.

CUNHA, L. A. **O ensino de ofícios nos primórdios da industrialização**. São Paulo, Brasília: Editora da UNESP, Flacso, 2000a.

CUNHA, L. A. O ensino industrial-manufatureiro no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**. n. 14, maio/jun./jul./ago., p. 89-107. 2000b.

DANTAS, R. A. S.; AGUILLAR, O. M. O ensino médio e o exercício profissional no contexto da enfermagem brasileira. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 25-32, abril 1999.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial, sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DICIONÁRIO Priberam da língua portuguesa. Lisboa: Priberam Informática, 2011.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

ESTRELA, C. Métodos e Técnicas de Ensino. In: **Metodologia Científica**. 2 Ed. São Paulo: Artes Médicas, p. 98- 111, 2005.

FILHO, A. A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 08, n. 15, p.375-80, mar./ago. 2004.

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf> Acesso: 05 abr. 2016.

FOLSCHIED, D.; WUNENBURGER, J. **Metodologia filosófica**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

FONSECA, C. S. **História do ensino industrial no Brasil**. Rio de Janeiro: SENAI, 1986. v. 1

FORTES, P. A. C. **Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais: autonomia e direitos do paciente: estudo de casos**. São Paulo: EPU, 1998. 119p.

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

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

FRIGOTTO, G. **Formação profissional no segundo grau:** em busca do horizonte da educação politécnica. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 1988.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. **Ensino Médio Integrado:** Concepção e contradições. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 21-56.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Casa de Oswaldo Cruz. **Departamento de Arquivo e Documentação.** Fundo Fundação Rockefeller: catálogo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

GALLEGUILLOS, T. G. B; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-87, 2001.

GARCIA, S. R. O. “O fio da história: a gênese da formação profissional no Brasil”. In: **Trabalho e Crítica.** São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 2000.

GERMANO, R. M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GHIORZI, A. R. O cotidiano dos trabalhadores em saúde. **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 551-558, out./dez. 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GÍLIO, I. **Trabalho e educação:** Formação profissional e mercado de trabalho. São Paulo: Nobel, 2000.

GODOY, A. S.; CUNHA, M. A. V. C. Ensino em pequenos grupos. In: Moreira, D. (Org.). **Didática do ensino superior:** técnicas e tendências. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 2002, v. 1, p. 83-100.

GONZAGA, V. F. **A humanização como tema transversal no curso técnico de enfermagem da ETSUS/TO.** 2009. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Effective evaluation:** Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1981.

HOFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cad. CEDES**, v. 21, n. 55, p.30-41, 2001.

HORKHEIMER, M. **Eclipse da razão**. São Paulo: Centauro, 2000.

HORTA, W. A.; CASTELLANOS, B. E. P. (cols.). **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO FEDERAL DO NORTE DE MINAS GERAIS. **Diretrizes do processo de unificação de cursos – PROUNIC, para cursos técnicos do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais**. 2013. Disponível em: <http://www.ifnmg.edu.br/documentosinstitucionais> Acesso em: 06 de fev. 2015.

INSTITUTO FEDERAL DO NORTE DE MINAS GERAIS. **Plano de curso do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem**. 2014. Disponível em: <http://www.ifnmg.edu.br/documentosinstitucionais> Acesso em: 06 de fev. 2015.

ITO, E. E.; PERES, A. M.; TAKAHASHI, R. T.; LEITE, M. M. J. O ensino da enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006.

LAUDARES, J. B.; FIÚZA, J. R.; ROCHA, S. Educação tecnológica: os impactos nos projetos pedagógicos dos cursos técnicos dos CEFETS Minas Gerais e Paraná pelos Decretos 2.208/97 e 5.154/04. In: ARANHA, A. V.; CUNHA, D. M.; LAUDARES, J. B. (Orgs.). **Diálogos sobre trabalho: perspectivas multidisciplinares**. Campinas: Papirus, 2005. p. 57-90.

LIMA, J. C. F. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. 2010. 469f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação, Rio de Janeiro, 2010.

