

**Clara Barbosa Martins**

**Efeito de um treinamento sobre ações de humanização em um grupo de profissionais que atuam na área de álcool e outras drogas**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Fisiopatologia Experimental  
Orientador: Prof. Dr. André Malbergier

**São Paulo**

**2021**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Martins, Clara Barbosa

Efeito de um treinamento sobre ações de  
humanização em um grupo de profissionais que atuam  
na área de álcool e outras drogas / Clara Barbosa  
Martins. -- São Paulo, 2021.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.

Programa de Fisiopatologia Experimental.  
Orientador: André Malbergier.

Descritores: 1.Humanização da assistência  
2.Tutoria 3.Conhecimento 4.Habilidades 5.Atitudes  
6.Saúde mental 7.Hospitais 8.Transtornos  
relacionados ao uso de substâncias

USP/FM/DBD-013/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais Idvane e Sebastião pelo amor sem limites e incentivo.

Ao meu irmão Gabriel por sempre ampliar minha perspectiva e ser uma mente além de seu tempo.

In memória de minha avó Ondina que implementou a importância dos estudos na família, em uma longevidade rural e sorradeira, nem por isso menos valiosa.

A todos os profissionais de saúde mental, por aceitarem a dívida de aproximarem-se da psiquê humana e dedicarem tempo nos desafios transcendentais ao físico.

## AGRADECIMENTOS

A Jesus, pois ensinou como foi ser o Mestre, sem nunca ter frequentado uma faculdade, suas conquistas foram com simplicidade. Grata pelo exemplo que deixou à humanidade. Defendia a dissertação do Amor e da Compaixão no seu dia a dia.

Ao Dr. André Malbergier, por aceitar ser meu Orientador e realmente ter sido presente em todo processo de aprendizagem que percorri durante essa pesquisa. Agradeço pelas incontáveis correções, sugestões e por ser realmente alguém que executa a humanização no cotidiano. Gratidão por ter aberto as portas do GREA para mim, ter apresentado o IPq e por me possibilitar perceber uma realidade humanizada, além das estruturas do CAPS que era o local ao qual até então eu tinha convívio. Sem dúvidas, uma pessoa admirável.

À Jouce, pessoa iluminada, obrigada por aceitar ser minha coorientadora, me apresentar tantas pessoas, aconselhar, ouvir e ser uma facilitadora. Sem você essa dissertação não seria possível. Não tenho palavras por tudo que viabilizou nesses anos.

Aos Professores Doutores pertencentes às bancas avaliadoras. O Saber é precioso e as intervenções nos fazem crescer.

À Pri, minha amiga corajosa e “sem limites”, obrigada por sempre ouvir meus sonhos de escrever sobre esse tema, e ter sido ponte para que tudo isso acontecesse.

Aos meus amigos: Eduardo e Aisha, agradeço por serem capazes de entender, que há pessoas que precisam de um “help” com a tecnologia “de vez em sempre”, e eu estou entre elas. Gratidão pelos softwares, explicações, e ampliarem meus horizontes nesse mundo remoto e globalizado. Obrigada pelos conselhos e pela extrema paciência em meus momentos de agonia. Acima de tudo isso, por serem amigos de verdade.

Aos amigos Pedro e Meire, o primeiro por ter me ensinado o valor real e imprescindível da enfermagem, a segunda por, muitas vezes, me trazer tantos

desafios no CAPS sendo assim, por ter sido o alicerce para que eu pudesse ir além. Ambos me fizeram perceber a humanização na vida prática com os pacientes que eu atendia na saúde mental. Vocês são pessoas maravilhosas, que quero ter por perto sempre.

À PROSAM e toda a equipe que tive o privilégio de trabalhar, por ter me permitido o primeiro contato com a saúde mental, oficinas de teatro, música, atividades externas e internas que me faziam perceber que era possível implementar um atendimento humano e respeitoso para com o usuário do serviço de saúde.

Às minhas amigas Lulu e Didi por dividirem o lar comigo durante o ano de 2019, terem sido meu amparo, meus ouvidos e tantas vezes as pessoas mais encorajadoras que tive. Obrigada por serem irmãs, com extensão à Ina que, apesar de não dividir o lar, dividiu os ouvidos e as sábias palavras.

À Paula, Jenni e Welligton, pois desde 2013 são parte da minha história, acreditando nos meus sonhos, me socorrendo e plantando amor.

Ao Fabricio e à Jack por todas as idas e vindas para congressos, eventos, correrias. Por cederem a casa, o computador, o tempo, vocês são exemplos de Amor para mim. E também toda a família UPE, pelas risadas e leveza.

À Nany e Jan por serem reflexo da bondade que eu desconhecia. Terem sido suporte mental para minha vida, grandes irmãs.

À CAPES pela concessão de bolsa por um período desse Mestrado.

E a todos os usuários do serviço de saúde mental, que me fazem repensar como ser humano, dia a dia. São um dos braços da razão, somando-se aos profissionais de saúde. Me fazem acreditar no investimento no e do ser humano. Percebo em cada usuário do serviço um ser semelhante a mim. Gratidão pelas similitudes comigo.

À USP: faculdade que me graduei e agora tenho a honra de me tornar Mestre.

**"É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade."**

**Nise da Silveira**

**"A humanização é o caminho pelo qual os homens e as mulheres podem chegar a ser conscientes de si mesmos, de sua forma de atuar e de pensar, quando desenvolvem todas as suas capacidades pensando não somente em si mesmo, mas de acordo com as necessidades dos demais. ... Humanização e desumanização são possibilidades dos homens como seres inconclusos e conscientes da sua inconclusão. Mas se ambas constituem uma possibilidade só a primeira parece constituir a vocação do homem."**

**Paulo Freire**

## NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

## SUMÁRIO

Lista de abreviaturas	
Lista de tabelas	
Lista de quadros	
Lista de figuras	
Resumo	
Summary	
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>1.1 Humanização: definições e relevância.....</b>	<b>02</b>
<b>1.2 Contextualização: Humanização no cenário mundial.....</b>	<b>03</b>
<b>1.3 Humanização no cenário da saúde mental e a intertextualidade com a Reforma Psiquiátrica.....</b>	<b>04</b>
<b>1.4 O Brasil e a Humanização.....</b>	<b>05</b>
<b>1.5 Ações de Humanização no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), de acordo com o Guia Técnico-político para o desenvolvimento da Humanização das Práticas de Saúde....</b>	<b>07</b>
<b>1.5.1 Acolhimento.....</b>	<b>08</b>
<b>1.5.2 Gestão Participativa.....</b>	<b>09</b>
<b>1.5.3 Ambiência.....</b>	<b>09</b>
<b>1.5.4 Ações educativas e Educação Permanente.....</b>	<b>09</b>
<b>1.5.5 Arte e cultura popular.....</b>	<b>10</b>
<b>1.5.6 Práticas de cuidado, bem estar e qualidade de vida.....</b>	<b>10</b>
<b>1.6 O Desafio de pensar-se em Humanização e Saúde Mental, para além da estrutura de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).....</b>	<b>10</b>
<b>1.7 Dependência Química e Humanização.....</b>	<b>12</b>
<b>1.8 O elo entre o local de estudo escolhido e o tema em questão.....</b>	<b>13</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>



