



Os efeitos de um treinamento sobre humanização entre médicos comparados a não médicos

The effects of humanization training comparing doctors and non-doctors

Clara Barbosa Martins¹  | clara.martins@alumni.usp.br
Jouce Gabriela de Almeida¹  | jouce.gabriela@hc.fm.usp.br
André Malbergier¹  | andre.malbergier@hc.fm.usp.br

RESUMO

Introdução: A categoria médica vem sendo considerada pouco competente nos atributos relacionados à humanização. Por isso, mundialmente e no Brasil, mudanças têm sido realizadas nas grades dos cursos de graduação em Medicina para ampliar as disciplinas de humanidades. Além dessas iniciativas, há necessidade de treinamentos em humanização para médicos que se formaram com grades antigas e aqueles que, mesmo graduados a partir das novas diretrizes curriculares, ainda precisam se atualizar na temática. Há poucos estudos quantitativos sobre treinamentos em humanização, especialmente para médicos.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de um treinamento sobre humanização para médicos em comparação a não médicos.

Método: Realizaram-se treinamentos de 135 minutos sobre humanização para médicos e não médicos em um hospital psiquiátrico universitário em São Paulo (Brasil). As aulas foram ministradas com o uso de slides e acompanhadas de discussão e dramatização. Os sujeitos da pesquisa responderam a um questionário com 34 itens que avaliavam as autopercepções sobre conhecimentos, habilidades e atitudes em humanização antes e 15 dias depois do treinamento. Utilizaram-se testes não paramétricos para comparar os escores entre o grupo de médicos e não médicos. Além disso, realizaram-se regressões lineares múltiplas para as dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes, com o objetivo de avaliar se houve diferença significativa entre gêneros, idades, estados civis, número de filhos, vínculos profissionais, religião, anos de serviço.

Resultado: Profissionais médicos e aqueles com seis ou mais anos de serviço apresentaram menores escores em humanização no pré-treinamento. O treinamento gerou aumento dos escores de humanização em todas as categorias profissionais, mas médicos apresentaram maior aumento e se igualaram às outras categorias.

Conclusão: Com um treinamento rápido e de baixo custo, verificou-se o aumento da autopercepção em humanização em médicos e não médicos. A diferença entre as categorias profissionais deixou de existir na avaliação realizada após 15 dias do treinamento. Os resultados indicam que médicos podem aumentar suas autopercepções sobre humanização e se igualar aos outros profissionais.

Palavras-chave: Treinamento; Médicos; Humanização.

ABSTRACT

Introduction: The medical category has been considered of little competence regarding the attributes related to humanization. As such, changes have been made in the course curriculums of undergraduate medical courses in Brazil and worldwide to expand the Humanities disciplines. In addition to these initiatives, humanization training is needed for doctors who graduated under the aegis of old curriculums and for those who - even though they graduated with the new curricular guidelines - still need to be updated on the subject. There are few quantitative studies about humanization training, especially for medical doctors.

Objective: To evaluate the effects of humanization training on doctors in comparison with non-doctors.

Method: Humanization trainings lasting 135 minutes were conducted for doctors and non-doctors in a psychiatric university hospital in São Paulo (Brazil). The classes were conducted with the use of slides and included discussions and a role-playing activity. The research subjects answered a questionnaire with 34 items assessing their self-perceptions about the knowledge, skills and attitudes in humanization before and 15 days after the training. Nonparametric tests were used to compare the scores between the group of doctors and non-doctors. Moreover, multiple linear regressions were performed for the knowledge, skills and attitude dimensions aiming to evaluate whether there was a significant difference between genders, age ranges, marital status, number of children, jobs, religion, years of service.

Result: Medical professionals and those with six or more years of service had lower humanization scores at the pre-training moment. The training resulted in an increase in humanization scores in all professional categories, but physicians showed a greater increase and reached the same level as the other categories.

Conclusion: A fast and low-cost training resulted in an increase in the self-perception of humanization in doctors and non-doctors. The difference between the professional categories ceased to exist in the evaluation carried out 15 days after the training. The results suggest that doctors can increase their self-perception about humanization and reach the same level as other professionals.

Keywords: Training, Doctors, Humanization

¹ Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.
Editor associado: Roberto Esteves.

Recebido em 24/10/22; Aceito em 12/04/2023.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

A humanização na saúde alcança diversas definições, reflexões e atitudes tanto na atenção ao usuário do serviço de saúde quanto na prática profissional. Os conceitos mais discutidos nessa temática incluem respeito, empatia, cuidado integral, acolhimento, ações e práticas do cuidado, educação em saúde, artes e escuta¹.

Sendo assim, na ótica da humanização, há a valorização da essência profissional, de modo a realçar o campo das humanidades e subjetividades, e ampliar a perspectiva de atuação na saúde para além da biomédica centrada^{2,3}.

Conceitualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define o termo saúde como uma concepção que vai além da biológica, sendo o completo “bem-estar físico, mental e social” do indivíduo⁴. Por essa premissa, é possível perceber que as dimensões humanas devem estar presentes dentro das áreas de abrangência médica.

No Brasil, a humanização está contemplada como Política Nacional de Humanização (PNH) desde 2003⁵.

Historicamente, parece haver uma tentativa de ampliar as práticas profissionais humanizadas com mudanças de grades curriculares para a formação de profissionais de saúde, por meio da incorporação de disciplinas na área médica que expressem a temática em questão⁶⁻⁹.

Sousa et al.¹⁰, ao analisarem 34 artigos sobre a tendência mundial em educação médica, referem que, a partir da década de 1950, as disciplinas de humanidades médicas passaram a fazer parte das ementas nas graduações em Medicina do Reino Unido.

No nosso país, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) vem integrando ao currículo as disciplinas de humanidades médicas desde 1988^{11,12}.

Apesar de alguns avanços, ainda predomina uma baixa humanização na prática médica. Um estudo realizado pelas universidades de Harvard e Northwestern, nos Estados Unidos, caracteriza a prática médica como desumanizada e permeada por falta de empatia e por mecanização do serviço¹³.

Uma revisão sistemática mais recente, publicada em 2018, que analisou artigos sobre o ensino da humanização nas escolas médicas, referiu que a abordagem da humanização na medicina ainda é pequena considerando a imensidão da área. O artigo ressalta a necessidade de alteração dos currículos visando acrescentar e/ou ampliar espaços voltados à apresentação e discussão do humanismo na medicina¹⁴.

Mesmo com o reconhecimento da relevância da humanização na medicina e seu ainda incipiente crescimento nas grades curriculares das faculdades, a categoria médica ainda é alvo constante de críticas a respeito da desumanização na assistência. Questiona-se inclusive se médicos seriam menos sensíveis ao tema do que outros profissionais de saúde¹⁴⁻¹⁶.

Outras profissões na área da saúde expressam a humanização nas grades curriculares e/ou nas suas práxis. Em uma pesquisa com cursos de graduações na área de enfermagem, em São Paulo, observou-se que, em 59% deles, houve algum termo ligado à humanização em suas disciplinas⁷.