LOPES, N. **Recomposição profissional da enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar**. Coimbra: Quarteto Editora; 2001.

LOWY, M. **Ideologias e ciências sociais:** elementos para uma análise marxista. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1988.

LUCCHESI, R.; VERA, I.; PEREIRA, W. R. As políticas públicas de saúde – SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 03, p.562-6, 2010.

LUCK, H. Enfoques do Paradigma Disciplinar e as Disciplinas. In: LUCK, H. **Pedagogia Interdisciplinar:** Fundamento Teóricos – Metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p. 37-44.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil “transição democrática” anos 80. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 01, n. 01, p. 77-96, 1991.

MACHADO, D.; CARVALHO, M.; MACHADO, B.; PACHECO, F. A formação ética do fisioterapeuta. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 101-105, jul./set. 2007.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma:** a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MANFREDI, S. M. **Educação Profissional no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2002 (col. Docência em Formação – Educação Profissional).

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais:** a formação dos profissionais de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MEDEL, C. R. M. A. **Projeto Político-Pedagógico:** construção e elaboração na escola. Campinas, SP: Autores Associados, 2008. (Coleção Educação Contemporânea).

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social.** Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MISSIO, L. **O entrelaçar dos fios na construção da identidade docente dos professores do curso de enfermagem da UEMS.** 2007. 282 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, 2007.

MONTEIRO, B. A. **Diretrizes e bases da educação nacional e Escolas de Enfermagem na década de 1960:** uma visão histórica. 2009. 116 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MORAES, M. C. **O paradigma educacional emergente**. Campinas, SP: Papirus, 1997.

MOURA, D. H. Educação básica e educação profissional tecnológica: dualidade histórica e perspectivas de integração. **Holos**, Ano 23, v. 2 – 2007.

NASSER, M. R. M. **O Movimento do Estatuto da Associação Brasileira de Enfermagem para os egressos da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 1929 – 1956**. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

NESPOLI, G.; RIBEIRO, V.M.B. Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.39, p.985-96, out./dez. 2011.

NEVES, R. S. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm.**, v. 59, n. 04, p.556-9, 2006.

OGUISSO, T. Considerações sobre a legislação de ensino e do exercício do Técnico em Enfermagem e do Auxiliar de Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, n. 30, p.168-174, 1977.

OGUISSO, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. Barueri: Manole; 2007.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A Humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar./abr. 2006.

OLIVEIRA, M. A. M.; SOUZA, M. I. S.; BAHIA, M. G. M. Projeto político-pedagógico: da construção à implementação. In: OLIVEIRA, Maria Auxiliadora Monteiro (org.). **Gestão educacional: novos olhares, novas abordagens**. 8. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

ORNELAS, H. F. **ENSINO EM ENFERMAGEM: dimensão política, pedagógica e perfil docente na formação profissionalizante**. 2015. 142 f. Dissertação (Mestrado Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina/MG, 2015.

PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev Bras Enferm.**, v.58, n. 06, p.723-6, 2005.

PAIXÃO, W. **História da enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1979.

PAVA, A. M.; NEVES, E. B. A arte de ensinar enfermagem: uma história de sucesso. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 01, p.145-51, 2011.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 120p.

PILETTI, N. **História da Educação no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Ática, 1996.

PINHEIRO, E.F.C.; LOPES, M.L.S.; OHIRA, R.H.F.; NICOLETTO S.C.S. Profissional de saúde: a inter-relação entre formação e prática. **Revista Formação: estudos, reflexões e experiências em educação profissional na saúde**, Brasília, v. 03, n. 08, maio 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REGO, S.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e Humanização como temas transversais na formação médica. **Rev Bras Educ Med**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p.482-91, 2008.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S.; MISSIO, L.; BASSINELLO, G. A. H. As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 07, n. 02, p. 231-248, 2009.

ROMANELLI, O. O. **História da Educação no Brasil (1930/1973)**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1983.

SANTOS, J. A. A trajetória da Educação Profissional. In: LOPES, E. M. T.; FARIA FILHO, L. M.; VEIGA, C. G. **500 anos de educação no Brasil**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 205-224.