<b>2.1</b>	Artigos encontrados sobre humanização que apresentam análises quanti-qualitativas, sem a presença de intervenções ou treinamentos.....	16
<b>2.2</b>	Artigos encontrados sobre humanização que apresentam a presença de intervenções ou treinamentos e apresentam análises numéricas.....	17
<b>2.3</b>	A importância do treinamento em saúde e a valorização do trabalhador.....	19
<b>3.</b>	OBJETIVOS.....	21
<b>3.1</b>	Objetivo Geral.....	22
<b>3.2</b>	Objetivos Específicos.....	22
<b>4.</b>	JUSTIFICATIVA.....	23
<b>5.</b>	METODOLOGIA.....	25
<b>5.1</b>	Método adotado para a pesquisa.....	26
<b>5.2</b>	Caracterização do Local.....	28
<b>5.3</b>	Critérios de Inclusão dos sujeitos.....	29
<b>5.4</b>	Implementação do Estudo.....	29
<b>5.5</b>	Instrumento utilizado no treinamento (autoavaliação).....	31
<b>5.6</b>	Treinamentos: passo a passo para elaboração e preparação do plano de aula.....	32
<b>5.7</b>	Número de Sujeitos.....	39
<b>5.8</b>	Análises.....	39
<b>5.8.1</b>	Análises de acordo com características sociodemográficas.....	40
<b>5.8.2</b>	Análises sobre: conhecimentos, habilidades e atitudes.....	40
<b>5.8.3</b>	Análises dentro das categorias profissionais.....	40
<b>5.8.4</b>	Outras considerações sobre as análises acima.....	41
<b>5.8.5</b>	Análises de regressões múltiplas.....	41
<b>5.8.6</b>	Representações das análises.....	42
<b>6.</b>	RESULTADOS.....	43

<b>6.1</b> Caracterizações dos sujeitos da pesquisa .....	44
<b>6.2</b> Resultados entre dados sociodemográficos e competência em humanização.....	49
<b>6.2.1</b> Gênero e competência em humanização.....	49
<b>6.2.2</b> Filhos e competência em humanização.....	51
<b>6.2.3</b> Estado Civil e competência em humanização.....	52
<b>6.2.4</b> Quantidade de vínculos empregatícios e competência em humanização.....	52
<b>6.2.5</b> Tempo de atuação profissional e competência em humanização.....	53
<b>6.2.6</b> Religião e competência em humanização.....	54
<b>6.3</b> Comparações sobre a autopercepção do conhecimento.	55
<b>6.3.1</b> Importância atribuída ao conhecimento.....	55
<b>6.3.2</b> Quantidade de conhecimento.....	56
<b>6.4</b> Comparações sobre a autopercepção das habilidades....	57
<b>6.4.1</b> Importância atribuída às habilidades.....	57
<b>6.4.2</b> Domínio atribuído às habilidades.....	57
<b>6.5</b> Comparações sobre autopercepções em atitudes.....	59
<b>6.5.1</b> Importância atribuída às atitudes.....	59
<b>6.5.2</b> Domínio atribuído às atitudes.....	59
<b>6.6</b> Impacto do treinamento em cada categoria profissional..	62
<b>6.6.1</b> Comparações por categorias de profissionais.....	62
<b>6.7</b> Resultados das estimativas para cada variável (i, q e d) sobre: conhecimentos, habilidades e atitudes em humanização e a relação com as características sociodemográficas da amostra.....	65
<b>6.7.1</b> Conhecimento: Importância atribuída ao conhecimento em humanização no instante pré-treinamento	66
<b>6.7.2</b> Conhecimento: Importância atribuída ao conhecimento em humanização (Pós vs Pré-treinamento)....	67
<b>6.7.3</b> Conhecimento: Quantidade de conhecimento que acreditam ter em humanização no instante pré-treinamento.	69
<b>6.7.4</b> Conhecimento: Quantidade de conhecimento que	

acreditam ter em humanização no instante (pós vs pré-treinamento).....	70
<b>6.7.5</b> Habilidades: Importância atribuída sobre ter-se habilidades em humanização (pré-treinamento).....	71
<b>6.7.6</b> Habilidades: Importância atribuída sobre ter-se habilidades em humanização (pós vs pré-treinamento).....	72
<b>6.7.7</b> Habilidades que acreditam dominar em humanização (pré-treinamento).....	74
<b>6.7.8</b> Habilidades que acreditam dominar em humanização (pós vs pré-treinamento).....	75
<b>6.7.9</b> Atitudes: A importância atribuída às atitudes de humanização (pré-treinamento).....	77
<b>6.7.10</b> Atitudes: Importância atribuída às atitudes de humanização (pós vs treinamento).....	78
<b>6.7.11</b> Atitudes: Domínio atribuído sobre atitudes de humanização (pré-treinamento).....	79
<b>6.7.12</b> Atitudes: Domínio sobre atitudes de humanização (pós vs pré).....	80
<b>7. DISCUSSÃO</b> .....	82
<b>7.1</b> Comparativo com outros estudos de intervenção.....	83
<b>7.2</b> Discussão sobre análises sociodemográficas dessa amostra.....	86
<b>7.3</b> Discussão comparativa dos instantes pré-treinamento, variáveis envolvidas e categorias profissionais.....	92
<b>7.4</b> Discussão comparativa do impacto do treinamento (pós vs pré) e das variáveis envolvidas.....	97
<b>8. CONCLUSÃO</b> .....	101
<b>8.1</b> Limitações do estudo.....	102
<b>8.2</b> Forças do Estudo.....	102
<b>9. ANEXOS</b> .....	104
<b>10. REFERÊNCIAS</b> .....	117
<b>APÊNDICE</b> .....	130

