

GEASE: dispositivo de análise de práticas profissionais na humanização do ensino e da assistência em saúde

GEASE: device for analyzing professional practices in the humanization of teaching and healthcare

GEASE: dispositivo para analizar prácticas profesionales en la humanización de la enseñanza y la asistencia sanitaria

Recebido: 20/04/2020 | Revisado: 28/04/2020 | Aceito: 06/05/2020 | Publicado: 12/05/2020

Lucille Annie Carstens

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8324-9490>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: lucilleacarstens@gmail.com

Lucia Cardoso Mourão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7058-4908>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: luciamourao@hotmail.com

Ana Clementina Vieira de Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9342-6179>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: ana.vieiradealmeida@gmail.com

Carla Aparecida Spagnol

Universidade Federal de Minas Gerais

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1588-2109>

E-mail: carlaapspagnol@gmail.com

Isabel Cristina de Moura Leite

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4459-7606>

Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos, Brasil

E-mail: isabelcristinademouraleite@gmail.com

Resumo

Este artigo apresenta a aplicação de um dispositivo inovador de formação e de análise das práticas dos profissionais para contribuir com a humanização no ensino e na qualificação da atenção em saúde. Foram utilizados os princípios do *Groupe d'entraînement à l'analyse de Situations Educatives-GEASE* e o conceito de implicação da Análise Institucional em sua abordagem Socioclínica Institucional na construção desse dispositivo. Objetiva refletir sobre a aplicação deste dispositivo no ensino e nos serviços com foco na humanização, tecendo considerações sobre suas possibilidades e limitações. As intervenções foram realizadas em universidades do Rio de Janeiro para 09 grupos, formados por internos de medicina, residentes de enfermagem, preceptores, docentes e profissionais de saúde, com um total de 141 participantes. Os resultados evidenciaram aspectos onde as práticas humanizadas para serem implementadas, necessitam repensar o processo de formação profissional em saúde nas suas práticas de comunicação de maneira a favorecer as relações interpessoais. Destaca-se como potencialidade, que o dispositivo foi capaz de favorecer a que formador e formandos analisassem suas práticas, trazendo nuances de mudanças institucionais, em prol da humanização do cuidado. Como limitações, destacamos a necessidade de se observar um número menor de participantes por grupos visando não comprometer o aprofundamento dos temas trazidos para o debate. Os dados apontam que o dispositivo proposto se constituiu em um instrumento pedagógico potente para produzir práticas humanizadas tanto no ensino quanto nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Prática profissional; Ensino; Humanização da assistência.

Abstract

This article presents the application of an innovative methodology for training and analyzing the practices of professionals to contribute to the humanization of teaching and the qualification of health care. The principles of the *Groupe d'entraînement à l'analyse de Situations Educatives- GEASE* and the concept of implication of Institutional Analysis in its Institutional Socioclinical approach in the construction of this device. It aims to reflect on the application of this device in teaching and health service focusing in humanization, making considerations about its possibilities and limitations. The interventions were carried out in universities in Rio de Janeiro for 09 groups, formed by medical students, nursing residents, preceptors, teachers and health professionals, with a total of 141 participants. The results showed aspects where humanized practices to be implemented, need to rethink the process of professional training in health in their communication practices in order to favor interpersonal

relationships. As a potentiality of the study, it stands out that the device used was able to favor the trainer and trainees to analyze their practices, bringing nuances of institutional changes, in favor of the humanization of the care. As limitations, we highlight the need to observe a smaller number of participants by groups in order not to compromise the deepening of the themes brought to the debate. The data show that the proposed device constituted a powerful pedagogical instrument to produce humanized practices both in teaching and in health services.

Keywords: Professional practice; Teaching; Humanization of assistance.

Resumen

Este artículo presenta la aplicación de un dispositivo innovador para la capacitación y el análisis de las prácticas de los profesionales para contribuir a la humanización de la enseñanza y la calificación de la atención en salud. Los principios Del Groupe d'entraînement à l'analyse de Situations Educatives- GEASE y el concepto de implicación del marco teórico metodológico Del Análisis Institucional en el aporte de la Socioclínica Institucional fueron utilizados en la construcción de este dispositivo. Su objetivo es reflexionar sobre la aplicación de este dispositivo en la enseñanza y los servicios con un enfoque en la humanización, teniendo en cuenta sus posibilidades y limitaciones. Las intervenciones se llevaron a cabo en universidades de Río de Janeiro para 09 grupos, formados por médicos internos, residentes de enfermería, preceptores, maestros y profesionales de la salud, con un total de 141 participantes. Los resultados mostraron aspectos en que las prácticas humanizadas a implementar, necesitan repensar el proceso de capacitación profesional en salud en sus prácticas de comunicación para favorecer las relaciones interpersonales. Se destaca como una potencialidad, que el dispositivo fue capaz de favorecer a que los maestros y los alumnos examinasen sus prácticas, aportando matices de cambios institucionales, a favor de la humanización del cuidado. Como límites, enfatizamos la necesidad de observar un número pequeño de participantes por grupo, con el objetivo de no comprometer la profundización de los temas traídos para el debate. Los datos obtenidos puntan que el dispositivo propuesto se constituyó en herramienta pedagógica potente para producir prácticas humanizadas tanto en la enseñanza como en los servicios de la salud.

Palabras clave: Práctica profesional; Enseñanza; Humanización de la assistência.

1. Introdução

O conceito de humanização na saúde foi construído progressivamente ao longo de décadas, cujos antecedentes remetem à discussão da inadequação do antigo modelo assistencial em saúde, com ênfase nas ações curativas, no tratamento das doenças, centrado no hospital, com pouca valorização dos determinantes sociais, econômicos e culturais do processo saúde-doença (Fertonani, Pires, Biff, & Scherer, 2015).

Este modelo assistencial era oferecido a quem estava formalmente inserido no mercado de trabalho, compartimentalizando o direito de assistência à saúde de acordo com a capacidade socioeconômica da população de adquiri-lo. As críticas a este modelo impulsionaram os debates realizados pelos diversos participantes da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, influenciando a incorporação de pressupostos fundamentais no capítulo da saúde da Constituição Federal promulgada em 1988. Nela foi inserido como princípio fundamental o conceito de saúde, entendido como resultante das condições de vida dos indivíduos e como um direito de cidadania (Fertonani et al., 2015).