SAVIANI, D. **A nova Lei da Educação: Trajetória, limites e perspectivas**. 2. ed. Campinas, SP: Editora Autores Associados, 1997.

SAVIANI, D. **Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política**. 36. ed. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 2003.



SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12, n. 34, jan./abr. 2007.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educacion Medica y Salud**, v. 27, n. 03, p.295-313, 1993.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 21. ed., rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, P. B. L. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde na década de 70. **Cad. FUNDAP**, v. 03, p27-50, 1983.

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciêñ Saúde Coletiva**, v. 16 (Supl. 1), p.1535-1546, 2011.

SOARES, M. J. A. As escolas de aprendizes artífices – estrutura e evolução. **Fórum Educacional**. Rio de Janeiro: FGV/IESAE. Ano 6, nº 2, p. 58-92, out./dez 1982.

SOARES, M. J. A. **Uma nova ética do trabalho nos anos 20** – Projeto Fidelis Reis. Série Documental/Relatos de Pesquisa n. 33. Brasília, DF: INEP, 1995.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.327-38, 2008.

STROOBANTS, M. A visibilidade das competências. In: ROPÉ, F.; TANGUY, L. (orgs.). **Saberes e Competências**. Campinas (SP): Papirus, 1997. p. 135-163.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

TORRES, R.M. Tendências da formação docente nos anos 90. In: **Novas Políticas Educacionais: críticas e perspectivas**. São Paulo: PUCSP – Programa de Estudos pós-graduados em Educação: História e Filosofia da Educação, 1998, p.173-191.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G, R, B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 599- 613, 2005.

VASCONCELLOS, C. S. **Planejamento:** Projeto de Ensino Aprendizagem e Projeto Político-Pedagógico – elementos metodológicos para a elaboração e a realização. 16ª ed. São Paulo: Libertad, 2006 (1995). (Cadernos Pedagógicos do Libertad; v.1).

VEIGA, I. P. A. Projeto político-pedagógico da escola: uma construção coletiva. In: VEIGA, I. P. A. (Org.). **Projeto político-pedagógico da escola:** uma construção possível. 24. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2008, p. 11-35.

VIEIRA, M.; LIMA, J. C. F.; VIEIRA, A. L. S.; CAMPOS, M. R.; BATISTELLA, R. R. C.; PEREIRA, S. R. A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa AMS/IBGE. **Revista Formação**, Ministério da Saúde, Brasília, v. 03, n. 08. p. 29-46, 2003.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 03, p.414-418, 2011.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica:** um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa da saúde da família. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

ZOTTI, S. A. **SOCIEDADE, EDUCAÇÃO E CURRÍCULO:** DOS Jesuítas aos anos de 1980. Campinas, SP; Autores Associados; Brasília, DF: Editora Plano, 2004.

## ANEXOS

### Anexo A- Quadro de cursos do IFNMG

TIPO DE CURSO	CURSOS	MODALIDADE	Câmpus IFNMG						
			Almenara	Araçuaí	Arinos	Januária	Montes Claros	Pirapora	Salinas
Técnico	Administração	Concomitante/subsequente		X	X			X	
	Administração	Integrado						X	
	Administração	Subsequente	X						
	Agroecologia	Integrado		X					
	Agroindústria	Integrado							X
	Agropecuária	Concomitante/subsequente	X		X				
	Agropecuária	Integrado	X		X	X			X
	Edificações	Concomitante/subsequente						X	
	Eletrotécnica	Concomitante/subsequente					X		
	Eletrotécnica	Subsequente					X		
	Enfermagem	Subsequente	X	X		X			
	Florestas	Concomitante/subsequente							X
	Informática	Concomitante/subsequente	X	X	X	X	X	X	
	Informática	Integrado	X	X	X	X	X	X	X
	Informática	Subsequente					X		
	Meio Ambiente	Concomitante/subsequente			X	X			
	Meio Ambiente	Integrado		X					
	Técnico em Comércio	PROEJA				X			
	Técnico em Manutenção e Suporte em Informática	PROEJA							X
	Química	Integrado					X		
Segurança do Trabalho	Concomitante						X		
Segurança do Trabalho	Concomitante/subsequente					X			
Segurança do Trabalho	Subsequente					X	X		