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância
CAPpesq	Comitê de Ética do HCFMUSP
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas
CINAHL	Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CHA	Conhecimentos, Habilidades ou/e Atitudes
EUA	Estados Unidos da América
FMUSPHC	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Hospital das Clínicas
GREA	Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas
GTH	Grupos de Trabalho de Humanização
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IC	Intervalo de Confiança
IPqHC-FMUSP	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
LI	Limite Inferior
LS	Limite Superior
NTH	Núcleo Técnico e Científico de Humanização
OMS	Organização Mundial da Saúde
PFST	Programa de Formação em Saúde do Trabalho
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
Portal BVS	Portal da Biblioteca Virtual de Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESP	Universidade Estadual de São Paulo
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Características sociodemográficas da amostra (n=54)....	44
<b>Tabela 2 -</b>	Características sociodemográficas da amostra por categoria profissional (n=54 profissionais).....	46
<b>Tabela 3 -</b>	Medidas sobre idades dos profissionais participantes da capacitação.....	48
<b>Tabela 4 -</b>	Auto avaliações Pré e Pós-treinamento.....	61
<b>Tabela 5 -</b>	Comparações por categorias profissionais – Pós teste vs Pré teste em cada grupo de profissionais.....	62
<b>Tabela 6 -</b>	Ajuste completo para: Importância atribuída em ter-se conhecimento (pré-treinamento).....	67
<b>Tabela 7 -</b>	Variáveis relacionadas à: Importância atribuída em ter-se conhecimento (pré-treinamento).....	67
<b>Tabela 8 -</b>	Ajuste completo para: Importância atribuída em ter-se conhecimento (pós vs pré).....	68
<b>Tabela 9 -</b>	Variáveis relacionadas à: Importância atribuída em ter-se conhecimento (pós vs pré-treinamento).....	68
<b>Tabela 10 -</b>	Ajuste completo para: Quantidade de conhecimento que acreditam ter em humanização( pré-treinamento).....	69
<b>Tabela 11 -</b>	Variáveis associadas a: Quantidade de conhecimento que acreditam ter em humanização (pré-treinamento).....	69
<b>Tabela 12 -</b>	Ajuste completo para: Quantidade de conhecimento que acreditam ter em humanização (pós vs pré).....	70
<b>Tabela 13 -</b>	Variáveis associadas à: Quantidade de conhecimento que acreditam ter em humanização (pós vs pré).....	71
<b>Tabela 14 -</b>	Ajuste completo para: Importância atribuída sobre ter-se habilidades em humanização (pré-treinamento).....	72
<b>Tabela 15 -</b>	Variáveis associadas à: Importância atribuída sobre ter-se habilidades em humanização (pré-treinamento).....	72
<b>Tabela 16 -</b>	Ajuste completo para: Importância atribuída sobre ter-se habilidades em humanização (pós vs pré).....	73
<b>Tabela 17 -</b>	Variáveis associadas à: Importância atribuída sobre ter-se habilidades em humanização (pós vs pré).....	74
<b>Tabela 18 -</b>	Ajuste Completo para: Habilidades que acreditam dominar em humanização (pré-treinamento).....	74
<b>Tabela 19 -</b>	Variáveis associadas às: Habilidades que acreditam dominar em humanização (pré-treinamento).....	75
<b>Tabela 20 -</b>	Ajuste completo para: Habilidades que acreditam dominar em humanização (pós vs pré).....	76
<b>Tabela 21 -</b>	Variáveis associadas às: Habilidades que acreditam dominar em humanização (pós vs pré).....	76
<b>Tabela 22 -</b>	Ajuste completo para: A importância atribuída as atitudes de humanização (pré-treinamento).....	77
<b>Tabela 23 -</b>	Variáveis associadas às: Importância atribuída as atitudes de humanização (pré-treinamento).....	78
<b>Tabela 24 -</b>	Ajuste completo para: Importância atribuída às atitudes de humanização (pós vs pré-treinamento).....	78

<b>Tabela 25 -</b>	Variáveis associadas às: Importância atribuída às atitudes de humanização (pós vs pré-treinamento).....	79
<b>Tabela 26 -</b>	Ajuste completo para: Domínio sobre atitudes de humanização (pré-treinamento).....	79
<b>Tabela 27 -</b>	Variáveis associadas ao: Domínio sobre atitudes de humanização (pré-treinamento).....	80
<b>Tabela 28 -</b>	Ajuste completo para: Domínio sobre atitudes de humanização (pós vs pré).....	80
<b>Tabela 29 -</b>	Variáveis associadas ao: Domínio sobre atitudes de humanização (pós vs pré).....	81

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1 -</b> Caracterização dos estudos de intervenção e/ou com análise estatísticas relacionadas a humanização em saúde mental (dependência química). Acessos no período de 2012 a 2019.....	18
--	----

**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1 -</b>	Representação em quatro fases do ciclo básico da investigação ação.....	27
<b>Figura 2 -</b>	Passo a Passo sobre a implementação do estudo.....	30
<b>Figura 3 -</b>	Passo a Passo da estratégia de ensino aprendizagem..	38
<b>Figura 4 -</b>	Média de vínculos por categoria profissional.....	49
<b>Figura 5 -</b>	Gêneros e competência em humanização.....	50
<b>Figura 6 -</b>	Filhos e competência em humanização.....	51
<b>Figura 7 -</b>	Vínculos empregatícios e competência em humanização.....	53
<b>Figura 8 -</b>	Religião e competência em humanização.....	55
<b>Figura 9 -</b>	Comparações sobre a autopercepção do conhecimento em humanização.....	56
<b>Figura 10 -</b>	Comparações sobre a autopercepção das habilidades em humanização.....	58
<b>Figura 11 -</b>	Comparações sobre autopercepções em atitudes em humanização.....	60
<b>Figura 12 -</b>	Profissionais: Enfermeiras e Residentes de Enfermagem.....	63
<b>Figura 13 -</b>	Categorias: Psiquiatras e Residentes de Psiquiatria.....	64
<b>Figura 14 -</b>	Categorias: Técnicos de enfermagem, Psicólogas e Assistentes Sociais.....	65



## Resumo

Martins CB. *Efeito de um treinamento sobre ações de humanização em um grupo de profissionais que atuam na área de álcool e outras drogas* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

**INTRODUÇÃO:** Em 2003, a Política Nacional de Humanização foi lançada e, até o momento, não há muitos dados publicados sobre este tema. Também não há estudos suficientes sobre treinamento e capacitação de profissionais de saúde mental que trabalham em ambiente hospitalar, nem tampouco como eles percebem e executam ações de humanização. **OBJETIVO:** Esta pesquisa teve como objetivo avaliar o efeito de um treinamento em humanização para profissionais de saúde mental do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **MÉTODOS:** O GREA é um serviço que realiza atendimentos, pesquisas e ensino na área das dependências e está inserido em um hospital universitário. Um modelo de treinamento na área de humanização foi desenvolvido pelos autores e consistia em duas sessões de treinamento com exposição do tema, discussão e promoção de uma dramatização sobre situações de atendimento, seguidas de debates entre os profissionais. Os principais conteúdos abordados foram: Acolhimento, Gestão Participativa, Ambiência, Ações Educativas e Educação Permanente para o Colaborador, Arte e Cultura e Práticas do Cuidado. Visando avaliar o impacto desse treinamento, os participantes responderam, antes e depois do treinamento, a um questionário composto por 34 itens que avaliava três dimensões de humanização: conhecimentos, habilidades e atitudes, mensurados pela: importância (i), quantidade de conhecimento (q) e domínio (d) sinalizados para as dimensões. Para a análise dos resultados, utilizamos o Teste t-Student, Análise de Variância de Uma Via (ANOVA) e Regressões Lineares Múltiplas. Foram selecionados 54 profissionais (médicos psiquiatras, residentes de psiquiatria, enfermeiros, residentes de enfermagem, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos). **RESULTADOS:** Os resultados

mostraram que houve aumento das médias dos escores no pós-treinamento quando comparadas aos pré ( $p < 0,05$ ). As diferenças pós vs pré foram em: conhecimentos, habilidades e atitudes. Entre as categorias profissionais as residentes de enfermagem foram as que apresentaram maior escore nos pós, seguidas dos psiquiatras, enfermeiras, residentes de psiquiatria, técnicos de enfermagem, psicólogas e assistentes sociais, considerando o Intervalo de Confiança de 95% e  $p < 0,05$ . Com uso das regressões lineares múltiplas, constatou-se que: gênero, tempo de atuação profissional, estado civil, vínculos empregatícios e/ou ter ou não filhos foram variáveis sociodemográficas que mostraram associações com os escores em humanização. A religião não mostrou nenhuma influência nestes escores. **CONCLUSÕES:** Concluímos que é possível melhorar o conhecimento, o domínio e a importância da humanização por parte de profissionais de saúde mental através de um treinamento rápido e de baixo custo que pode servir de base para implementação de iniciativas semelhantes em vários locais do Brasil e do mundo.