Os princípios constitucionais de integralidade, equidade e universalidade que orientam a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), publicado em 1990, são a base para a Política Nacional de Humanização (PNH), concebida para ser executada em todos os níveis de atenção à saúde. A humanização do cuidado em saúde para tornar-se uma prática instituída passa pelo reconhecimento de que os serviços de saúde devam se constituir no lócus de formação dos futuros profissionais e dos que já estão em atividade (Panúncio-Pinto & Troncon, 2015).

Neste novo modelo assistencial, que considera não apenas os serviços assistenciais, mas o cuidado integral que engloba a promoção, a proteção, a recuperação e reabilitação da saúde, tanto do indivíduo quanto da família e da comunidade, ordena a gestão da rede de atenção à saúde, em 1991, com o lançamento do Programa Saúde da Família. Inserido nesta política, que mais tarde denominou-se Estratégia de Saúde da Família, está a PNH, que lança mão de ferramentas e dispositivos para “consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores” no cuidado em saúde (Rios & Sirino, 2015).

A PNH como orientadora conceitual da reorganização do cuidado, também destaca a importância de reposicionar a formação no SUS e para o SUS, englobando quatro princípios: “considerar que formação é intervenção e que intervenção é formação; a inseparabilidade entre gestão e atenção; o trabalho em equipe; e a compreensão de que a atenção primária é eixo organizativo do sistema de saúde, evitando sua fragmentação” (Brasil, 2010, p. 68).

A humanização na saúde é considerada como uma estratégia de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade da saúde, valorizando a participação de diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores) e respeitando suas culturas, valores e concepções de saúde/doença (Carvalho, Nery, Campelo, & Barbosa, 2016; Cotta et al., 2013).

Diante das propostas do Ministério da Saúde para a formação de profissionais aptos para atuarem no SUS, foram elaboradas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), desde 2001. Estas vêm sendo atualizadas de maneira a atender as mudanças que vêm ocorrendo nos serviços de saúde e no ensino. A resolução n.º 569 que destaca os princípios e diretrizes comuns para as DCN dos cursos de graduação da área da saúde orienta para a transformação do cuidado em saúde em busca da integralidade, de maneira a compreender o ser humano em todas as suas dimensões, ampliando o conceito de saúde e do desenvolvimento de práticas humanizadas. Nessa resolução é reconhecido o potencial para aprendizagem significativa nos cenários de integração teoria e prática dos serviços de saúde, com disparadores a partir de situações-problemas que devem ser enfrentadas na prática profissional (Brasil, 2018).

Ao longo da consolidação do SUS, percebem-se outras estratégias dos centros formadores e do Ministério da Saúde, voltadas para a inserção de estudantes nos serviços de saúde pública, como o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), cujos objetivos são favorecer a formação de profissionais adequados às perspectivas da Atenção Básica (Maeyama et al., 2016). Nesse contexto, busca-se maior integração entre ensino e serviço a partir da inserção de estudantes universitários da área de saúde nos cenários de práticas do SUS, para a formação de profissionais com visão ampliada das necessidades de saúde da população, a partir de uma atuação interprofissional (Borges, Goyatá, & Resck, 2016; Viana & Campos, 2018).

Especificamente com relação ao ensino da humanização, embora seja considerado pelo Ministério da Saúde como princípio importante para a assistência em saúde, ainda há dificuldades de compreensão do seu conceito e de sua aplicação na formação em saúde, assim como na articulação ensino-pesquisa-serviço. O domínio de habilidades relacionadas à humanização da assistência ainda precisa ser aprimorado, visando desenvolver competências compatíveis com os objetivos educacionais para formação de um profissional de saúde preparado para o SUS (Carvalho et al., 2016).

Constitui-se em um grande desafio aos centros formadores, efetivar a integração curricular dos conteúdos sobre humanização com o núcleo duro e fortemente tecnicista da

maioria das suas disciplinas vivenciadas na teoria e na prática durante a formação dos profissionais de saúde (Rios & Sirino, 2015).

Diante do exposto, este artigo objetiva descrever a aplicação de um dispositivo de formação e análise de práticas profissionais no ensino e nos serviços de saúde, com foco na humanização do cuidado, tecendo considerações sobre suas possibilidades e limitações.

Para melhor compreensão do dispositivo de formação e análise das práticas profissionais, apresentaremos os pressupostos metodológicos do GEASE bem como discorreremos sobre a importância da incorporação da análise das implicações da Análise Institucional como premissa importante na produção de conhecimento.

1.1. A estrutura e a metodologia do *Groupe d'entraînement à l'analyse de Situations Educatives* – GEASE

O *Groupe d'Entraînement à l'analyse de Situations Educatives* - Grupo de Treinamento para a Análise de Situações Educacionais (GEASE) segue os pressupostos da análise das práticas profissionais, relacionada a dispositivos utilizados na França na década de 90, na formação inicial e continuada em centros universitários, tendo como foco os debates em pequenos grupos relacionados à prática profissional (Faingold, 2006; Spagnol, Lorence, Dufournet-Coestier, & Silva, 2019).

O GEASE tem origem em duas correntes teóricas: os trabalhos de Michaël Balint e a abordagem reflexiva de Donald Schön. O primeiro começou a desenvolver para médicos os chamados grupos Balint na década de 1940, cujo objetivo era melhorar a relação médico-paciente. Esse método foi difundido para outros espaços e começou a ser utilizado na educação, onde a relação conflituosa entre professor e alunos também mobilizava emoções e representações.

Schön partia do princípio de que a ação é fonte de conhecimento e desenvolveu o conceito de “profissional reflexivo”, tendo a premissa que para o profissional entender sua prática, que é marcada pela incerteza, por conflitos éticos e pela complexidade, ele deve reconstruir o problema, refletindo sobre ele e buscando, nessa reflexão na ação, outras maneiras de solucionar o problema (Spagnol et al., 2019, p.3).