Outro estudo, realizado na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), constatou que o curso de Enfermagem oferta 13 disciplinas envolvendo humanização, enquanto o curso de Medicina também da UFPB não contempla especificamente o tema¹⁷.

Uma pesquisa realizada no Paraná encontrou, em pelo menos cinco instituições de ensino superior, a presença de disciplinas obrigatórias sobre humanização no curso de Enfermagem. A graduação em Psicologia apresentava disciplina optativa em uma universidade¹⁸.

Há poucos estudos que mostram avanços nas grades de humanização em cursos como Psicologia e Serviço Social, porém algumas pesquisas evidenciam que a psicologia participou ativamente na fundamentação da humanização no Brasil com a criação da PNH⁸. Além disso, a enfermagem, o serviço social e a psicologia tendem a executar a humanização em suas práxis cotidianas, muitas vezes de maneira empírica, mas faltando o embasamento teórico^{6, 19-21}.

Como exemplo de tentativa de aprimoramento da prática de humanização na área de psicologia, foi testado um protocolo em estagiários desse curso para aperfeiçoar o atendimento hospitalar dessa categoria, tornando-o mais humanizado²².

Apesar de tais iniciativas, na área de saúde mental, o cenário da humanização ainda carece de estudos quantitativos, e há a necessidade de desenvolvimento de treinamentos, visando ampliar o conhecimento e a prática entre os profissionais^{11, 12, 14, 23}.

Encontramos poucos relatos de intervenções para implementar a humanização em serviços de saúde e alcançar a imersão de profissionais já formados na PNH²⁴⁻²⁷. Dentre esses artigos, um relatou melhoria na percepção dos pacientes em relação aos profissionais após estes terem participado de uma intervenção de 15 minutos em forma de apresentação de *slides* para funcionários de um hospital. Constatou-se a melhoria da qualidade das relações entre pacientes e funcionários²⁷.

Todavia, não encontramos pesquisas quantitativas que mensurassem os resultados sobre humanização, antes e depois de treinamentos, sob a perspectiva dos próprios profissionais de saúde. Sendo assim, nosso estudo é um dos primeiros que avaliaram a efetividade, pelo menos no curto prazo, de treinamentos nessa área para médicos e não médicos.

Diante disso, realizamos este estudo que teve como objetivo avaliar a eficácia de um treinamento na área de

humanização para profissionais médicos em comparação com não médicos que atuam na área de saúde mental.

MÉTODO

Local do estudo e participantes

A pesquisa foi realizada no Grupo de Estudos de Álcool e outras Drogas (GREA), localizado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP). O grupo desenvolve trabalhos na área de pesquisa, ensino, assistência e prevenção de álcool, tabaco e outras drogas desde 1981.

Seu método se caracteriza por uma abordagem multidisciplinar, com equipe formada por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeuta ocupacional e educador físico. O grupo é considerado hoje como Centro de Excelência para Tratamento e Prevenção de Drogas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad).

Pesquisa educacional quantitativa

Respeitaram-se os critérios requeridos em uma pesquisa educacional quantitativa. A amostra foi de 54 sujeitos que responderam a um questionário autoavaliativo assinalando escores para as questões propostas.

Aplicou-se a *survey* que é um dos métodos propostos para a realização de uma pesquisa quantitativa. A *survey* envolve a utilização de uma pesquisa de campo, na qual a coleta de dados é feita por meio da aplicação de questionário ou formulário. Escolhemos a *survey* longitudinal porque ela

permite investigar a evolução ou transformações ocorridas em determinadas variáveis durante um espaço de tempo²⁸.

Crítérios de inclusão dos sujeitos

Para que pudessem participar deste estudo, os sujeitos deveriam ser profissionais de saúde atuantes no ambulatório e/ou na enfermaria do GREA.

Implementação do estudo

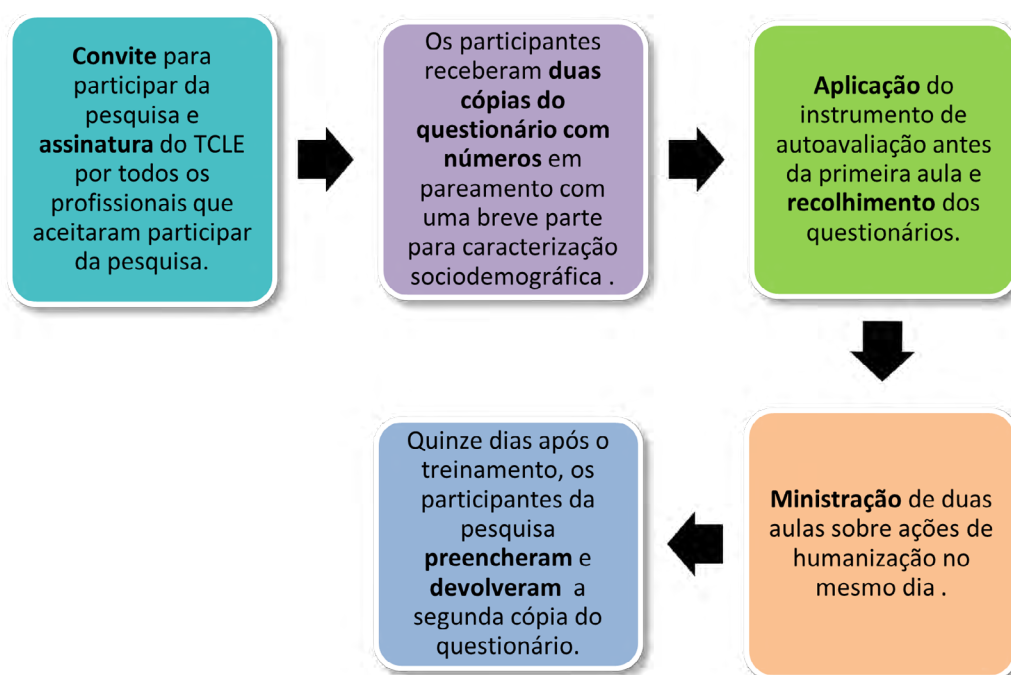
Antes da admissão na pesquisa, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os sujeitos selecionados. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE e responderam a um questionário. Não houve recusa em participar da pesquisa. Em seguida, submeteram-se a um treinamento relacionado à humanização constituído de duas aulas/discussões, totalizando 135 minutos com 15 a 30 minutos de intervalo. Quinze dias após esse treinamento, os sujeitos responderam novamente ao questionário com as mesmas questões.

A Figura 1 mostra o passo a passo para a implementação do estudo. Foram realizados cinco treinamentos sobre humanização: três no mês de novembro de 2017 e dois em julho de 2018. As aulas ocorreram em dias e horários diversificados para que abrangessem um maior número de profissionais.

Instrumento utilizado no treinamento (autoavaliação)

Os profissionais assinalaram um escore para as sentenças contidas no instrumento de acordo com a

Figura 1. Passo a passo para a implementação do estudo.