**Descritores:** Humanização da assistência; Tutoria; Conhecimento; Habilidades; Atitudes; Saúde Mental; Hospitais; Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

## Abstract

Martins CB. *Effect of a training on humanization actions in a group of professionals working in the area of alcohol and other drugs* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2021.

**INTRODUCTION:** In 2003, the National Humanization Policy was launched. So far, there is not much published data on this subject. There is also no sufficient data about training and qualification in this theme for mental health professionals who work in a hospital environment neither how they perceive and execute humanization action. **OBJECTIVE:** The objective of this study was to evaluate the effect of a training in humanization for health professionals from the Interdisciplinary Group on Alcohol and Drug Studies (GREA) at the Institute of Psychiatry of the *Hospital das Clínicas* of the University of São Paulo's Medical School. **METHODS:** GREA is a service that provides care, research, and teaching services in the field of addiction and it is part of a university hospital. A training model in humanization was developed by the authors. It consisted of two training sessions about the subject that includes discussions and dramatization about situations of care, followed by a debate among the professionals. The main subjects addressed were: Reception, Participative Management, Ambience, Educational Actions and Permanent Education for Employees, Art & Culture and Care Practices. To evaluate the impact of this training, the participants answered, before and after the training, a questionnaire composed of 34 items evaluating three dimensions of the subject: knowledge, skills and attitudes, measured according to the importance (i), amount of knowledge (q) and mastery (d) signaled for the dimensions. The Student's t test, one-way analysis of variance (ANOVA) and multiple linear regressions were used to analyze the results. Fifty-four professionals were selected (psychiatrists, psychiatric residents, nurses, nursing residents, nursing technicians, social workers, and psychologists). **RESULTS:** The results showed an increase in the means of the post-training scores when compared to the pre-training ( $p < 0.05$ ). The post vs. pre differences were observed for: knowledge,

skills and attitudes. Among the professional categories, nursing residents presented the highest post-training score followed by psychiatrists, nurses, psychiatric residents, nursing technicians, psychologists and social workers, considering a confidence interval of 95% and  $p < 0.05$ . The multiple linear regressions revealed that the socio-demographic variables associated with humanization scores were: gender, length of professional experience, marital status, employment relationships, and/or having children. Religion was not associated with those scores. **CONCLUSIONS:** We conclude that it is possible to improve the knowledge, mastery and importance of humanization in mental health professionals through a fast and low-cost training, which may serve as a base for the implementation of similar initiatives in various locations in Brazil and the world.

**Descriptors:** Humanization of assistance; Mentoring; Knowledge; Skills, Attitude; Mental health; Hospitals; Substance-related disorders.

## 1. INTRODUÇÃO

---

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Humanização: definições e relevância

Dentre os diversos conceitos de humanização em saúde, destaca-se: “O conjunto de valores, técnicas, comportamentos e ações que, construídas dentro de seus princípios, promovem a qualidade das relações entre pessoas nos serviços de saúde”, descrito no Guia Técnico-político para Desenvolvimento da Humanização das Práticas de Saúde, em 2015<sup>1</sup>.

Humanizar tem em seu significado o fato de “dar condição humana” a alguma ação ou atitude, trazendo em sua essência o “ser benévolo, afável e tratável”. A humanização considera o indivíduo como único e complexo, remetendo ao exercício do respeito e compaixão para com o próximo<sup>2</sup>.

Quando se lê esses e outros conceitos sobre humanização considerando a aplicabilidade de cada um deles na saúde, podemos observar que há um desafio na execução da humanização na prática cotidiana do profissional.

Atualmente, os avanços tecnológicos na saúde podem ser vistos como um desses desafios por favorecer atitudes menos humanizadas e promover um distanciamento entre profissionais de saúde e usuários.

A importância dos avanços e uso da tecnologia em saúde é discutida, por exemplo, por autoras como Goulart e Chiari<sup>3</sup>. Elas constatarem que, apesar desse cenário, há necessidade de se considerar as dimensões humanas nas práticas do cuidado como por exemplo as linguagens verbais e não verbais de usuários para com os profissionais e os valores culturais, vivenciais e psicológicos do processo saúde-doença. Sendo assim, essas autoras enfatizam não ser possível a eliminação do contato entre usuários do serviço de saúde e profissionais, afirmando que, na saúde, existe a necessidade de vínculo, o que implica em relações de “confiança, respeito e reciprocidade”<sup>3</sup>.

## 1.2 Contextualização: Humanização no cenário mundial

As autoras Carraro e Elisa\* (2001) citadas por Machado e Sabetzki<sup>4</sup> (2017), apontam a enfermeira britânica Florence Nightingale (1820-1910) como exemplo de uma profissional que levou em consideração os componentes físicos, intelectuais, sociais, emocionais e espirituais no atendimento dos sujeitos. Desta forma, podemos notar um exemplo de primórdio de humanização em profissões como a enfermagem.

Em outras profissões como a medicina, por exemplo, existem relatos por autores como Lopes e Lichtenstein<sup>5</sup>, em 2007, a respeito de determinado médico de nome Osler (1849-1919) no Hospital da John Hopkins, que era conhecido pelo seu carisma, otimismo, compaixão e por um “humanismo que se traduzia em palavras e ações”. Esses profissionais, são exemplos de como o tema da humanização, apesar de atual, remete-se à história das profissões em saúde.

Do ponto de vista do usuário do serviço de saúde, são bem descritos alguns marcos do pensar-se em humanização. No ano de 1972, em São Francisco (EUA), houve um movimento de humanização da assistência a partir de um simpósio intitulado “Humanizing Health Care”. Esse evento pretendeu identificar o que seria a divergência entre humanização e desumanização do cuidado em saúde e discutir maneiras de implementar o cuidado humanizado<sup>6</sup>.

Segundo Fortes<sup>7</sup>, no ano de 1972, houve a emissão da primeira declaração de direitos dos pacientes no Hospital Mount Sinai, em Boston, nos Estados Unidos. Um ano depois, a Associação Americana de Hospitais lançou a “Patient's Bill of Rights” (Carta dos Direitos dos Pacientes), que passou por um processo de revisão no ano de 1992.

Um outro documento que possibilitou a fundamentação teórica e prática da humanização foi o conhecido Alma-Ata, emitido na Conferência Internacional

---

\* Carraro V, Elisa T: Enfermagem e Assistência Resgatando Valores de Florence Nightingale, AB Editora; 2001. P2

sobre Cuidados Primários de Saúde na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), em 1978. Essa conferência enfatizou que era direito dos povos participarem individualmente e coletivamente no planejamento e execução dos seus cuidados de saúde e salientou a, até então, desigualdade existente no estado de saúde dos povos em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos<sup>7, 8</sup>.