	Trabalho								
	Zootecnia	Integrado	X						
<b>NÍVEL</b>	<b>CURSOS</b>	<b>MODALIDADE</b>	<b>Câmpus IFNMG</b>						
			<b>Almenara</b>	<b>Araçuaí</b>	<b>Arinos</b>	<b>Januária</b>	<b>Montes Claros</b>	<b>Pirapora</b>	<b>Salinas</b>
Superior	Administração	Bacharelado		X	X	X		X	
	Agronomia	Bacharelado				X			
	Ciência da Computação	Bacharelado					X		
	Engenharia Agrícola e Ambiental	Bacharelado				X			
	Engenharia Florestal	Bacharelado							X
	Engenharia Química	Bacharelado					X		
	Medicina Veterinária	Bacharelado							X
	Engenharia de Alimentos	Bacharelado							X
	Ciências Biológicas	Licenciatura				X			X
	Física	Licenciatura				X			X
	Matemática	Licenciatura				X			X
	Química	Licenciatura							X
	PROEJA	Pós-Graduação lato sensu				X			
	Análise e Desenvolvimento de Sistemas	Tecnologia	X			X			
	Gestão Ambiental	Tecnologia		X	X				
Produção de Cachaça	Tecnologia							X	
Produção de Grãos	Tecnologia			X					
<b>NÍVEL</b>	<b>CURSOS</b>	<b>MODALIDADE</b>	<b>Câmpus IFNMG</b>						
			<b>Almenara</b>	<b>Araçuaí</b>	<b>Arinos</b>	<b>Januária</b>	<b>Montes Claros</b>	<b>Pirapora</b>	<b>Salinas</b>
FIC	Aprendizagem em informática	Formação Inicial e Continuada							X
	Assistente em Venda	Formação Inicial e Continuada				X			
	Capacitação em Ciências para professores.	Formação Inicial e Continuada		X					

Capacitação em Informática Básica de Servidores da Educação Básica da Rede Pública.	Formação Inicial e Continuada						X		
Capacitação em informática básica para profissionais da educação básica	Formação Inicial e Continuada		X						
Capacitação em língua portuguesa	Formação Inicial e Continuada							X	
Construindo Competências Essenciais em Vendas	Formação Inicial e Continuada						X		
Curso Básico de Pedreiro	Formação Inicial e Continuada						X		
Curso de formação para a pesquisa científica	Formação Inicial e Continuada		X						
Ensino de matemática em ambiente informatizado	Formação Inicial e Continuada		X						
Informação e Comunicação Aplicadas à Educação	Formação Inicial e Continuada				X				
Informática Básica	Formação Inicial e Continuada						X	X	
Informática básica para profissionais da educação básica	Formação Inicial e Continuada	X							
Merendeira	Formação Inicial e Continuada				X				
Operação de Microcomputador	Formação Inicial e Continuada					X			
Pré-técnico	Formação Inicial e Continuada						X		

	Produção Rural	Formação Inicial e Continuada				X			
NÍVEL	CURSOS	MODALIDADE	Câmpus IFNMG						
			Almenara	Araçuaí	Arinos	Januária	Montes Claros	Pirapora	Salinas
FIC Mulheres Mil	Atendimento ao Cliente	Mulheres Mil	X						
	Bordado Ponto e Crochê	Mulheres Mil		X					
	Costureiro	Mulheres Mil						X	
	Cuidador Infantil	Mulheres Mil	X	X					
	Cuidador de Idoso	Mulheres Mil	X					X	
	Curso Básico de Manipulação de Alimentos	Mulheres Mil							X
	Diarista Doméstica Empreendedora	Mulheres Mil			X				
	Elaboração de produtos alimentícios	Mulheres Mil				X			
	Pintura aquarelada	Mulheres Mil		X					
	Pintura em Cerâmica de Vidro	Mulheres Mil		X					
	Recepcionista	Mulheres Mil					X		
	Turismo Rural – Base Comunitária	Mulheres Mil			X				
NÍVEL	CURSOS	MODALIDADE	Câmpus IFNMG						
			Almenara	Araçuaí	Arinos	Januária	Montes Claros	Pirapora	Salinas
PRONATEC - Cursos Técnicos	Administração	PRONATEC	X			X		X	X
	Agropecuária	PRONATEC			X				
	Eletrotécnica	PRONATEC					X		
	Informática	PRONATEC						X	
	Manutenção e Suporte em Informática	PRONATEC							X
	Meio Ambiente	PRONATEC		X					