Fonte: Elaborada pelos autores.

intensidade de suas percepções sobre a importância (i), domínio (d) e quantidade de conhecimento (q) que acreditam possuir sobre humanização.

O questionário distribuído em duas vias continha o mesmo número de registro em cada uma delas para ser possível parear os sujeitos da pesquisa. Dessa forma, a ausência de uma identificação por nome garantia o sigilo de cada participante. Na primeira folha, havia algumas perguntas para a caracterização sociodemográfica. Foi explicado que um dos questionários ficaria com eles para que preenchessem 15 dias após o treinamento e entregassem para a pesquisadora.

O instrumento aplicado é composto por 34 itens, sendo: 11 itens sobre conhecimentos (c), 15 sobre habilidades (h) e 8 sobre atitudes (a) de humanização. Nos questionários, os escores de cada item variam de 0 a 4. Zero significa nenhuma importância, nenhum domínio ou nenhum conhecimento apresentado sobre a sentença exposta; 4 significa (valor máximo para uma sentença) total importância, total domínio e total conhecimento; e 2 e 3 são as pontuações intermediárias.

Eis alguns exemplos das sentenças utilizadas para que os sujeitos pudessem avaliar o conhecimento, as habilidades e as atitudes de que dispunham:

- *Conhecimento*: Ter conhecimento dos resultados do atendimento humanizado.
- *Habilidades*: Explicar ao paciente o que será feito.
- *Atitudes*: Articular meios resolutivos caso não seja você que possa resolver a questão solicitada pelo paciente.

O questionário utilizado nesse projeto foi baseado em estudo de autoavaliação de um programa em uma empresa, publicado em revista científica nacional²⁹.

É importante ressaltar que, para esta pesquisa, as sentenças originais do questionário foram trocadas para o tema de humanização, mantendo-se os parâmetros de análises: conhecimentos, habilidades e atitudes. Diante dessas dimensões, entende-se que esse questionário possibilita a análise sobre competência em humanização de diversos grupos de profissionais da saúde. Essas variáveis são mensuradas por meio dos escores de importância, conhecimento e domínio.

Com o uso do modelo autoavaliativo, visou-se obter uma imparcialidade no estudo, evitando que um avaliador externo influenciasse nas respostas, especialmente no caso de avaliações por um superior ou colega de serviço. Foi conversado com os profissionais para que colocassem veracidade em cada sentença. Os temas solicitados no instrumento foram todos trabalhados no treinamento e baseados na PNH.

Treinamentos: passo a passo para elaboração e preparação do plano de aula

Não encontramos regulamentos ou informações sobre a quantidade de horas necessárias para que se faça um treinamento em humanização.

Dessa forma, optamos por realizar o treinamento em 135 minutos. Entende-se que, por serem profissionais de saúde, os sujeitos já teriam algumas noções sobre o tema, mas que muitas vezes não são percebidas na prática cotidiana. Por conta disso, houve a necessidade de eles se apoderarem da temática com marco teórico para que pudessem perceber que tinham o domínio, a importância e o conhecimento do assunto nas perspectivas teórica e prática.

Para realizar o plano de aula, adotaram-se as seguintes etapas:

- 1) *Preparação*: Os pesquisadores levantaram materiais teóricos e práticos sobre humanização: artigos, vídeos, livros, conferências etc. Após isso, houve a confecção de conteúdos em *slides* baseados em modelos para treinamento. O resultado foi enviado para aprovação de membros do Grupo de Trabalho o de Humanização (GTH) antes da implementação. O GTH é um grupo que atua na promoção e no desenvolvimento da humanização no hospital e é coordenado pelo Núcleo Técnico Científico de Humanização. O IPq-HCFMUSP tem seu GTH, assim como os outros Institutos dentro do HCFMUSP¹.
- 2) *Pré-apresentação*: Houve uma pré-apresentação das aulas para alguns membros do GTH do IPq-HCFMUSP e algumas adaptações para o hospital foram feitas. Inicialmente, realizou-se a reserva de salas mediante a confirmação de profissionais que compareceriam, atentando-nos para os recursos físicos da sala: projetor, computador, cadeiras, mesas e ambiente protegido de barulhos externos.
- 3) *Público-alvo*: O público-alvo desse treinamento foi composto por profissionais que estavam atuando no GREA (médicos e não médicos).
- 4) *Divisão e duração*: Nem todos os profissionais poderiam comparecer no mesmo dia e horário do estudo. Diante disso, foram ministradas as mesmas aulas em cinco dias e horários diferentes (uma pela manhã, três pela tarde e uma entre tarde e noite). Cada treinamento foi composto de duas aulas consecutivas, todas no mesmo dia, com período total de 135 minutos e intervalo de 15 a 30 minutos entre elas. As datas eram fixadas de acordo com conversas prévias com as chefias de cada categoria profissional. Percebeu-se que duas

horas e 15 minutos seriam importantes porque permitiriam que os sujeitos não se ausentassem por muito tempo de cada departamento. Outro fator preestabelecido com as chefias foi a importância de realizar o treinamento em um dia de trabalho normal, para evitar ausências.

5) No conteúdo programático principal da aula, havia as ações de humanização, com base no *Guia técnico-político* para o desenvolvimento da humanização das práticas de saúde utilizado na própria instituição¹. Esse material facilita a orientação de condutas e valores de humanização adotados pela Rede Humanização do Hospital das Clínicas (FMUSP).

6) Teve-se como *objetivo geral* do treinamento ampliar a competência dos sujeitos da pesquisa sobre humanização.

7) Os *objetivos específicos* do treinamento foram:

- Expor aos sujeitos a conceituação teórica da humanização e mostrar algumas práticas que o IPq já realizava sobre ações de humanização.
- Contribuir para a sensibilização de profissionais na prática do cuidado humanizado, reafirmando que o cuidado deve ocorrer de maneira holística.
- Valorizar o que os trabalhadores já realizavam

de humanização com pacientes e entre os profissionais.