Outros documentos foram escritos na Europa em 1979 e 1984 afirmando sobre o direito de pacientes aceitarem ou recusarem as intervenções de saúde sugeridas e também o direito de receberem notícias quanto aos acontecimentos de suas evoluções na saúde<sup>7</sup>.

Observa-se que entre os períodos citados nos últimos dois parágrafos, o cenário mundial era o de guerra fria (1945-1991). Em um artigo, a autora Almeida<sup>9</sup> escreve sobre o crescimento do uso da biotecnologia em diversos períodos, ressaltando seu uso como enaltecimento do pensamento político-militar neste contexto mencionado.

### **1.3 Humanização no cenário da saúde mental e a intertextualidade com a Reforma Psiquiátrica**

Durante a Guerra Fria, o conceito de saúde também foi reformulado. Segundo a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>10</sup>, de 1946, deveria ser levada em conta a completude do bem estar físico, mental e social do indivíduo e não mais apenas a ausência de doença. A partir dessa premissa, percebeu-se que o usuário do serviço não poderia ser avaliado apenas pelo modelo biomédico, tido por muitos até essa época, como hegemônico e único. O estado mental do sujeito, para que fosse considerado saudável, passaria a ter que ser levado em consideração.

Esse conceito de saúde foi aplicado por médicos como Franco Basaglia (1924-1980): psiquiatra italiano, conhecido por ser um dos precursores da humanização em saúde mental. Além de não enxergar a doença mental como



rotulagem, ele embasava seus atos por meio de estudos que traziam proximidade com o tipo de filosofia europeia mais aberta ao ser humano em sua complexidade. Este médico foi influenciado pela perspectiva histórica de outros estudiosos como Foucault e Goffman<sup>11</sup>.

Surgiu então a Reforma Psiquiátrica na Itália. Os ideais desse movimento posteriormente inspiraram o cenário brasileiro em saúde mental, com a chamada “psiquiatria democrática”, que chegou ao Brasil por volta de 1970<sup>12</sup>.

Estudiosos referem que nos antigos modelos de asilos psiquiátricos conhecidos como manicômios, os pacientes eram acometidos de violência institucional, havendo um processo de despersonalização do indivíduo<sup>11,13</sup>. Não era respeitado o ser humano em sua autonomia e integralidade gerando, por exemplo, dificuldades no poder de tomar decisões ao sair de uma internação. Atos que aconteciam no antigo modelo manicomial vão contra o que a humanização preconiza, podendo ser considerados como gestos desumanos.

Sobre a importância da humanização na reforma psiquiátrica, de acordo com Trajano e Silva (2012),<sup>14</sup> destaca-se:

a humanização na saúde mental ganha um sentido mais ampliado (...) faz-se necessário ir ao ponto de raiz da humanização: o reconhecimento do outro como ser igual a mim – em direitos, e radicalmente distinto, em sua subjetividade.

Com esse trecho pode ser percebido que, dentro da saúde mental, a humanização carrega consigo uma intertextualidade, com os valores de equidade e igualdade para com o atendimento do usuário do serviço de saúde, muito apregoados durante e após a reforma psiquiátrica.

#### **1.4 O Brasil e a Humanização**

O início da humanização no Brasil é difícil de precisar, já que o termo humanização tem diversas abrangências, tais como:

Na dimensão do micro (dia a dia do profissional no exercício de sua função), acredita-se que, de alguma forma, sempre aconteceu a humanização, mesmo que não fosse nomeada assim. Portanto é impossível definir com datas, sendo que muitos profissionais de saúde sempre agiram de modo humanizado. Já no âmbito do macro, com a intenção de um fazer coletivo, um processo de gestão institucional e nacional, será abordado nos próximos parágrafos.

No Brasil, destacam-se dois marcos fundamentais: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) de (2000), e a Política Nacional de Humanização (PNH) de (2003)<sup>15,16</sup>.

Todavia, mesmo antes dessas duas fundamentações na área, já havia leis que abrangiam a promoção à saúde e traziam consigo o eixo humanizado: Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente)<sup>16</sup> em que garante no Título II Capítulo I e artigo 7º “o direito de proteção à vida e à saúde de toda criança e adolescente em condições dignas e desenvolvimento harmonioso e sadio”<sup>16,17</sup>. Outra lei que surgiu anteriormente à PNH, foi a Lei 9.029, de 13 de abril de 1995 (Direitos da Mulher, Gestante, Parturiente e Lactante) que proíbe práticas discriminatórias, em relações jurídicas de trabalho, que tenham a ver com: exames, testes, laudos, atestados e outros documentos de saúde<sup>16,18</sup>.

Além dessas leis, existiram diversas outras que exercem conexão com a humanização, como: Lei dos Direitos dos Pacientes Portadores de HIV (1996), Lei de Direitos a Pacientes com Câncer (1999), Lei 10.2016 de Direito das pessoas Portadoras de Doenças Mentais (2001)<sup>16</sup> etc.

Os autores Benevides e Passos<sup>15</sup>, em um dos seus artigos, referem que o nascimento da Humanização no Brasil foi um conceito-sintoma, em que sua aplicação fora muitas vezes confundida com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A aprovação do SUS<sup>19</sup> em 1988 passou, por meio do Artigo 196, a garantir o “acesso universal e igualitário às ações e a serviços”. Desta forma, entendemos que em sua criação já havia um eixo humanizado, porém essa não foi a criação da humanização como política nacional propriamente dita.

Entre os anos de 1999 e início de 2000, o SUS passava por um esgotamento, e havia necessidades de melhoria das condições de trabalho, atendimentos, reduções de filas, atenção às gestantes e a públicos específicos. Para isso foram criados alguns programas de saúde nacionais que traziam, de formas distintas e para diferentes necessidades, valores de humanização<sup>15</sup>.

No ano 2000, o Ministério da Saúde criou o PNHAH que, segundo Rios (2009)<sup>20</sup>:

Esse programa estimulava a disseminação das ideias da humanização, os diagnósticos situacionais e a promoção de ações humanizadoras de acordo com realidades locais. Inovador e bem construído por um grupo de psicanalistas, o programa tinha forte ênfase na transformação das relações interpessoais pelo aprofundamento da compreensão dos fenômenos no campo das subjetividades.

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou a PNH, vista por muitos com a emblemática “o SUS que dá certo”<sup>\*15,21</sup>. Como política e não mais como um programa hospitalar, desde então, vem atuando de forma transversal à diferentes tipos de ações e instâncias gestoras do SUS<sup>21,22</sup>.

A PNH passou, a partir do conhecimento prévio de cada trabalhador, a traduzir os princípios do SUS a diferentes equipamentos da rede de diversos modos. Dessa forma, estendeu-se o alcance para um processo de saúde em rede com a “valorização dos diferentes sujeitos envolvidos na produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores”<sup>22</sup>. Varela<sup>23</sup>, em 2003, descrevera o contexto de rede HumanizaSUS como “reencantamento do concreto”

## **1.5 Ações de Humanização no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), de acordo com o**

---

\* Citado por Benevides e Passos: “No XII Congresso Nacional Saúde, a PNH fez sua primeira apresentação nacional. Na ocasião, foi feito um registro das imagens do estande HumanizaSus onde os delegados falavam depoimentos acerca de experiências de humanização da saúde em seus municípios. Essas imagens foram editadas no vídeo “PNH na XII CNS” (2004) em que as falas dos delegados apareciam sob o emblema “O SUS que dá certo”.