	Segurança do Trabalho	PRONATEC							X
	Vendas	PRONATEC		X	X	X			
NÍVEL	CURSOS	MODALIDADE	Câmpus IFNMG						
			Almenara	Araçuaí	Arinos	Januária	Montes Claros	Pirapora	Salinas
PRONATEC – Cursos FIC	Agente de Combate às endemias	PRONATEC			X				
	Agente de informações turísticas	PRONATEC						X	
	Agricultor Familiar	PRONATEC			X	X			
	Agricultor Orgânico	PRONATEC		X		X			
	Artesão e pintura em tecido	PRONATEC							X
	Auxiliar Administrativo	PRONATEC			X	X			
	Auxiliar de Arquivo	PRONATEC		X					
	Auxiliar de Biblioteca	PRONATEC			X	X			
	Auxiliar de contabilidade	PRONATEC						X	
	Auxiliar de Recursos Humanos	PRONATEC		X					
	Auxiliar Financeiro	PRONATEC		X					
	Auxiliar Técnico em Agropecuária	PRONATEC			X				X
	Bovinocultor de Leite	PRONATEC			X				
	Condutor Ambiental local	PRONATEC				X			
	Confeccionador de bijuterias	PRONATEC							X
	Cuidador de idoso	PRONATEC	X	X				X	
	Cuidador infantil	PRONATEC	X		X				X
Editor de Vídeo	PRONATEC			X					
Eletricista Instalador									

	predial de baixa tensão	PRONATEC			X	X	X		
	Espanhol Básico	PRONATEC			X				
	Fruticultor	PRONATEC				X			
	Horticultor orgânico	PRONATEC							X
	Instalador e reparador de rede de computadores	PRONATEC				X			
	Língua Brasileira de Sinais (Libras) - Básico	PRONATEC				X			
	Monitor de recreação	PRONATEC			X				
	Monitor do uso e conservação dos recursos hídricos	PRONATEC		X					
	Montador e Reparador de computadores	PRONATEC			X				X
	Operador de Computador	PRONATEC			X	X	X	X	
	Operador de supermercado	PRONATEC			X				
	Produtor de frutas e hortaliças processadas com uso do calor	PRONATEC			X				
	Produtor de Queijo	PRONATEC							X
	Programador Web	PRONATEC		X					
	Promotor de vendas	PRONATEC					X		
	Recepcionista	PRONATEC							X
	Recepcionista em Serviços de Saúde	PRONATEC		X					
	Recreador	PRONATEC		X					
	Soldador no processo eletrodo revestido aço, carbono e aço	PRONATEC						X	