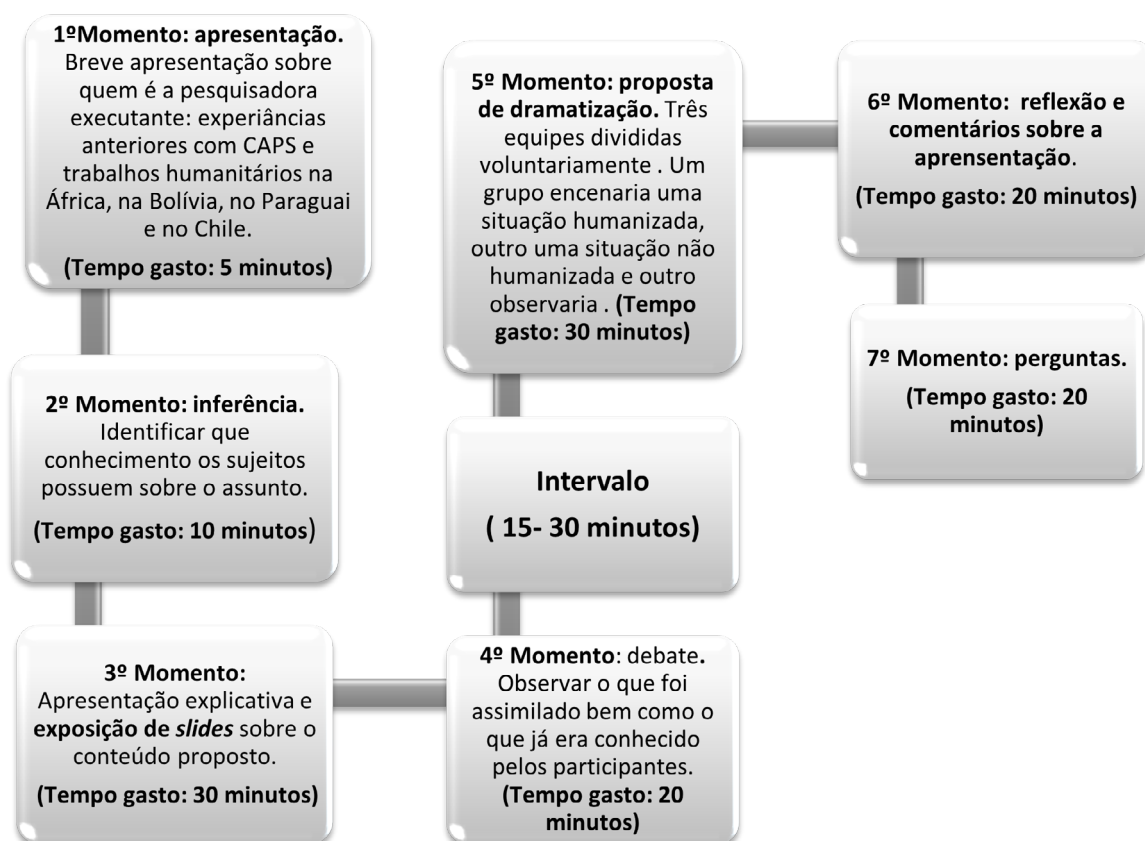
- Valorizar os profissionais de saúde e fortalecer a concepção da humanização interprofissional.
- Esclarecer eventuais dúvidas sobre o tema.

8) *Justificativa*: Muitos profissionais já desenvolvem ações de humanização, porém não conseguem se enxergar no processo por não terem a conceituação da PNH. Essas ações algumas vezes não são realizadas de maneira sistemática e estruturada. Outros profissionais, por sua vez, não executam o atendimento humanizado e, por isso, precisam conhecer e apoderar-se dele para que possam desenvolver atitudes práticas de humanização. Diante disso, treinamentos e difusões de conhecimentos na área de humanização são necessários.

9) *Estratégias de ensino e aprendizagem*: As aulas foram conduzidas por uma enfermeira (primeira autora deste manuscrito) com experiência na área, em parceria com componentes do grupo de humanização do hospital. As estratégias de ensino e aprendizagem são apresentadas na Figura 2.

10) As *avaliações* da aprendizagem foram realizadas de maneira contínua. Na encenação, avaliou-se o

Figura 2. Estratégias de ensino e aprendizagem para treinamento em humanização.



Fonte: Elaborada pelos autores.

quanto foi absorvido do conteúdo do treinamento. No final, as dúvidas foram trazidas e esclarecidas, remetendo também à importância do lúdico para se expressarem. Além disso, realizou-se a autoavaliação por meio do instrumento já explicado.

Número de sujeitos

Usando como hipótese para esse tipo de proposta um possível resultado com efeito esperado de 0,5, significância de 5% e poder de teste de 80%, a amostra deveria ter no mínimo 34 sujeitos. Para estimar o número de sujeitos da pesquisa, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$n = (t_{\{n-1, \alpha/2\}} + t_{\{n-1, \beta\}}) / \delta^2$$

Visando atingir o maior número possível de profissionais, a presente pesquisa selecionou 61 profissionais do GREA.

Análises

Dos 61 sujeitos, dois deixaram colunas em branco na primeira fase da pesquisa, e, dessa forma, seus questionários foram excluídos da análise. Cinco sujeitos que participaram do treinamento não devolveram os questionários em datas acordadas 15 dias após seu treinamento e também foram excluídos. Portanto, foram avaliados 54 profissionais.

Análises de acordo com características sociodemográficas

Para as análises sociodemográficas, usaram-se os testes: *t* de Student, qui-quadrado e Mann-Whitney.

Análises entre as categorias profissionais

Quando verificadas entre as categorias profissionais (médicos e não médicos), os escores dos questionários foram obtidos pela soma (*S*) dos valores de *c+h+a* atribuídos por cada sujeito em cada subitem da coluna descrita no questionário e extraída a média. Posteriormente, os escores médios da *S* de médicos foram comparados com o de não médicos para pré-treinamento, pós-treinamento e para diferença de resultados do pós menos o pré-treinamento por meio dos testes não pareados não paramétricos. Utilizou-se o programa GraphPad Prism 8 para realização dessas análises.

Análises de regressões múltiplas

Foram ajustados modelos de regressões lineares múltiplas para o escore pré-treinamento e para a diferença entre pós *versus* pré-treinamento para as dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes, com o objetivo de avaliar se há diferença significativa entre gêneros, idades, estados civis, filhos, vínculos, religião, anos de serviço e categorias de trabalho.

As significâncias dos efeitos foram verificadas por meio do teste de Wald, e o processo de seleção de variáveis utilizado foi o *forward-backward*, considerando um nível de significância de 0,05.

Para isso, utilizou-se o programa *R* versão 3.6.2.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise do Comitê de Ética do HCFMUSP (CAPesq) e aprovado (nº 2.169.168).

RESULTADOS

Na Tabela 1, são apresentadas as características sociodemográficas dos sujeitos desta pesquisa. O perfil da amostra deste estudo foi o seguinte: sexo feminino (72,2%), solteiros (61,1%), sem filhos (68,5%), com religião (81,5%), com apenas um vínculo profissional (57,4%) e com menos de seis anos de atuação profissional (66,7%). A idade média ficou próxima a 35 anos. Houve diferenças em algumas variáveis sociodemográficas entre médicos e não médicos. O sexo feminino foi mais comum entre não médicos ($p < 0,001$). Com relação a vínculos profissionais, a categoria médica apresentou, em sua maioria, mais de um vínculo ($p = 0,039$). Os não médicos, mais frequentemente, declararam ter alguma religião ($p < 0,001$).

Análises univariadas em diferentes instantes

Na Tabela 2, são apresentadas as médias da soma dos escores em humanização de *c+h+a*. Esses dados caracterizam a competência em humanização autoavaliada na temática antes e depois do treinamento.

Resultados do instante pré-treinamento

No instante pré-treinamento, profissionais médicos apresentaram a média de seus escores (*c+h+a*) 24,4 pontos menores do que profissionais não médicos ($p < 0,0001$).