Quanto aos seus objetivos, o dispositivo GEASE pretende estimular a autonomia das pessoas por meio da aplicação do princípio democrático e não hierárquico, facilitar a aprendizagem individual e coletiva, ampliar a compreensão da realidade a partir da formulação de hipóteses de interpretação, incentivar o pensar na atividade em sua

temporalidade e não no imediatismo e favorecer a construção da habilidade de análise e a lidar com futuras situações complexas. Com relação à sua utilidade social, espera-se contribuir para auxiliar nas interações humanas, proporcionar formação ao longo da vida, melhorar a integração da dimensão formativa na prática profissional e desenvolver um pensamento crítico com relação às suas atividades profissionais (Etienne & Fumat, 2014; Lamy, 2002).

No que concerne ao desenvolvimento da capacidade de agir, o GEASE permite aprender sobre o que não aparece no visível da ação e pensar sobre o que deve ser posto em prática para agir, possibilitando a criação de um bem comum aos membros do grupo e o desenvolvimento de novas práticas que podem ser futuramente institucionalizadas (Etienne & Fumat, 2014; Lamy, 2002).

No que se refere à estrutura do dispositivo, destacam os autores que para operacionalizar o GEASE, os participantes e o facilitador devem ser dispostos em roda para estimular a comunicação entre os participantes. Os grupos devem ter entre 12 a 15 pessoas, no máximo, e a duração do grupo deve ser de 2 a 3 horas (Etienne & Fumat, 2014; Lamy, 2002).

O dispositivo GEASE, em suas regras básicas, tem 04 etapas, mas os autores destacam que pode ser aplicado em 06 ou 07 etapas. A seguir vamos apresentar resumidamente estas etapas com base em (Etienne & Fumat, 2014; Lamy, 2002; Spagnol et al., 2019).

Na primeira etapa, também chamada de *preâmbulo*, o facilitador explica resumidamente o funcionamento do dispositivo e destaca a importância do engajamento dos participantes no trabalho de análise, enfatizando que a participação é voluntária, onde são respeitadas a confidencialidade, a benevolência e o respeito. Tempo aproximado 15 minutos

A segunda etapa é a *escolha da situação*, onde cada participante deverá escrever resumidamente uma situação da prática profissional. Ao final da escrita, todos deverão ler para o grupo sua situação, e uma será escolhida pelo coletivo para ser analisada. Tempo 30 minutos.

A terceira etapa é a *apresentação da situação escolhida*, onde o relator é convidado a expor ao grupo a situação, sem ser interrompido pelos demais participantes. Em seguida, o facilitador convida o relator a *problematizar a situação* elaborando um questionamento do tipo: O que te incomodou nessa situação? Tempo 15 minutos.

A quarta etapa é dedicada às *informações complementares*, onde os participantes elaboraram questões a serem respondidas pelo relator com a finalidade de esclarecer a situação. Tempo 15 minutos.

A quinta etapa é a de *elaboração de hipóteses* pelo grupo e proposições de *compreensão* sobre a situação; de relatos de outros acontecimentos que fazem *ressonância* com a situação em análise; e de *proposição* de ações que ampliem o campo de possibilidades de intervenções no contexto para superar as dificuldades analisadas. Tempo 40 minutos.

A sexta etapa é a *síntese do relator* com o grupo, onde se elabora a interpretação da situação a partir da avaliação das hipóteses de intervenção formuladas pelos demais participantes e avaliam-se as possibilidades de mudanças. Tempo 15 minutos.

A sétima etapa é a metacognitiva, uma *síntese do que foi vivenciado pelos participantes*, colocando livremente suas impressões, sentimentos, pontos positivos e negativos, sugestões etc. O facilitador pode complementar com indicações de referências bibliográficas sobre a temática, ou mesmo indicar que os participantes realizem buscas para dar continuidade aos debates em outro encontro (Etienne & Fumat, 2014; Lamy, 2002; Lamy, 2002; Spagnol et al., 2019). Tempo 20 minutos.

1.2 O conceito de implicação do referencial teórico-metodológico da Análise Institucional

A Análise Institucional (AI) tem por finalidade compreender coletivamente a realidade social, a partir das ações e discursos de seus sujeitos e utiliza-se de um método constituído de um conjunto articulado de conceitos como os de instituição, instituído, instituinte, encomenda, demanda, transversalidade, analisador e implicação (L'Abbate, 2012; Savoye, 2007).

Com relação ao conceito de implicação, Lourau (2014) afirma que este conceito surgiu com os institucionalistas, ao negarem a neutralidade científica nas suas intervenções, uma vez que entendiam que todo pesquisador está envolvido emocionalmente e profissionalmente com seu objeto. Distingue dois tipos de implicações. As implicações primárias são entendidas como as implicações do pesquisador consigo e com a equipe de pesquisa; a implicação com o objeto de pesquisa, a implicação com o processo de intervenção, a implicação com a instituição acadêmica a que pertence, a implicação na encomenda e nas demandas sociais. As implicações secundárias são aquelas que o autor tem maior dificuldade em revelar, como suas questões epistemológicas que podem se traduzir na dificuldade de escrever ou expor a pesquisa.

Monceau afirma que não podemos confundir implicação com engajamento, com investimento e destaca que as implicações profissionais se atualizam e se potencializam segundo situações múltiplas: “Essa implicação pode diminuir de acordo com a profissão, o

estabelecimento, a organização educacional, ou mesmo as instituições escolares”. Entende-se que a análise realizada por diferentes pessoas é necessária para ressaltar as implicações afetivas, profissionais e existenciais dos envolvidos (Monceau, 2015, p.198).

Todo pesquisador está envolvido emocionalmente e profissionalmente com seu objeto de estudo e atravessado por diferentes instituições, sendo possível a análise de suas implicações com as instituições que atravessam suas práticas (Barbier, 2007; Borges, Fortuna, Feliciano, Ogata, & Kasper, 2019). Para Coimbra e Nascimento (2008, p.144) a partir da análise das implicações pelo pesquisador “analisa-se o lugar que se ocupa nas relações sociais em geral e não apenas no âmbito da intervenção que está sendo realizada; os diferentes lugares que se ocupa no cotidiano e em outros locais da vida profissional; em suma, na história”.