	baixa liga								
	Vendedor	PRONATEC	X		X	X			X
NÍVEL - EAD	CURSOS	MODALIDADE	Câmpus IFNMG						
			Almenara	Araçuaí	Arinos	Januária	Montes Claros	Pirapora Salinas	
Técnico	Agente Comunitário de Saúde	EAD	X	X	X	X	X	X	X
	Hospedagem	EAD	X	X	X	X	X	X	X
	Transações Imobiliárias	EAD	X	X	X	X	X	X	X
	Administração	EAD	X		X	X			X
	Eletroeletrônica	EAD				X	X	X	
	Informática para Internet	EAD	X	X	X		X		X
	Logística	EAD			X	X	X	X	
	Meio Ambiente	EAD	X	X	X	X	X	X	X
	Secretariado	EAD	X		X	X	X		
	Segurança do Trabalho	EAD			X	X			X
	Serviços Públicos	EAD			X				X
	Alimentação Escolar	EAD	X	X		X	X	X	X
	Infraestrutura Escola	EAD	X	X		X	X	X	X
	Multimeios Didáticos	EAD	X	X	X	X	X	X	X
Secretaria escolar	EAD	X	X	X	X	X	X	X	
NÍVEL - EAD	CURSOS	MODALIDADE	Câmpus IFNMG						
			Almenara	Araçuaí	Arinos	Januária	Montes Claros	Pirapora	Salinas
FIC	Inglês Instrumental	EAD							X
	Formação para Tutores	EAD							X
	Formação para Professores	EAD							X
NÍVEL - EAD	CURSOS	MODALIDADE	Câmpus IFNMG						
			Almenara	Araçuaí	Arinos	Januária	Montes Claros	Pirapora	Salinas

Pós-graduação	Especialização em Educação a Distância	EAD					X		
	Especialização em Proeja	EAD	X	X	X	X	X	X	X



**ANEXO B- ENSINO DA HUMANIZAÇÃO NO CURSO TÉCNICO EM  
ENFERMAGEM DO IFNMG – CAMPUS JANUÁRIA**

**1 - PERFIL DOCENTE**

**1.1 - Qual o vínculo trabalhista do docente com o IFNMG?**

( ) Efetivo ( ) Contratado/Substituto

**1.2 - Qual a atual situação funcional do docente no IFNMG?**

( ) Em exercício ( ) Afastado

**1.3 - O docente participou da elaboração do Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso Técnico em Enfermagem do IFNMG, atualmente utilizado?**

( ) Sim ( ) Não

**1.4 - Possui outro curso de graduação além de Enfermagem? Caso afirmativo, qual?\_\_\_\_\_.**

**1.5 - Ano de conclusão da graduação em Enfermagem: \_\_\_\_\_. Caso tenha outra graduação, qual foi o ano de sua conclusão: \_\_\_\_\_.**

**1.6 - Formação em:**

( ) Universidade Pública – Qual? \_\_\_\_\_

( ) Universidade Privada – Qual? \_\_\_\_\_

**1.7 - Durante o curso de Graduação em Enfermagem foi trabalhado o tema Humanização?**

( ) Sim ( ) Não

**1.8 - Coursou Pós-graduação:**

( ) Sim ( ) Não

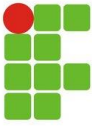
**1.9 - Tipo de Pós-graduação cursada:**

( ) *Latto sensu* – Área: \_\_\_\_\_

( ) *Stricto sensu* – Área: \_\_\_\_\_

**2.0 - Durante o curso de Pós-graduação foi trabalhado o tema Humanização?**

( ) Sim ( ) Não



**2.1 - Participou de Cursos de atualização sobre Humanização?**

Sim       Não

**2.2 - Sobre a Política Nacional de Humanização:**

Conheço     Não conheço     Já ouvi falar     Já li alguma coisa sobre o assunto

**2.3 - O docente supervisiona estágio curricular?**

Sim – onde? \_\_\_\_\_

Não

**2.4 - O docente conhece (leu e compreendeu) o Projeto Político Pedagógico do curso Técnico em Enfermagem do IFNMG, campus Januária?**

Sim       Não

**2.5 - No plano de ensino da disciplina, administrada pelo docente, consta algum tema referente à Humanização?**

Sim       Não

**2.6 - O docente aborda o tema Humanização em sala de aula/estágio supervisionado?**

Sim       Não       Às vezes

**Se a resposta para a questão anterior for SIM ou As VEZES, responda as questões de 2.7 até 4.3.**

**Se a resposta para a questão anterior for NÃO, vá para a questão 4.1.**

**2.7 - Qual a metodologia mais utilizada pelo docente para abordar o tema Humanização? (marque, no máximo, duas alternativas).**

Em aula teórica, utilizando textos sobre o assunto.