Resultados do pós-treinamento

No instante pós-treinamento, não se observou diferença de médias dos escores *c+h+a* entre profissionais médicos e não médicos ($p = 0,5702$).

Resultados das diferenças pós *versus* pré-treinamento

Quando se compararam as diferenças da média dos escores dos instantes pós menos pré-treinamento, observou-se que os profissionais médicos apresentaram o aumento da média de seus escores *c+h+a* de 21,65 pontos em relação aos profissionais não médicos ($p = 0,0002$).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra (n = 54).

Medida	Médico	Multiprofissional	Total	p-valor
<i>Idades</i>				
média ± DP	33,4 ± 6,8	35,7 ± 9,7	34,9 ± 8,9	0,318 ^a
mediana [quartis]	32 [30; 33]	33 [28; 39]	32,5 [29; 38]	
<i>Gênero</i>				
Feminino	5/17 (29,4%)	34/37 (91,9%)	39/54 (72,2%)	< 0,001 ^b
Masculino	12/17 (70,6%)	3/37 (8,1%)	15/54 (27,8%)	
<i>Estado Civil</i>				
Casada(o)	7/17 (41,2%)	11/37 (29,7%)	18/54 (33,3%)	0,603 ^b
Separada(o)	0/17 (0%)	2/37 (5,4%)	2/54 (3,7%)	
Solteira(o)	10/17 (58,8%)	23/37 (62,2%)	33/54 (61,1%)	
Viúva(o)	0/17 (0%)	1/37 (2,7%)	1/54 (1,9%)	
<i>Filhos</i>				
Não	11/17 (64,7%)	26/37 (70,3%)	37/54 (68,5%)	0,757 ^b
Sim	6/17 (35,3%)	11/37 (29,7%)	17/54 (31,5%)	
<i>Vínculos</i>				
Com um vínculo	6/17 (35,3%)	25/37 (67,6%)	31/54 (57,4%)	0,039 ^b
Com mais de um	11/17 (64,7%)	12/37 (32,4%)	23/54 (42,6%)	
<i>Anos de Serviço</i>				
mediana [quartis]	1 [1;1]	1 [1;3]	1 [1; 2]	0,311 ^c
DE 2 a 5 anos	13/17 (76,5%)	23/37 (62,2%)	36/54 (66,7%)	0,364 ^b
6 anos ou mais	4/17 (23,5%)	14/37 (37,8%)	18/54 (33,3%)	
<i>Religião</i>				
Não	10/17 (58,8%)	0/37 (0%)	10/54 (18,5%)	< 0,001 ^b
Sim	7/17 (41,2%)	37/37 (100%)	44/54 (81,5%)	

^aTeste *t* de Student, ^bteste qui-quadrado, ^c teste de Mann-Whitney.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2. Escores para competência em humanização nos diferentes instantes da pesquisa.

	Médicos	Não médicos	p-valor
<i>Pré-treinamento</i>			
Média	195,2	219,6	
Mediana	196	225	
Intervalo de confiança	[190,4-200,1]	[208,8-230,5]	
Erro-padrão	2,3	5,4	< 0,0001
<i>Pós-treinamento</i>			
Média	240	242,8	
Mediana	240	243	
Intervalo de confiança	[234,2-245,8]	[237,4-248,2]	
Erro-padrão	2,75	2,6	0,5702
<i>Diferença (pós versus pré-treinamento)</i>			
Média	44,76	23,11	
Mediana	48	14	
Intervalo de confiança	[36,28-53,25]	[15,08-31,14]	
Erro-padrão	4	3,9	0,0002

Fonte: Elaborada pelos autores.

Regressões múltiplas: variáveis envolvidas com a diferença das médias dos escores para médicos

A Tabela 3 mostra os resultados obtidos por meio das regressões lineares múltiplas. Foram consideradas as seguintes variáveis médicas: gênero, idade, estado civil, anos de serviço, filhos e religião. Nessa análise, tentou-se avaliar que variáveis estão associadas ao aumento dos escores de humanização entre médicos. Eis as variáveis: 1. estado civil: casados aumentam menos os escores em comparação aos solteiros ($p = 0,001$); 2. tempo de atuação profissional: profissionais com seis ou mais anos de serviço aumentam mais os escores em comparação aos médicos com até cinco anos de serviço ($p = 0,043$); 3. filhos: médicos com filhos aumentam mais seus escores quando comparados a médicos sem filhos ($p = 0,015$).

Variáveis envolvidas com a diferença das médias dos escores para não médicos

Entre os não médicos, considerando as variáveis: não médicos, gênero, idade, estado civil, anos de serviço, filhos e vínculos, as variáveis envolvidas nas diferenças (pós *versus*

pré) foram: 1. tempo de atuação profissional: a estimativa de aumento para não médicos com seis ou mais anos de serviço é de 24,06 pontos maior em comparação com aqueles com até cinco anos ($p = 0,003$); 2. filhos: o escore total de não médicos com filhos tem uma diferença de aproximadamente 20,64 pontos mais baixa do que não médicos sem filhos ($p = 0,010$).

Regressões lineares envolvendo médicos e não médicos nos mesmos ajustes

Na Tabela 3, podem ser observados os modelos finais dos instantes pré-treinamento e pós-treinamento para todas as variáveis contendo médicos e não médicos nos mesmos ajustes. Percebemos que, no instante pré-treinamento, o fato de se ter seis ou mais anos de serviço influenciou para menores escores em humanização ($p = 0,018$). No pós-treinamento, entretanto, percebemos que ter seis ou mais anos de serviço contribuiu para maiores escores em humanização ($p = 0,005$). Observa-se também que o fato de ser médico influenciou negativamente na autoavaliação sobre humanização em comparação a não médicos ($p = 0,001$). Após o treinamento

Tabela 3. Resultados finais das regressões múltiplas para grupos distintos em instantes diferentes.

	Estimativa	Limite Inferior	Limite superior	p-valor
<i>Modelo final (pós versus pré-treinamento) Médicos</i>				
Perfil-base (médicos)	35,86	21,89	49,84	0,011
Estado civil (casado)	-50,98	-70,17	-31,79	0,001
Anos de serviço (seis ou mais anos)	13,11	2,50	23,73	0,043
Filhos (sim)	38,80	18,84	58,75	0,015
<i>Modelo final (pós versus pré-treinamento) Não médicos</i>				
Perfil-base (Não médicos)	-3,91	-27,71	19,89	0,111
Anos de serviço (seis ou mais anos)	24,06	5,47	42,64	0,003
Filhos (sim)	-20,64	-40,36	-0,92	0,010
<i>Modelo final total (pré-treinamento) Médicos e não médicos</i>				
Perfil-base (não médicos)	245,67	223,15	268,19	< 0,001
Anos de serviço (seis ou mais anos)	-18,88	-34,00	-3,76	0,018
Médicos	-27,11	-42,46	-11,77	0,001
<i>Modelo final total (pós versus pré-treinamento) Médicos e Não Médicos</i>				
Perfil-base (Não médicos)	-0,05	-18,13	18,04	0,996
Anos de serviço (seis ou mais anos)	20,02	6,74	33,30	0,005
Filhos (sim)	-14,93	-28,30	-1,57	0,033
Médicos	25,35	13,31	37,40	< 0,001

Fonte: Elaborada pelos autores.

o fato de estar enquadrado na categoria médica passou a ser fator agregador a humanização ($p < 0,001$). Ter filhos dificultou a autopercepção em humanização entre médicos e não médicos quando comparado a diferença pós *versus* pré-treinamento ($p = 0,033$).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo sugerem que um treinamento sobre humanização foi eficaz na ampliação da autopercepção sobre conhecimento, habilidades e atitudes em humanização entre médicos (residentes de psiquiatria e psiquiatras), em um serviço especializado de tratamento de pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas.