## **Guia Técnico-político para o desenvolvimento da Humanização das Práticas de Saúde**

Um dos marcos importantes sobre essa temática, em São Paulo, ocorreu no ano de 2010 a partir da criação da Rede Humaniza FMUSPHC (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Hospital das Clínicas) que promove o desenvolvimento da humanização em todos os locais geridos pela rede. Em 2012, foi criado o Núcleo Técnico e Científico de Humanização (NTH) que adota como referencial teórico as políticas públicas estadual e federal<sup>24</sup>. Os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) são coordenados pelo NTH. Dentre eles, há o GTH do Instituto de Psiquiatria, atuando conjuntamente em uma estrutura de rede com mais alguns GTHs e a comissão de humanização.

De acordo com o guia institucional desenvolvido pelo NTH da rede humaniza FMUSPHC, as ações de humanização são definidas<sup>1</sup> como “dispositivos para desenvolvimento de práticas”. Segundo esse material, fazem parte do âmbito da ação: práticas inclusivas de gestão, acolhimento, ambiência, ações educativas e educação permanente, arte e cultura popular, práticas de cuidados, prática de bem-estar e qualidade de vida, dentre outros.

Estes conceitos serão apresentados resumidamente a seguir:

### **1.5.1 Acolhimento**

Acolhimento é, de acordo com a Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, uma diretriz da PNH que pode acontecer em qualquer hora ou local e pode ser executada por qualquer profissional do serviço de saúde. No acolhimento há uma postura ética que promove a escuta do usuário em suas queixas, reconhecendo-o como um indivíduo protagonista do processo saúde-doença, sendo assim livre para tomar suas decisões. O profissional é um facilitador

para solução ou amenização das dificuldades do usuário juntamente a uma rede de suporte<sup>25</sup>.

### **1.5.2 Gestão Participativa**

A gestão participativa inclui o pensar e fazer de maneira coletiva E visa planejamento, implementação e avaliação de processos relacionados à saúde<sup>1</sup>.

### **1.5.3 Ambiência**

A definição de ambiência expande-se além do fato de ter-se um local para receber o usuário do serviço de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, esses espaços precisam ser saudáveis, permitindo o acolhimento e conforto, visando favorecer o encontro de pessoas. Ou seja, um ambiente físico no qual se promovam relações<sup>26</sup>.

Os equipamentos de saúde necessitam ter sua arquitetura adaptada a desenvolver ali ações pré-estabelecidas de acordo com as necessidades dos usuários do serviço.

### **1.5.4 Ações educativas e Educação Permanente**

De acordo com os autores Ricaldoni e Sena<sup>27</sup>, a educação permanente “tem sido considerada como instrumento para mudanças e transformações em uma sociedade”. Esses mesmos autores trazem, em seu artigo sobre educação em saúde, que o conhecimento é traduzido em indicadores de qualidade e tecnologias do cuidado. A educação permanente e as ações educativas em saúde se relacionam com o propósito de exercitar a gestão de maneira

participativa. Podendo ser executadas de diversas formas como, por exemplo: rodas de conversas, dinâmicas e oficinas. Sempre observando a necessidade do cotidiano do trabalho <sup>24</sup>.

### **1.5.5 Arte e cultura popular**

A arte e cultura popular são ações que usam alguns elementos artísticos que podem fazer parte da cultura popular como meio de comunicação para interação e sensibilização com a realidade do outro. Dentro do contexto de arte-cultura podem ser exploradas as “expressões das sensações humanas”<sup>1</sup>. Os diálogos em equipamentos de saúde mental podem ser feitos de maneira criativa, experimentando culturas e ampliando a comunicação conforme mostra a autora Galvense<sup>28</sup>.

### **1.5.6 Práticas de cuidado, bem estar e qualidade de vida**

As autoras Matos e Pires<sup>29</sup> consideram que as práticas de cuidado contribuem para o estabelecimento de vínculo do profissional de saúde com os usuários, promovendo os enfrentamentos necessários para lidar com situações de adversidades e facilitando o maior conhecimento da subjetividade dos usuários. Além disso, citam que os trabalhadores podem utilizar sua criatividade, potenciais próprios e institucionais. Entende-se assim que há uma melhor prática do cuidado por parte do trabalhador e promoção da qualidade de vida do usuário do serviço.

## **1.6 O Desafio de pensar-se em Humanização e Saúde Mental, para além da estrutura de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)**

Ainda sobre os desafios da interligação de Saúde Mental e Humanização, o seguinte texto aparece no Caderno de 2015 do Ministério da Saúde<sup>30</sup>

A melhoria no acesso e na qualidade da atenção em saúde mental em uma Rede de Atenção Psicossocial encontra-se, certamente, entre os maiores desafios que este sistema ainda tem por enfrentar na perspectiva de cumprir sua finalidade de garantir serviços de saúde com qualidade, atendimento integral, inclusivo a todo cidadão brasileiro.

No Brasil, muitas vezes, o conceito de humanização em psiquiatria é vinculado à formação dos CAPS, que surgiu como uma das respostas da luta antimanicomial. Porém, pouco se discute a aplicação da PNH dentro de hospitais psiquiátricos. Por vezes, inclusive, alguns autores questionam a possibilidade disso.

Comumente, observa-se nos mais diversos textos, o extremismo de considerar o hospital que trata pacientes com necessidades de atenção em saúde mental como retrógrado.

A colocação, atentando-se apenas aos fatores negativos da maneira de enxergar o hospital psiquiátrico e considerando apenas os CAPS como “ambientes humanizados”, ofusca, muitas vezes, uma necessidade oficial da existência do serviço hospitalar conforme a Lei n.10.216/2001. Esta define que a internação hospitalar pode ser utilizada, quando os recursos extra-hospitalares não forem suficientes, desde que avaliadas por um responsável especialista de saúde mental e/ou juiz, a depender do caso. A lei também ressalta a importância do usuário ser tratado em ambientes menos invasivos possíveis<sup>31</sup>.

Entende-se então que além dos CAPS, os hospitais também precisam desenvolver o “modo de ser humanizado”. O paciente que não recebe esse “olhar humanizado” no hospital, poderá ter mais dificuldades para continuar o tratamento em outro serviço, quando sair da internação. Tem-se desta forma a necessidade de se pensar em um processo que abranja todos os serviços dos quais um usuário de saúde mental possa necessitar, incluindo o hospital. Na

revisão de literatura realizada para essa dissertação encontramos poucas pesquisas abordando a humanização em hospitais psiquiátricos.

### **1.7 Dependência Química e Humanização**

O crescimento dos chamados casos de abuso e dependência química aponta para um problema de saúde pública de abrangência mundial<sup>32</sup>. Estudiosos referem, entretanto, que a abordagem exclusivamente farmacológica da questão da droga, como não sendo o suficiente, e que os efeitos tanto individuais e subjetivos, quanto sociais do uso podem ser entendidos a partir de uma perspectiva chamada de biopsicossocial<sup>33</sup>.