Para a análise das implicações do pesquisador um dos instrumentos utilizados é o diário do pesquisador que permite que o mesmo no decorrer do estudo, tenha oportunidade de refletir sobre suas implicações no processo de construção do conhecimento. Nele encontram-se registros das atividades cotidianas, podendo reconstituir a história do pesquisador, pode-se mostrar como foram os encontros, as recusas, as exigências, as angústias, as dificuldades entre outras anotações (Lourau, 2014, Spagnol, L’Abbate, Monceau, & Jovic, 2016; Pezzato, Botazzo, & L’Abbate, 2019).

Esse pensamento está coerente com o que refere a resolução n.º 569 ao assinalar que os profissionais de saúde já formados e em formação, necessitam analisar suas práticas a partir da realização de pesquisa-ação ou pesquisa intervenção sobre problemas de saúde coletiva, pois suas concepções engendram processos teórico-metodológicos que se constituem em dispositivos de transformação social (Brasil, 2018).

Neste artigo tomamos a formação e as práticas profissionais como instituições que segundo Berger & Berger (2004) no sentido sociológico, são identificadas pelas seguintes características: a coercitividade e a autoridade moral que exercem um padrão de controle sobre os indivíduos; a historicidade que destaca a existência das instituições antes do nascimento do indivíduo e a continuidade dessas depois de sua morte e a objetividade que permite interpretar e justificar a realidade a partir de suas leis, normas e regras.

2. Metodologia

Este relato foi construído a partir da experiência da primeira autora na construção e aplicação de um dispositivo de formação e de análise das práticas profissionais relacionadas a

humanização no ensino e na assistência, utilizando os pressupostos do GEASE e do conceito de implicação da Análise Institucional. Este dispositivo foi aplicado para internos de medicina e preceptores, durante a realização de pesquisa no mestrado profissional em Ensino na Saúde pela primeira autora e posteriormente, em intervenções encomendadas por outras organizações às três primeiras autoras. A pesquisa realizada pela primeira autora foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.º83367918.3.00005245.

A metodologia proposta pelo GEASE permite analisar e resolver problemas das práticas profissionais; associar a aprendizagem feita nos locais de formação com os cenários de prática; ter referências conceituais, metodológicas e éticas para fazer escolhas; e identificar a natureza múltipla e heterogênea das profissões, compreendendo sua complexidade a partir de situações-problemas da realidade dos profissionais (Faingold, 2006; Spagnol et al., 2019).

Incorpora-se aos pressupostos do GEASE a análise das implicações dos participantes, de acordo com os pressupostos da AI na sua abordagem socioclínica institucional, como uma possibilidade de compreensão de como as situações são selecionadas e analisadas, de acordo com as implicações afetivas, profissionais e ideológicas dos participantes com as instituições formação e prática profissional colocadas em análise neste artigo (Barbier, 2007; Lourau, 2014; Monceau, 2013).

Portanto, o novo dispositivo para formação e análise das práticas profissionais, apresentado, foi elaborado a partir da associação dos referenciais teórico metodológicos: o GEASE e a Análise Institucional.

As intervenções grupais foram realizadas no período de outubro de 2018 a junho de 2019, em 09 grupos de composição diversificada (internos de medicina, residentes de enfermagem, preceptores, profissionais de saúde, docentes) sendo alguns grupos formados com todos de uma mesma profissão e outros com várias categorias profissionais totalizando 141 pessoas. Destaca-se que em 02 grupos compostos de internos de medicina e profissionais de saúde foi possível realizar dois encontros com intervalo de quinze dias entre eles. Os demais grupos tiveram apenas um encontro.

Em todos os grupos, foi utilizado o roteiro inspirado no GEASE, com o detalhamento das suas 07 etapas para nortear a aplicação do novo dispositivo. Todos os grupos abordaram a temática Humanização na formação e na assistência.

De maneira a se obter registros durante a aplicação do dispositivo, foi utilizado um diário de campo, pelas três primeiras autoras, para anotações de aspectos relevantes que aconteceram em cada encontro. As anotações dos diários foram analisadas pelos autores, a

partir de várias leituras, quando podem-se identificar as implicações afetivas, profissionais, ideológicas das mesmas e dos demais participantes com as instituições formação e práticas profissionais.

O primeiro encontro foi realizado a partir de um convite da primeira autora para os preceptores e alunos do internato de medicina visando a produção de dados para a elaboração de sua dissertação de mestrado. Devido a compromissos assumidos com a faculdade, os preceptores não puderam participaram deste encontro. Todos os alunos do internato que estavam cursando o módulo de Saúde da Família foram incluídos. Participaram desse encontro 12 internos de medicina e as três primeiras autoras deste texto. O encontro foi realizado em uma sala de aula, de uma universidade privada de um município da região serrana do estado do Rio de Janeiro. A primeira autora foi facilitadora do dispositivo apoiada pelas demais.

O segundo encontro foi realizado no mesmo local do primeiro, a partir de um pedido da primeira autora, para internos de medicina e preceptores para continuidade na produção de dados para sua dissertação de mestrado. Participaram desse encontro 15 internos de medicina e 06 preceptores, totalizando 21 pessoas. Destaca-se que nas pesquisas utilizando o referencial teórico metodológico da análise institucional, o número de participantes nas intervenções pode ser variável (Monceau, 2015). Antes de iniciar o encontro, realizou-se a restituição do que havia sido discutido no encontro anterior, dando seguimento e ampliando os debates sobre a humanização nas práticas médicas, tendo a primeira autora como facilitadora na condução do dispositivo.