Antes do treinamento, os profissionais não médicos apresentaram escores maiores em humanização do que os médicos, reforçando a noção que esses últimos se percebem menos “humanizados” ou têm menos conhecimento sobre o tema do que os outros profissionais da saúde^{30,31}. Essa diferença passa a não existir na avaliação após o treinamento.

O efeito da intervenção mostrou-se notável para categoria médica, que se mostrou sensível ao tema e apresentou escores semelhantes aos não médicos na segunda avaliação. Os não médicos também melhoraram a autopercepção sobre suas habilidades em humanização, porém os médicos aumentaram mais seus escores que os não médicos. Cabe dizer que não houve dificuldade quanto à aceitação do treinamento em humanização entre os médicos.

Podemos notar que, na amostra do estudo, a quantidade de vínculos empregatícios, o gênero e a religião mostraram diferenças significativas entre médicos e não médicos.

No caso do gênero, possivelmente refletindo um processo de feminização na área da saúde³², essa variável não mostrou influência no aumento das autopercepções em humanização nos instantes pré e pós-treinamentos nos profissionais envolvidos neste estudo quando se realizaram as análises multivariadas por meio de regressões lineares múltiplas.

Um estudo realizado sobre saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de Medicina observou que apenas 20,2% deles associam a questão espiritualidade a uma postura de conduta ética e humanista, e 39,9% associam a humanização à medicina³³. Estudos e revisões vêm mostrando a relevância da espiritualidade na prática clínica e na humanização. Alguns pesquisadores apontam que esse fator amplia a visão da saúde e da qualidade de vida³⁴⁻³⁶.

Apesar dos dados dos estudos citados, nossos resultados não mostraram a associação entre religião e humanização por meio das análises de regressões múltiplas.

Estudos evidenciam que, para aumentarem os ganhos mensais, os médicos exercem a profissão em diversos

locais de trabalho, o que implica a necessidade contínua de locomoção de um lugar para o outro. Há um excesso de demanda no exercício da profissão, número insuficiente de médicos, sobrecarga de trabalho e diminuição do tempo de consulta. Essa situação pode ser, intuitivamente, prejudicial à humanização do atendimento dispensado aos pacientes. Tal rotina poderia prejudicar a qualidade de vida dos médicos e, conseqüentemente, refletir no exercício profissional³⁷⁻³⁹.

Não foi isso que observamos em nossa pesquisa. Apesar da diferença de número de vínculos profissionais (maior número de vínculos na categoria médica) observada na análise univariada, tal variável não foi fator significativo em relação aos escores de humanização nas regressões lineares múltiplas.

A humanização em saúde tem sido constantemente valorizada e incentivada, mas pouco se discute e se publica sobre como treinar profissionais já formados para que possam atuar de maneira mais humanizada. Assim, estudos que avaliem modelos de formação e ensino são essenciais para promover as mudanças necessárias, de modo a aumentar o conhecimento dos profissionais sobre a humanização, aprimorar o domínio do tema e implementar ações humanizadas na atenção à saúde^{40,41}.

Uma revisão de 2016 reuniu 23 artigos sobre humanização publicados no Brasil de janeiro de 2000 a junho de 2012. Desses artigos, 11 eram revisões e 12 envolviam pesquisa de campo qualitativa, e nenhuma foi realizada em hospitais psiquiátricos, reforçando ainda mais a necessidade de estudos como o que realizamos⁴¹.

Outra revisão em 2019, publicada por pesquisadores das universidades de Verona e Johns Hopkins, afirma que há poucas pesquisas quantitativas a respeito da humanização e que seriam interessantes resultados quantitativos na área psicossocial²³. Tendo em vista isso, a nossa pesquisa foi pioneira e inovadora no que se diz respeito a amostras provenientes de um hospital psiquiátrico com profissionais de saúde mental.

Almeida⁴² afirma, em um artigo sobre a (in)formação científica e humanizada dos profissionais da saúde, que a psiquiatria está entre as áreas que mais reconhecem o potencial literário das humanidades médicas. Ainda assim, no Brasil, há poucos estudos sobre humanização com profissionais de saúde mental e menos ainda com médicos psiquiatras.

Na presente pesquisa, um modelo de curta duração (135 minutos), baixo custo e facilmente replicável foi desenvolvido pelos autores e mostrou-se efetivo para treinamento na área de humanização para médicos e também para não médicos. Os atributos listados são importantes porque os profissionais dispõem de pouco tempo para treinamentos, e o custo também é sempre um fator limitante⁴³.

O tema do treinamento aqui avaliado também merece destaque. Recentemente, a humanização tem sido vinculada ao

profissionalismo médico e cada vez mais é objeto de discussão na educação médica⁴⁴. Humanizar o atendimento médico é necessário para reduzir a lacuna entre as expectativas e visões dos médicos e dos pacientes. Os médicos tendem a considerar e supervalorizar os aspectos técnicos, o pragmatismo e o poder do conhecimento na relação médico-paciente, em contraste com os pacientes, que esperam que os médicos sejam confiantes, empáticos, humanos, pessoais, francos e respeitosos⁴⁵⁻⁴⁷.

Novos modelos curriculares aos poucos vêm sendo apresentados pelas faculdades de Medicina^{11,12,48,49}. Acreditamos que isso pode ter influenciado nos resultados do pré-treinamento, mostrando que os profissionais com cinco anos ou menos de serviço apresentam escores maiores em relação aos profissionais que apresentaram seis ou mais anos de serviço. Entretanto, percebemos que essa diferença desapareceu nos pós-treino, sugerindo que médicos com mais tempo de formados possam se beneficiar desse tipo de treinamento.

Diversos artigos vêm trazendo a relevância da humanização do ponto de vista ético. Quando a ética é transgredida, a humanização precisa ser retomada para que os valores humanos possam ser vivificados por meio de atitudes que demonstrem empatia, respeito e solidariedade^{50,51}.