Tendo em vista esses e outros dados sobre dependência, a Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002 regularizou no Brasil os chamados Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD). O CAPS AD é “um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas”<sup>34</sup>.

Ribeiro, em 2004 discorreu sobre os vários serviços de tratamento-ambulatoriais (CAPS AD), comunidades terapêuticas, moradias assistidas, grupos de autoajuda e internações<sup>35</sup>. Miller e Hester (2003)\* citados por Ribeiro e Laranjeira<sup>32</sup> (2012) referem que não há um equipamento de saúde ou ambiente melhor que o outro, mas sim pacientes mais indicados para cada serviço. Por isso, torna-se cada vez mais importante que sejam entendidas as atuações e limites de cada ambiente de tratamento e como podem adequar-se às necessidades da população à qual prestam assistência.

A estigmatização do dependente químico e a falta de preparo para lidar com a doença é um dos desafios para profissionais de saúde mental que

---

\* Miller WR, Hester RK. Treating alcohol problems: toward informed eclecticism. In: Hester RK, Miller WR. Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives, 3rd ed. Boston: Allyn & Bacon, 2003.



trabalham com esse enfoque, tanto em hospitais psiquiátricos como em CAPS AD.

O pesquisador Vargas<sup>36</sup> estudou, em 2014, as atitudes dos profissionais de saúde frente a pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool. Dentre os diversos itens a pontuar, estão aqueles que se relacionam ao medo do profissional de saúde no momento em que fala com os pacientes sobre o uso do álcool, observado entre outros motivos, pela agressividade que podem enfrentar por parte do usuário<sup>36</sup>.

### **1.8 O elo entre o local de estudo escolhido e o tema em questão**

Sendo assim, o presente estudo teve como público-alvo para pesquisa os profissionais do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas, GREA, do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPqHC-FMUSP). Os profissionais assistem aos usuários de álcool e outras drogas em suas necessidades biopsicossociais.

Esta pesquisa teve como enfoque a temática da humanização dentro do local descrito, visando aumentar o conhecimento sobre a PNH e ampliar o aporte teórico desta, no cotidiano dos funcionários deste serviço. O IPqHC-FMUSP, conforme já citado, participa da Rede Humaniza FMUSPHC.

Esse trabalho visa ser um dos pioneiros na implementação e avaliação de um processo de treinamento profissional que abrange as diretrizes e dispositivos da PNH, tendo como participantes profissionais que trabalham na área da Saúde Mental e Dependência Química em uma instituição hospitalar psiquiátrica em São Paulo.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

---

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Para realizar a revisão de literatura, foram levantados artigos científicos buscando-se verificar estudos na área de Humanização que tivessem as seguintes características:

- Pesquisas em ambiente hospitalar *senso lato* e/ou
- Componentes quantitativos em suas análises e/ ou
- Estudos que ocorreram em hospitais psiquiátricos ou leitos de psiquiatria em hospitais gerais.

Foram realizadas buscas nos seguintes sítios: Google Acadêmico, MedLine e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). O acesso ocorreu entre os dias 01/10/2017 até 20/12/2019.

Determinou-se como parâmetros limitadores da busca inicial: pesquisa em sítios eletrônicos, nos idiomas português e inglês, disponíveis on-line compreendidos no período entre 2012 a 2019. Foram excluídas 589 publicações que não estavam no formato de artigo científico.

Após levantamento preliminar, foram realizadas leituras dos títulos e resumos dos artigos a fim de procurar estudos também que tivessem abordagem quantitativa. Nesta etapa, além de considerar os critérios de inclusão, foram excluídos da amostra os artigos repetidos em mais de um sítio e que não se relacionavam à temática.

Os descritores usados no levantamento dos artigos foram: **“humanization and quantitative”**, **“quality improvement and humanization”**, **“humanization of assistance or humanization care and quantitative”**, **“humanização e quantitativo e hospital”**, **“humanização e quantitativo e psiquiatria”**, **“humanização e quantitativo e dependência química”**. Por meio do campo dos títulos foram encontrados 20 resultados no MedLine, 13 resultados na CINAHL e 70 no Google Acadêmico.

Destes, verificamos que foram realizadas análises estatísticas e/ou estudos de intervenção apenas em: 1 (um) da CINAHL, 3 (três) do Google Acadêmico e 2 (dois) do Medline, dos quais nenhum foi realizado em departamentos ou grupos de dependência química dentro de hospitais psiquiátricos.

## **2.1 Artigos encontrados sobre humanização que apresentam análises quanti-qualitativas, sem a presença de intervenções ou treinamentos**

Observamos nas nossas buscas que alguns estudos apresentavam análises quanti-qualitativas, porém sem a presença de intervenções/treinamentos para funcionários dos serviços de saúde. Não encontramos nenhum artigo puramente quantitativo.

Por exemplo, em um estudo, quanti-qualitativo, pacientes avaliaram a humanização da assistência demonstrada pela equipe de enfermagem. Eles julgaram que em algumas circunstâncias a falta de recursos prejudica a assistência<sup>37</sup> e limita o atendimento adequado. Os resultados foram analisados com tabulações numéricas e também de forma qualitativa.

Em outra pesquisa, também com usuários de serviço de saúde, esses já se mostraram satisfeitos com o atendimento prestado. As escalas avaliaram componentes como conforto (ambiência) e práticas do cuidado<sup>38</sup>.

Os autores Pott et al.<sup>39</sup>, em uma outra instituição, além do conforto, contabilizaram o tempo gasto em higiene dos pacientes, quando estes estão internados. Observaram que essas práticas para serem humanizadas demandam tempo, e nesse estudo, mostraram-se executadas de maneira bem distante do ideal.

Sobre o tratamento dos pacientes, um artigo publicado a respeito da análise do processo de humanização em um hospital público no Brasil em Maceió, quantificou que cerca de 58% dos usuários de determinado serviço

referiram não serem bem tratados pelos profissionais, principalmente aqueles que prestam serviços ligados à assistência e associaram isso à falta de humanização<sup>40</sup>.

## **2.2 Artigos encontrados sobre humanização que apresentam a presença de intervenções ou treinamentos e apresentam análises numéricas**

Foram encontrados dois artigos do ano de 2017 em que houve intervenções/treinamentos na área de humanização, apesar de não serem na área da psiquiatria e/ou dependência química.

Em um estudo em um hospital privado no Rio de Janeiro, os pacientes perceberam melhoria no atendimento, após uma sessão de 15 minutos de apresentação sobre cuidado humanizado para os profissionais<sup>41</sup>. Isso mostra que mesmo em um curto espaço de tempo, lembrar conceitos fundamentais para o tratamento de usuários do serviço de saúde já pode gerar algum efeito positivo na prática do atendimento.

Os autores Curry et al.<sup>42</sup> também realizaram intervenções nas culturas organizacionais em 18 hospitais nos EUA e conseguiram obter resultados positivos em pelo menos 6 serviços. Em todas as instituições, o enfoque foi sobre atendimentos para pacientes afetados com infarto agudo do miocárdio.