O terceiro e quarto encontros aconteceram por uma solicitação da segunda e terceira autoras para a pesquisadora, com a finalidade de aprofundar o debate da aplicabilidade do novo dispositivo de formação e análise de práticas profissionais com os alunos da disciplina “Socioclínica Institucional e a formação em saúde – aportes teórico-práticos nas pesquisas e práticas educativas dos profissionais de saúde”. Essa disciplina optativa é oferecida no Mestrado Profissional de Ensino na Saúde de uma universidade pública federal, na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. Participaram 12 alunos inscritos na disciplina, além das coordenadoras, sendo a primeira autora a facilitadora apoiada pela segunda e terceira autoras. Os alunos da disciplina eram de diferentes áreas de conhecimento na saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais), constituindo-se em um grupo bastante heterogêneo.

O quinto e sexto encontros foram realizados a partir de um convite de docentes de enfermagem de uma universidade pública federal, localizada na região metropolitana do

estado do Rio de Janeiro, para as três primeiras autoras desenvolverem uma aula com novas propostas metodológicas para residentes de enfermagem. As autoras sugeriram a realização do novo dispositivo de formação e de práticas profissionais, que de acordo com sua estrutura e objetivos, pode ser utilizado como uma nova estratégia metodológica para a análise das práticas de ensino e de assistência dos enfermeiros.

O quinto encontro foi realizado em duas etapas. A primeira para qualificação de 02 docentes e 02 alunas do Programa de Mestrado em Enfermagem, para atuarem na condução do dispositivo e a segunda, 15 dias depois, foi aplicada as docentes e mestrandas do referido Programa. O caso escolhido abordou o tema humanização e o foco dos debates foram relações de conflitos no meio acadêmico, advindos de problemas gerenciais nos serviços onde ocorre a formação em enfermagem.

O sexto encontro foi desenvolvido no mesmo cenário do quinto encontro, tendo como participantes 87 residentes de enfermagem, subdivididos em 04 grupos. Dessa forma, somando-se aos demais encontros realizados, foram realizados 09 grupos em 06 encontros, apresentados neste artigo.

Apresentaremos a seguir os resultados a partir da produção dos dados nos encontros, registrados no diário, e a discussão apoiada em autores que abordam a formação e a humanização, para a compreensão do efeito e do impacto da utilização desse novo dispositivo de formação e análise das práticas profissionais.

3. Refletindo e Discutindo sobre a Aplicação do Novo Dispositivo para Formação e Análise das Práticas Profissionais

A aplicação do dispositivo nesses 09 grupos permitiu que fossem evidenciadas algumas questões relacionadas à humanização no processo de formação e nas práticas profissionais apontando para problemas na comunicação e nas relações interpessoais.

Com relação ao ensino da humanização no processo de formação, alguns fatores puderam ser identificados como: a falta de uma sistematização e aplicação de forma contínua de práticas humanizadas na graduação; o predomínio do discurso técnico e mecanicista dos procedimentos em detrimento ao cuidado integral e as dificuldades na comunicação. De todos estes aspectos, os problemas relacionados a comunicação foi a mais presente em todos os grupos.

Relatam as autoras no diário do primeiro encontro:

Os alunos tiveram uma participação bastante ativa no grupo, maior do que eu esperava, e foram colocados muitos aspectos relacionados à *falta de humanização na formação e na assistência* trazendo exemplos de relações autoritárias dos docentes na prática do ensino, e nos procedimentos médicos focados apenas na queixa-procedimento. Destacaram sentimentos de *sofrimento* com relação à *falta de humanização na prática médica e também de alguns docentes*. À medida que as etapas do dispositivo foram avançando, os alunos conseguiram diluir esse sofrimento, elaborando hipóteses com *proposições para mudanças em suas práticas futuras*, trazendo aspectos da *humanização para além do modelo biomédico*. (grifos nossos)

E referem no diário com relação ao segundo encontro:

Talvez pela presença dos preceptores, o caso escolhido para análise referia-se à *falta de ferramentas* e de tempo que poderiam deixar as *práticas médicas mais humanizadas*. Foi possível perceber que os preceptores não imaginavam que os alunos tivessem tantas dúvidas, o que indicava a *pouca comunicação entre eles*. O debate favoreceu que fossem colocadas em foco as ferramentas que os preceptores já utilizam na ESF, mas que precisam ter maior visibilidade, como a *gestão da agenda médica, a comunicação de notícias ruins, a abordagem centrada na pessoa e o projeto terapêutico singular*, a maioria destas ferramentas desenvolvida a partir de uma *escuta qualificada e uma boa comunicação*. Durante os debates os participantes perceberam que a falta de ferramentas *favorece práticas pouco humanizadas*, o que traz *sofrimento* ao trabalho. Os participantes trouxeram hipóteses de *proposições de ações* de como organizar de maneira mais eficiente os serviços na ESF e a continuidade da aplicação do dispositivo como proposta de ensino e de educação permanente (grifos nossos).

Verificamos nos relatos acima que os problemas de comunicação e nas relações interpessoais foram bastante enfatizados nos debates, em diferentes momentos da prática profissional, ao referir ser essa uma das causas que mais dificulta o desenvolvimento de práticas humanizadas entre os profissionais e os sujeitos de cuidado e entre preceptores e alunos, colocando barreiras no processo de formação.

Resultados semelhantes foram constatados nos estudos de Coscrato e Bueno (2015) e Silva, Muhl & Moliani (2015) referentes ao ensino da humanização na graduação. Complementam Casate & Correa (2005) e Sato & Ayres (2015) que o olhar dos estudantes deve ser observado, ao relatarem problemas de comunicação em decorrência da demanda por atendimentos maior do que a oferta e o tempo limitado para a assistência ao paciente como fatores determinantes da falta de humanização nos serviços de saúde. Referem os autores que a falta de comunicação favorece práticas antagônicas à humanização, como o anonimato, a despersonalização e dificuldades em estabelecer vínculos com os pacientes.

Nos relatos do primeiro e segundo encontros foi possível observar uma abordagem peculiar referente ao sofrimento provocado em decorrência de práticas médicas pouco humanizadas. A respeito disto, pesquisa realizada por Palmeira & Gewehr (2018, p. 2477) sobre as subjetividades que existem na humanização destacam que o que se percebe no cotidiano das práticas médicas e, se constituem em normatizações e reducionismos das práticas terapêuticas, o que acaba por ocasionar sofrimento. Recomendam que para vencer este reducionismo é necessário que se realize uma análise crítica das práticas, aceitando a complexidade das mesmas incluindo as subjetividades “como elemento perturbador da relação terapêutica”. Referem que a análise das subjetividades é de fundamental importância para que sejam evidenciadas as contradições entre teoria e prática, e que a busca de estratégias para superar o sofrimento só será possível com a análise das subjetividades que envolvem o cuidado em saúde.