Há exemplos de estudos publicados com enfoque nos processos contra médicos em razão das transgressões do código de ética^{16,52}. Nesses achados, são retomadas as dificuldades relatadas nas relações de médicos com pacientes que poderiam ser interpretadas como debilidades no exercício da humanização, haja vista que acolhimento, práticas do cuidado, empatia e ética englobam a humanização. Em um desses artigos, foi realizada uma análise no contexto da psiquiatria, e constatou-se que profissionais homens com mais de 20 anos de carreira estão entre aqueles que mais são processados⁵². Novamente podemos perceber que quanto maior o tempo de atuação profissional, parece existir mais dificuldade com as práticas ligadas à ética e ao humanismo, havendo então necessidade de treinamentos para retomada desses valores humanizadores.

Uma questão central deste estudo foi a seguinte: "O tempo de treinamento (135 minutos) e a metodologia em geral permitem transmitir informações ou gerar competência em humanização?". Alguns pesquisadores caracterizam a competência por meio de três elementos fundamentais: o conhecimento é o "saber", as habilidades são o "saber fazer", e as atitudes são o "saber agir"⁵³.

Pela sua brevidade e pela ausência de monitoramento dos sujeitos da pesquisa no longo prazo, é difícil, por meio desta pesquisa, avaliar a aquisição de competência. Podemos observar, através da melhora dos escores após o treinamento, que, na percepção dos sujeitos, a transmissão do conhecimento

foi eficaz. Nossa metodologia também não previa avaliação do sujeito fazendo ou agindo. Estudos longitudinais se prestariam melhor para avaliar a aquisição de competência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além de virtudes, o estudo também apresenta limitações:

- Esta pesquisa ocorreu em um hospital com características universitárias. Portanto, o público-alvo foi de profissionais que podem estar mais sensibilizados ao ensino e à pesquisa. A generalização para outros modelos de serviços pode ser prejudicada pela nossa especificidade.
- Obtivemos resultados favoráveis após 15 dias do treinamento. Não sabemos se esses resultados se manteriam por períodos mais longos.
- Não houve um grupo de controle.
- Nossa amostra foi de 54 sujeitos. Embora obtida por meio de cálculos estatísticos, os resultados devem ser replicados em amostras maiores.

Finalizando, este estudo promoveu, por meio de um treinamento rápido, de baixo custo e que pode ser realizado em vários contextos na área da saúde, uma alteração positiva na autopercepção dos atributos (conhecimento, habilidades e atitudes) associados à humanização em médicos e não médicos. Os médicos apresentaram uma melhora mais acentuada da autopercepção na área de humanização do que os outros grupos.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Clara Barbosa Martins: Primeira autora. Participou da concepção da pesquisa, da execução do estudo, da análise dos dados e da redação do manuscrito. Jouce Gabriela de Almeida: Coautora. Participou da concepção da pesquisa e da execução do estudo, e auxiliou na elaboração do manuscrito. André Malbergier: Orientador da pesquisa. Participou da concepção da pesquisa, da supervisão da elaboração do manuscrito e da análise dos dados.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Núcleo Técnico e Científico de Humanização Rede Humaniza FMUSPHC. Guia técnico-político para o desenvolvimento da humanização das práticas de saúde. HCFMUSP; 2017 [acesso em 21 mar 2021]. Disponível em: <https://www.fm.usp.br/humanizacao/conteudo/guia%20tecnico-politico%20humanizacao%20-%20com%20isbn%20-%20versoao%20final.pdf>

2. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet.* 2001;6(1):63-72. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>.
3. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.* 2004;13(3):16-29. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.
4. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) de 22 de julho de 1946 [acesso em 05 mai 2022]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf.
5. Brasil. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS: o que é, como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas). Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 04 abr 2022]. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf.
6. Casate JC, Corrêa AK. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(1):219-26. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100029>.
7. Almeida DV, Chaves EC. O ensino da humanização nos currículos de graduação em Enfermagem. *Einstein.* 2009;7(3): 271-8 [acesso em 07 jul 2022]. Disponível em: https://www.academia.edu/9591992/O_ensino_da_humaniza%C3%A7%C3%A3o_nos_curr%C3%ADculos_de_gradua%C3%A7%C3%A3o_em_enfermagem_Teaching_humanization_in_undergraduate_nursing_education_programs.
8. Romero NS, Pereira-Silva NL. O psicólogo no processo de intervenção da Política Nacional de Humanização. *Psicol Soc.* 2011;23(2):332-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000200014>.
9. Alves FL, Mioto RCT, Gerber LML. A Política Nacional de Humanização e o serviço social: elementos para o debate. *Serviço Social e Saúde (Campinas).* 2015; 6(1):35-52. doi: <https://doi.org/10.20396/sss.v6i1.8634944>.
10. Sousa MSA, Gallian DMC, Maciel RMB. Humanidades médicas no Reino Unido: uma tendência mundial em educação médica hoje. *Rev Med. (São Paulo).* 2012;91(3):163-7 [acesso em 03 fev 2022]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/58978>.
11. Rios IC, Sirino CB. A humanização no ensino de graduação em Medicina: o olhar dos estudantes. *Rev Bras Educ Med.* 2015;39(3):401-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e00092015>.
12. Rios IC, Lopes Junior A, Kaufman A, Vieira JE, Scanavino MT, Oliveira RA. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(1):112-21. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100015>.
13. Haque OS, Waytz A. Dehumanization in medicine: causes, solutions, and functions. *Perspect Psychol Sci.* 2012 Mar;7(2):176-86. doi: <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>.
14. Amore Filho ED, Dias RB, Toledo Jr ACC. Ações para a retomada do ensino da humanização nas escolas de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2018;42(4):14-28. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180056>.
15. Craice BMA, Moreto G. Narratives and humanization in health: the learning of medical students in clinical settings. *Arch Med Fam.* 2019;21(3):111-23 [acesso em 27 jun 2022]. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2019/amf193e.pdf>.
16. Gracindo GCL, Gallo JHS, Nunes R. Threats to bioethical principles in medical practice in Brazil: new medical ethics code period. *Braz J Med Biol Res.* 2018;51(5):e6988. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-431X20176988>.
17. Mélo CB, Rocha LNF de C, Costa TEL da, Gondim FML, Farias GD, Araújo EGO de, et al. Humanização nos cursos de graduação de saúde: desafios para implantação das diretrizes nacionais. *Res Soc Dev.* 2022 May 2;11(6):e42311629325. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29325>.
18. Corsino DLM, Sei MB. A humanização nas grades curriculares de cursos da saúde de universidades públicas paranaenses. *Revista Psicologia e Saúde.* 2019;11(1):43-52. doi: <http://dx.doi.org/10.20435/psa.v0i0.579>.
19. Silva EF, Trajano AS, Nascimento AC, Ferreira ACG, Carneiro CBCM, Santos AN. Estágio curricular de graduação em Serviço Social: experiência em um hospital na região metropolitana do Recife. *Res Soc Dev.* 2021;10(12):e448101220648-e448101220648 [acesso em 08 mai 2022]. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20648/18419>.
20. Damasceno DR. Humanização na saúde e a prática profissional do assistente social. *Res Soc Dev.* 2022 Mar 7;11(3):e54211326828. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26828>.
21. Lacerda N, Senra L. A psicologia da saúde e hospitalar no processo de humanização da assistência às vítimas de acidentes. *Psicologia.pt;* 2015 [acesso em 15 mar 2023]. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0925.pdf>.
22. Silva LA, Vergara AP, Santos Avelar KE, Cardoso FT. Protocolo de avaliação psicológica em hospitais: humanização do atendimento. *Semioses.* 2016;10(3). doi: <https://doi.org/10.15202/1981996x.2016v10n3p13>.
23. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of care: key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *Patient.* 2019 Oct;12(5):461-74. doi: <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>.
24. Prefeitura Municipal do Alegrete. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Alegrete: Secretaria Municipal de Saúde; 2013.
25. Mello VRC. Estratégias de humanização do cuidado em saúde mental: cartografando as intervenções de apoiadores institucionais [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009 [acesso em 14 jan 2022]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/17608>.
26. Barros MEB, Mori ME, Bastos SS. O desafio da PNH nos processos de trabalho: o instrumento do programa de formação em saúde do trabalho. *Cad Saude Colet.* 2006;14(1):31-48 [acesso em 05 mar 2022]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/6565463-O-desafio-da-politica-nacional-de-humanizacao-nos-processos-de-trabalho.html>.
27. Taets GGDC, Lopes CMM, Borba-Pinheiro CJ, Dantas EHM. Quality of care as perceived by patients in a Brazilian hospital: a non-randomized interventional study. *Int Arch Med.* 2017 Sept 15;10(250):1-7. doi: <https://doi.org/10.3823/2520>.
28. Machado LM, Maia GZA, Labegalini ACFB, organizadores. Pesquisa em educação: passo a passo. Marília: Edições M3T Tecnologia e Educação; 2007. v. 2.
29. Magalhães ML, Borges-Andrade JE. Auto e hetero-avaliação no diagnóstico de necessidades de treinamento. *Estud Psicol.* 2001;6(1):33-50. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2001000100005>.
30. Rodrigues JRS, Soares FJP, Alcântara RC. Perspectivas para a educação interprofissional em um hospital de trauma. Atas – investigação qualitativa em saúde. 2018 [acesso em 09 ago 2021]. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1765>.
31. Sarmiento IP, Sarmiento RP, Lisboa KO, Manso GG, Bernardes VRM, Cardoso HC. A humanização na assistência à saúde: uma revisão histórica da literatura. *Rev Educ Saúde.* 2021;9(2):78-87. doi: <https://doi.org/10.37951/2358-9868.2021v9i2.p78-87>.
32. Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athena Digital.* 2013;13(2):239-44 [acesso em]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/118035>.
33. Borges DC, Anjos GL, Oliveira LR, Leite J, Lucchetti G. Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. *Rev Bras Clin Med. São Paulo.* 2013;11(1):6-11 [acesso em]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3380.pdf>.
34. Sá AC, Pereira LL. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. *Mundo Saúde.* 2007;31(2):225-37. doi: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.200731.2.10>.
35. Reginato V, Benedetto MAC, Gallian DMC. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em Medicina e Enfermagem. *Trab Educ Saúde.* 2016;14(1):237-55. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00100>.
36. Dezorzi LW, Crossetti MGO. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008;16(2):212-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000200007>.