Em rodas de conversa para retratação da realidade vivenciada.

Em seminários.

Com estudos de caso.



( ) Com orientações durante a realização de práticas supervisionadas.

( ) Com dinâmica de grupo.

( ) Outro (s). Especifique: \_\_\_\_\_

## **2 – SOBRE MATERIAIS UTILIZADOS NA PRÁTICA DOCENTE**

### **2.1 – Faz uso de livros didáticos que tratam do tema Humanização?**

( ) Sim            ( ) Não

### **2.2 – A biblioteca da escola em que você trabalha possui livros didáticos que tratam do tema Humanização na assistência à saúde? (marque apenas uma alternativa)**

( ) Sim            ( ) Não

### **2.3 - Que outros materiais mais são utilizados no ensino do tema Humanização? (marque apenas uma alternativa)**

( ) Textos elaborados pelo próprio professor;

( ) Textos retirados da internet;

( ) Artigos de periódicos;

( ) Matérias de jornais como norteadores para discussões;

## **3 – SOBRE O CONTEUDO E A METODOLOGIA NO ENSINO DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE**

### **3.1 – Quais os assuntos que você mais privilegia no ensino do tema Humanização? (marque, no máximo, duas alternativas).**

( ) Formação voltada para o SUS.

( ) Política Nacional de Humanização.

( ) Ética e bioética.

( ) Relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho.

( ) Valorização e respeito ao outro durante os cuidados.

( ) Humanização nas práticas de assistência à Saúde.



146

( ) Outras. Quais? \_\_\_\_\_

**3.2 – Qual o principal ponto a ser observado, durante a prática do aluno, para verificar uma assistência Humanizada? (marque, no máximo, duas alternativas).**

( ) O discente apresenta capacidade de trabalhar em equipe (lida bem com relações de poder, trabalho e afeto);

( ) O discente valoriza e respeita o cliente durante os cuidados;

( ) O discente demonstra preocupação, interesse pelo cliente;

( ) O discente apresenta postura ética e profissional;

( ) Outro (s). Especifique: \_\_\_\_\_

**3.3- O docente busca discutir com outros professores do curso e/ou instituição a possibilidade de trabalho conjunto, a fim de contemplar a temática Humanização?**

( ) Sim                      ( ) Não                      ( ) As vezes

**3.4- Ao ministrar sua disciplina é possível proporcionar ao aluno estabelecer relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura, as formas de organização social e a política de saúde vigente?**

( ) Sim                      ( ) Não                      ( ) Às vezes

**3.5- O campo de estágio dificulta o estabelecimento de vínculos entre aluno, equipe de profissionais, usuário e família do usuário?**

( ) Sim                      ( ) Não                      ( ) Às vezes

**3.5.1 – Qual o campo de estágio com mais dificuldade na sua realização? \_\_\_\_\_**

#### **4 - SOBRE CARGA HORÁRIA E DESAFIOS**

**4.1 - Qual é o maior desafio enfrentado para se trabalhar o tema Humanização? (marque apenas uma alternativa)**

( ) Falta de conhecimento do docente;

( ) Tempo de aula;



- Falta de interdisciplinaridade;
- Privilegiar disciplinas técnicas (práticas) e científicas;
- Falta de material que trate do assunto;
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

**4.2– Ao abordar o tema Humanização, quais benefícios você destacaria para os alunos? (marque apenas uma alternativa)**

- É indiferente;
- O conteúdo é visto de vários ângulos e pode ser inserido em qualquer disciplina;
- Melhora a formação do discente, uma vez que agrega eficiência técnica e científica a uma postura ética.
- A aula fica mais dinâmica;
- O conteúdo se aproxima mais da realidade;
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

**4.3 – Ao abordar o tema Humanização, quais benefícios você destacaria para os usuários dos serviços de saúde? (marque apenas uma alternativa)**

- É indiferente;
- Satisfação e autonomia do usuário;
- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- Direito à informação sobre sua saúde;                       Outros. Quais? \_\_\_\_\_