No presente estudo, as subjetividades puderam ser percebidas a partir da análise das implicações afetivas, profissionais e ideológicas com as instituições formação e práticas profissionais que atravessam as práticas na docência e nos serviços de saúde onde se pretende que existam relações humanizadas.

O terceiro e quarto encontro realizados com os profissionais de saúde, trouxeram aspectos semelhantes aos obtidos no primeiro e segundo grupos relacionados as dificuldades na comunicação, nas relações interpessoais, com destaque aos problemas gerenciais nos serviços de saúde. As anotações do diário destacam:

O caso escolhido para debates foi a falta de humanização no gerenciamento dos serviços de saúde. Todos ficaram muito mobilizados com a situação relatada, pois a maioria também atuava na gerência. Os problemas evidenciados no debate foram *o autoritarismo na tomada de decisões; a dificuldade de comunicação e nas relações interpessoais e a valorização da hierarquia e do poder. As hipóteses de ressonância com a prática foram significativas e as proposições de ações*, trouxeram as possibilidades de cada serviço poder organizar os protocolos de atendimentos, de forma a proporcionar uma escuta qualificada favorecendo a responsabilização nas atividades assistenciais, juntamente com a gestão. (grifos nossos)

O quinto e sexto encontro realizados com docentes, mestrandos e residentes de enfermagem, foram apontados dados semelhantes aos grupos anteriores com relação as dificuldades na comunicação e nas relações interpessoais, sendo focado também a pouca humanização nas práticas gerenciais tanto nos centros formadores quanto nos cenários de prática, como destacado nas anotações do diário:

O que chamou atenção na aplicação do dispositivo desses grupos, foi que abordaram a pouca humanização na gerência de enfermagem, seja nas universidades ou nos hospitais. Evidenciaram diversos problemas gerenciais, como *o autoritarismo, o poder, a hierarquia e a falta de comunicação como práticas não favorecedoras da humanização*. Notamos que os grupos não conseguiram avançar durante a aplicação do dispositivo no sentido de formular proposições de ações sobre práticas mais humanizadas na gerência. (grifos nossos)

Considerando que o problema da comunicação foi apontado em todos os grupos, podemos dizer que se trata de uma questão que deve ser abordada nos centros de formação e também nos cenários de prática, no processo de educação permanente.

Problemas gerenciais relacionados à comunicação foram apontados em 07 grupos, o que nos leva a pensar que favorecendo o ensino da comunicação nas relações interprofissionais na graduação, muitos problemas de ordem gerencial podem ser amenizados favorecendo a construção de ambientes mais humanizados na formação e nos serviços de saúde.

De acordo com a resolução n.º 569 que destaca os princípios e diretrizes comuns para as DCN dos cursos de graduação da área da saúde, a comunicação é entendida também como o uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), em suas diferentes formas, para efetivar a formação e as práticas para a educação e comunicação em saúde, bem como sua aplicabilidade nas relações interpessoais. Enfatiza a resolução 569 que se deve investir no ensino da comunicação nas graduações da saúde, com vistas a contribuir para melhores desfechos diagnóstico-terapêuticos e para práticas humanizadas (Brasil, 2018).

Relacionada às práticas pouco humanizadas na gerência, complementa a resolução 569 que a comunicação deve ser entendida como competência para assegurar a humanização e a qualidade dos serviços de saúde, devendo ser adquirida durante a formação dos profissionais de saúde, se constituindo em um instrumento poderoso entre os profissionais, pela diminuição da hierarquia, aumento da possibilidade de escuta e atenção compartilhada para as necessidades das pessoas no processo de saúde-doença e da “reflexão sobre a realidade dos serviços de saúde e sobre o que precisa ser transformado, com a finalidade de melhorar a gestão e o cuidado em saúde” (Brasil, 2018, p.12).

Pontuamos que apesar de todas as recomendação da resolução 569 com relação a comunicação, somos da opinião de que mudanças devem ser pensadas nos centros formadores pois durante a aplicação do dispositivo nos diferentes grupos, pode-se constatar nos debates e nas anotações do diário que os principais problemas relacionados a humanização na formação

e nas práticas profissionais no ensino e serviços de saúde, são referentes as dificuldades na comunicação.

Finalizamos esta discussão destacando as possibilidades e os limites deste dispositivo de formação e de análise de práticas profissionais.

Com relação à estrutura do dispositivo GEASE, que embasou a construção do novo dispositivo de análise de práticas proposto, os resultados obtidos nos 09 grupos trazem aspectos que se aproximam e se distanciam das proposições de Etienne e Fumat (2014) e Lamy (2002). Esses preconizam que o número de participantes deve ser entre 12 a 15 pessoas, no máximo, com um mínimo de 04 encontros com cada grupo, onde os participantes devem ter a mesma profissão. A esse respeito, podemos dizer que nos casos relatados, o maior número de participantes (20 em média), interferiu na dinâmica dos grupos, diminuindo o engajamento de alguns participantes. Com relação à quantidade de encontros por grupo concordamos com Faingold (2006) e Spagnol et al. (2019), que um maior número de encontros favorece a alternância entre os elementos que os participantes trazem para reflexões no grupo e para o retorno às organizações, oportunizando que os alunos e trabalhadores modifiquem suas práticas. Na experiência aqui relatada, o fato de alguns grupos terem apenas um encontro, deixou em aberto algumas questões que poderiam ser melhores exploradas com a realização de um número maior de encontros, principalmente com relação às práticas pouco humanizadas na gerência.