37. Maciel RH, Santos JBF, Sales TB, Alves MAA, Luna AP, Feitosa LB. Multiplicidade de vínculos de médicos no estado do Ceará. *Rev Saude Publica*. 2010;44(5):950-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000030>.
38. Cabana MCFL, Ludermir AB, Silva ER, Ferreira MLL, Pinto MER. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(1): 33-40. doi: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000100009>.
39. Gomes AMA, Caprara A, Landim LOP, Vasconcelos MGF. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. *Physis*. 2012;22(3):1101-19. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300014>.
40. Albuquerque ES, Costa MT, Araújo JBS, Vasconcelos IPS, Souza EL de. A Política Nacional de Humanização e a formação dos profissionais de saúde. *Saúde Colet*. 2020;10(59):4172-83. doi: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i59p4172-4183>.
41. Medeiros LMOPM, Batista SHSS. Humanization in training and work in health: a review of the literature. *Trab Educ Saúde*. 2016;14:925-51. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00022>.
42. Almeida P. A (in)formação científica e humanizada dos profissionais da área de saúde: a literatura nas humanidades médicas. *RECIIS*. 2018;12(3). doi: <https://doi.org/10.29397/reciis.v12i3.1521>
43. Blasco PG. The medical humanism: the pursuit of sustainable medical humanization. *Rev Bras Med*. 2011;68(n esp) [acesso em 03 out 2021]. Disponível em: https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2011_mai_o_humanismo_medico_humanizacao_sustentavel_da_medicina.pdf.
44. Hafferty FW. Academic medicine and medical professionalism: a legacy and a portal into an evolving field of educational scholarship. *Acad Med*. 2018;93(4):532-6. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001899>.
45. Berger R, Bulmash B, Drori N, Ben-Assuli O, Herstein R. The patient-physician relationship: an account of the physician's perspective. *Isr J Health Policy Res*. 2020;9(1):33. doi: <https://doi.org/10.1186/s13584-020-00375-4>.
46. Bendapudi NM, Berry LL, Frey KA, Parish JT, Rayburn WL. Patients' perspectives on ideal physician behaviors. *Mayo Clin Proc*. 2006;81(3):338-44. doi: <https://doi.org/10.4065/81.3.338>.
47. Mustika R, Soemantri D. Unveiling the hurdles in cultivating humanistic physicians in the clinical setting: an exploratory study. *Malays J Med Sci*. 2020;27(3):117-24. doi: <https://doi.org/10.21315/mjms2020.27.3.12>.
48. Alves Silva L, Muhl C, Marce Moliani M. Ensino médico e humanização: análise a partir dos currículos de cursos de Medicina. *Psicol Argum*. 2015;33(80). doi: <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.33.080.AO06>.
49. Takahagi FM, Moraes ENS, Beraldi GH, Akamine GK, Basile MA, Scivoletto S. Estudantes de Medicina atuando como doutores-palhaços: estratégia útil para humanização do ensino médico? *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(1):120-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100016>.
50. Verdi M, Finkler M, Matias MCS, Fornasieri N, Castro DD. Em foco a dimensão ético-estético-política da humanização do SUS: efeitos dos processos de formação de apoiadores da PNH nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. *Saúde Transform Soc*. 2014;5(2):29-38 [acesso em 03 jun 2022]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000200005&lng=pt&tlng=pt.
51. Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(2):253-61. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>.
52. Gracindo GC, moreno LV. Medical ethics code: an analysis from ethical-disciplinary cases against medical professionals within the specialty of psychiatry. *Int Arch Med*. 2018;11. doi: <https://doi.org/10.3823/2552>.
53. Ruas R. Mestrado modalidade profissional: em busca da identidade. *Revista de Administração de Empresas*. 2003;43(2):55-63. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-75902003000200004>.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.