Quanto a ter realizado grupos com profissionais de saúde de várias categorias, diferente do que destacam Etienne e Fumat (2014) e Lamy (2002), que recomendam grupos com profissionais da mesma formação, nossos grupos revelaram resultados mais ampliados. Compreendemos que essa diferença deve-se ao fato dos autores deste artigo, terem utilizado nos grupos os pressupostos da análise institucional, onde a análise das práticas profissionais valoriza a heterogeneidade dos participantes, entendendo que posicionamentos diferentes nos debates, amplia o campo de análise (Fortuna, Monceau, Valentim, & Mennani, 2014; Guillier, 2003; Lago, Matumoto, Silva, Mestriner, & Mishima, 2018; Monceau, 2005).

A respeito das potencialidades do dispositivo de formação e análise das práticas profissionais proposto, os resultados aqui apresentados se assemelham aos encontrados por Faingold (2006) e Spagnol et al. (2019), no que se refere à utilização do dispositivo GEASE. Assinalamos que neste relato, a aplicação do dispositivo proposto favoreceu o aprendizado, por ter regras claras, evitar juízos de valor e manter a horizontalidade nas relações, favorecendo que formador e formando analisassem suas práticas livres da hierarquia,

flexibilizando as relações de poder e possibilitando transformações na maneira de pensar e agir de todos os participantes.

Especificamente ao facilitador, esta metodologia favoreceu que esse renunciasse, pelo menos temporariamente, ao seu papel de detentor e transmissor do conhecimento, para incentivar a fala dos participantes em um exercício de escuta e de aprendizado. A este respeito Faingold (2006) refere que o facilitador do grupo e os participantes necessitam ter espaços para refletir e compreender os limites e possibilidades da sua humanidade, para poder agir humanamente, seja como estudante, como profissional ou como sujeitos que buscam o cuidado de outros humanos.

Com relação ao referencial teórico-metodológico da Análise Institucional destacamos alguns aspectos na aplicação do dispositivo proposto, onde a análise das implicações, como uma de suas características pode ser evidenciada:

O primeiro aspecto refere-se à *escrita da situação* onde cada participante mobilizou suas implicações pessoais, afetivas e ideológicas com as instituições formação, saúde, nas suas práticas profissionais entre outras. O segundo momento em que as implicações puderam ser evidenciadas, aconteceu quando o narrador e participantes *problematizaram a situação*, aflorando sentimentos, valores e expectativas antes não pensadas por eles. Outrossim, a análise das implicação possibilitou revelar as *contradições* em relação as práticas dos profissionais de saúde, docentes, preceptores e estudantes relacionadas com a humanização, revelando o que estava oculto nas instituições formação e práticas profissionais. (grifos nossos).

A análise das implicações dos participantes possibilitou que as hipóteses de *compreensão*, de *ressonância* com a situação e de *proposição* de ações, fossem elaboradas com mais clareza durante a aplicação do dispositivo. Enfatizam os autores da socioclinica institucional como Monceau (2015) e do GEASE como Etienne e Fumat (2014) e Lamy (2002) que para tentar transformar uma ação instituída dentro de uma determinada instituição, é necessário analisar seus atos cotidianos, suas relações e suas práticas profissionais

A partir do relato desta experiência, corroboramos com o pensamento de Lopes, Gouveia e Reis (2019, p.15), onde afirmam que a implementação ou proposta de uma nova metodologia de ensino “deve ser compreendida como uma trilha ou um caminho possível”, possibilitando que os envolvidos nesse processo vislumbrem oportunidades de “melhorar a eficiência e a eficácia educacional em torno da construção do conhecimento”.

4. Considerações Finais

Finalizamos destacando que a maneira como o dispositivo proposto foi aplicado, possibilitou não apenas analisar as práticas dos profissionais de saúde em formação e dos já formados, mas, sobretudo, constituiu-se em um instrumento pedagógico e de análise das implicações de todos os participantes. Para os alunos em formação, possibilitou que desenvolvessem competências em analisar uma situação a partir de diferentes olhares, de maneira crítica-reflexiva, com busca de práticas mais humanizadas. Para os internos de medicina, preceptores e docentes, o dispositivo, favoreceu que refletissem sobre suas práticas abrindo possibilidades para mudanças nas práticas assistenciais e de ensino, favorecendo a humanização no trabalho e a continuidade da aplicação do dispositivo como uma nova metodologia de ensino no internato médico e no processo de educação permanente nas unidades da ESF.

Para os autores, o maior ganho refere-se à apropriação de uma metodologia de formação ainda pouco utilizada nos centros formadores e serviços de saúde, sendo eles próprios transformados em suas práticas de ensino, pesquisa e extensão durante a aplicação do dispositivo.

Destacamos a necessidade de realizar outros estudos cujo tema seja a comunicação na gerência dos serviços de saúde, haja vista as dificuldades dos participantes em pensarem em proposições de ações para melhorar a humanização na gestão, com vistas a minimizar os conflitos e as relações hierárquicas e autoritárias. Esse aspecto deve ser valorizado tanto na formação, como em atividades de educação permanente, sendo o GEASE e a análise da implicação dos participantes um dos dispositivos que podem trazer à tona os não ditos e as contradições que envolvem a comunicação na prática gerencial.

Referências

Barbier, R. (2007). *A pesquisa-ação*. Brasília: Liber-Livro Editora.

Berger, P & Berger, B. (2004). O que é uma instituição social? In.: Foracchi, M.; Martins, J. de S. *Sociologia e sociedade: leituras de introdução à sociologia*. Rio de Janeiro: LTC, 2004. pp. 163 – 168

Borges, FR, Goyatá, SLT & Resck, ZMR. (2016). Visita domiciliar na formação de estudantes universitários segundo a política de humanização: análise reflexiva. *Revista de APS*, 19(4), 630-634. Recuperado de:
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15758>

Borges, FA, Fortuna, CM, Feliciano, AB, Ogata, MN & Kasper, MSMV. (2019). A análise de implicação profissional como um dispositivo de educação permanente em saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 27:e3189. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3114.3189>

Brasil, Ministério da Saúde. (2018). *Resolução n.º 569, de 19 de janeiro de 2018*. Reafirma a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde. Recuperado de: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>

Brasil, Ministério da Saúde. (2010). *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4a ed.). Brasília: Autor. Recuperado de:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

Coimbra, CMB & Nascimento, ML. (2008). Análise de Implicações: Desafiando Nossas Práticas de Saber/Poder. In: Geisler, A. R. R., Abrahão, A. L. & Coimbra, C. M. B. (Orgs.). *Subjetividades, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos em saúde* (pp. 143-153). Niterói, RJ: EdUFF. Recuperado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000108&pid=S1414-

Carvalho, NM, Nery, IS., Campelo, V & Barbosa, VRA. (2016). O ensino da humanização no curso de bacharel em enfermagem numa universidade pública. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10(12), 4554-4562. Recuperado de:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11523/13415>

Casate, JC & Correa, AK. (2005). Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 105-111. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100017>

Costrato, G & Bueno, SMV. (2015). Spirituality and humanization according to nursing undergraduates: an action research. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(1), 73-82. doi: [10.17533/udea.iee.v33n1a09](https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n1a09)

Cotta, RMM, Reis, RS, Campos, AAO., Gomes, AP, Antonio, VA & Siqueira-Batista, R. (2013). Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 171-179. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100018>

Etienne, R & Fumat, Y. (2014). Comment analyser les pratiques éducatives pour se former et agir ? *De Boeck Supérieur*, 9782804184995. Recuperado de: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01714731/document>

Faingold, N. (2006). Formation de formateurs à l'analyse des pratiques. *Recherche et Formation*, 51, 89-104. Recuperado de: <http://journals.openedition.org/rechercheformation/495>

Fertonani, HP, Pires, DEP, Biff, D & Scherer, MDA. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1869-1878. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>

Fortuna, CM, Monceau, G, Valentim, S & Mennani, KL. (2014). Uma pesquisa socioclínica na França: notas sobre a análise institucional. *Fractal: Revista de Psicologia*, 26(2), 255-266. doi: [10.1590/1984-0292/1309](https://doi.org/10.1590/1984-0292/1309)

Guillier, D. (2003). L'analyse des implications dans les pratiques socianalytiques: celles de l'analyste ou/et celles de son client? *L'homme et la Société*, 147-148(1-2), 35-53. Recuperado de: <https://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2003-1-page-35.htm>

Lago, LPM, Matumoto, S, Silva, SS, Mestriner, SF & Mishima, SM. (2018). A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na residência multiprofissional. *Interface (Botucatu)*, 22(Supl. 2), 1625-1634. doi: 10.1590/1807-57622017.0687

Lamy, M. (2002, janeiro). Propos sur le G.E.A.S.E. *Expliciter Journal de l'Association GREX*, 43. Recuperado de :
https://www.grex2.com/assets/files/expliciter/43_janvier_2002.pdf

Lopes, SFSF, Gouveia, LMB & Reis, PAC. (2019). O Método MaCAIES: uma proposta metodológica para a implementação da sala de aula invertida no ensino superior. *Research, Society and Development*, 9(1), e1869111921. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i1.1921>

Lourau, R. (2014). *A análise institucional* (3a ed.). Petrópolis: Vozes.

Maeyama, MA, Machado, C, Cutolo, LRA, Ceretta, LB, Mattos, DB. & Bevilacqua, LL. (2016). Integração Ensino-Serviço na Atenção Básica: uma proposta de instrumento de avaliação. *Revista Inova Saúde*, 5(1), 1-29. doi: <http://dx.doi.org/10.18616/is.v5i1.2387>

Monceau, G. (2005). *Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa ação e profissionalização docente*. Educação e Pesquisa, 31(3), 467-482. doi: 10.1590/S1517-97022005000300010

Monceau, G. (2013). A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: S. L'Abbate, LC. Mourão, & LM. Pezzato (Orgs.), *Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil* (pp. 91-103). São Paulo: Hucitec.

Monceau, G. (2015). Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. *Psicologia em Revista*, 21(1), 197-217. Recuperado de:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n1/v21n1a13.pdf>

Palmeira, ABP & Gewehr, RB. (2018). O lugar da experiência do adoecimento no entendimento da doença: discurso médico e subjetividade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(8):2469-2478. DOI: 10.1590/1413-81232018238.15842016.

Panúncio-Pinto, MP & Troncon, LEA. (2015). A formação e o desenvolvimento docente para os cursos das profissões da saúde: expandindo os horizontes. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 48(3), 2A5-208. Recuperado de:

http://revista.fmrp.usp.br/2015/vol48n3/apresentacao_48n3_2015.pdf

Pezzato, LM, Botazzo, C & L'Àbbate, S. (2019). O diário como dispositivo em pesquisa multicêntrica. *Saúde Soc.* São Paulo, 28(3): 296-308, 2019. DOI 10.1590/S0104-12902019180070.

Rios, IC & Sirino, CB. (2015). A humanização no ensino de graduação em medicina: o olhar dos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(3), 401-409. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e00092015>

Spagnol, CA, L'Abbate, S, Monceau, G & Jovic, L. (2016). Dispositif socianalytique: instrument d'intervention et de collecte de données en recherche qualitative en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*. 2016; 1(124): 108-117.

Spagnol, C, Lorence, B, Dufournet-Coestier, V & Silva, AA. (2019). Reflections on a methodology for analyzing professional practice and its possible use in nursing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03434. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018004803434>

Sato, M & Ayres, JRCM. (2015). Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. *Interface (Botucatu)*, 19(55), 1027-1038. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0408>

Savoye, A. (2007). Análise Institucional e pesquisas históricas: estado atual e novas perspectivas. *Mnemosine*, 3(2), 181-193. Recuperado de: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/viewFile/41329/pdf_110

Silva, LA, Muhl, C & Moliani, MM. (2015). Ensino médico e humanização: análise a partir dos currículos de cursos de medicina. *Psicologia Argumento*, 33(80), 298-309. doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.33.080.AO06>

Viana, MMO & Campos, GWS. (2018). Formação Paideia para o apoio matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8), e00123617. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Lucille Annie Carstens -30%

Lucia Cardoso Mourão-25%

Ana Clementina Vieira de Almeida-25%

Carla Aparecida Spagnol- 10%

Isabel Cristina de Moura Leite-10%