Pelo fato desse artigo não ser brasileiro, não faz referência à humanização como política pública de saúde. Os autores nomearam algumas palavras que têm aplicabilidade nos contextos de saúde, referem-se à humanização e, nesse artigo, foram chamadas de domínios da cultura organizacional: ambiente de aprendizagem, apoio à administração, segurança psicológica e compromisso com a organização do tempo.

Percebemos que, com o uso de diversos tipos de intervenções, conforme houve no estudo citado<sup>42</sup>, foi possível transformar a cultura de organizações no âmbito do macro. Dessa forma, hipotetizamos que intervenções desse gênero,

também podem ser empregadas a fim de modificar culturas organizacionais e institucionais no Brasil, tanto no âmbito micro, como no macro, a depender da magnitude e estratégia da intervenção.

Após os resultados das buscas, observamos que há poucos artigos que abordam a temática exposta em hospitais psiquiátricos e não encontramos pesquisas quantitativas que remetem à treinamentos em humanização com a interface em dependência química, a nível hospitalar, com avaliações de eficácia (Quadro 1).

Optamos então por realizar essa pesquisa submetendo os profissionais de saúde mental (dependência química) a um treinamento sobre humanização e avaliando-os de forma quantitativa.

**QUADRO 1 - Caracterização dos estudos de intervenção e/ou com análise estatísticas relacionadas a humanização em saúde mental (dependência química). Acessos no período de 2012 a 2019. “continua”**

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Periódico</b>	<b>Ano de publicação</b>
<b>CINAHL</b>			
Taets; Lopes; Dantas	Quality of care as Perceived by Patients in a Brazilian Hospital: A Non- Randomized Interventional Study <sup>41</sup> .	International Archives of Medicine	2017
<b>Google Acadêmico</b>			
Torres; Albuquerque; Porto; Santos; Oliveira; Costa	Humanization of care by the hospital nursing team: the customer's viewpoint. <sup>37</sup>	Jornal of Nursing	2013

**QUADRO 1 - Caracterização dos estudos de intervenção e/ou com análise estatísticas relacionadas a humanização em saúde mental (dependência química). Acessos no período de 2012 a 2019. "conclusão"**

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Periódico</b>	<b>Ano de publicação</b>
Curry; Brault; Linnander; MacNatt; Ting; Bradley	Influencing organisational culture to improve hospital performance in care of patients with acute myocardial infarction: a mixed-methods intervention study <sup>42</sup> .	BMJ Publishing Group Ltd	2017
Abreu; Barbosa; Baldanza; Júnior; Oliveira	Análise do processo de humanização em um hospital público <sup>40</sup> .	Revista Gestão e Planejament o	2012
<b>MedLine</b>			
Silva; Paiva; Faria; Chavaglia.	Triage in an adult emergency service: patient satisfaction <sup>38</sup> .	Revista Escola de Enfermagem USP	2016
Pott FS; Stanhlohoefer T; Felix; Meier MJ	Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico <sup>39</sup> .	Revista Brasileira de Enfermagem	2013

### **2.3 A importância do treinamento em saúde e a valorização do trabalhador**

Com uso do levantamento bibliográfico e a observação da falta de artigos que mostrassem treinamentos em humanização em ambiente hospitalar nas áreas de saúde mental, levantamos a hipótese que utilizar o treinamento com a temática de “ações de humanização” como técnica de intervenção em saúde mental (dependência química), poderia ser efetivo para modificar o conhecimento dos profissionais nesta área.

Trouxemos como hipótese e pergunta desse mestrado, após algumas conversas com componentes do Grupo de Humanização do IPqHC-FMUSP e chefes da enfermagem e ambulatório do GREA, que devido a: estigmatização do

usuário de álcool e drogas, o contexto social em que este e familiares estão inseridos, a vulnerabilidade e as próprias reações físicas, biológicas e psicológicas que a doença traz, a possibilidade dos profissionais do ambulatório passarem por treinamentos sobre ações de humanização e melhorarem sua competência em humanização para lidarem com esse público e com a equipe.

Corradi-Webster et. al<sup>43</sup>, em 2005 em uma pesquisa que promoveram uma intervenção breve em profissionais que atuam com usuários de álcool constataram que o treinamento foi eficaz em romper com o estereótipo negativo desses profissionais em relação a seus pacientes, gerando, inclusive, modificações nos padrões atitudinais no atendimento. Apesar desse estudo em questão não ter sido diretamente um treinamento em humanização senso estrito, seu resultado trouxe ações humanizadoras.

Amorim et al.<sup>44</sup>, em 2007, chamavam a atenção para a importância da formação de profissionais que atuassem na área de dependência química citando a relevância de um atendimento que ocorresse de forma dialógica e horizontal, no qual o usuário fosse auxiliado a tomar consciência de sua realidade. Salientou que era válido que o usuário fosse estimulado a reconhecer em si a capacidade de mudança.

Os autores Miranda e Barroso<sup>45</sup>, refletindo sobre a prática crítica da enfermagem, ao escreverem sobre o escritor Paulo Freire, remetem ao fato de que ele, em seus ensinamentos e cuidados com a educação, propunha a humanização das relações, mostrando uma educação solidária, dialogada, articuladora e estimulando um trabalho coletivo. Entendemos, dessa forma, a importância de um tipo de treinamento com conteúdo central de ações de humanização em saúde mental, para profissionais que atuam em dependência química. Este foi o foco de estudo dessa pesquisa.



### **3. OBJETIVOS**

---

---

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

O objetivo principal do estudo foi realizar uma análise da eficácia de um treinamento na área de humanização para um grupo de profissionais de saúde mental que atuam com dependentes químicos dentro de um hospital psiquiátrico.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Avaliar e quantificar o conhecimento, habilidades e atitudes que os profissionais, de saúde de um grupo especializado em tratamento de dependentes químicos, atribuem à humanização.
- Permitir que os profissionais pudessem realizar uma autoavaliação e reflexão sobre as ações de humanização que praticam em seu cotidiano.
- Avaliar o impacto de um treinamento sobre humanização.
- Inovar no uso do método quantitativo e análises estatísticas sobre humanização.

## **4. JUSTIFICATIVA**

---

#### **4. JUSTIFICATIVA**

Apesar de haver pesquisas qualitativas e algumas quanti-qualitativas na área de humanização, não encontramos pesquisas quantitativas com uso diversificado de análises estatísticas que abrangessem a temática. Portanto há maior necessidade de pesquisas quantitativas na área.

Há também poucas iniciativas registradas que promovam a humanização com profissionais de saúde mental que atuam com dependentes químicos dentro de hospitais psiquiátricos.

Diante desse cenário, optamos por realizar esse estudo com uso de análises quantitativas sobre a autopercepção em humanização por profissionais de saúde que atendem dependentes químicos, antes e após um treinamento específico sobre humanização

## **5. METODOLOGIA**

---

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 Método adotado para a pesquisa

Para a realização desse mestrado, optamos por utilizar a pesquisa educacional com abordagem quantitativa a qual faz uso de uma linguagem matemática, através de cálculos estatísticos, amostras, tabulações e gráficos<sup>46</sup>. A educação é vista como área de saber em que circulam várias fontes de conhecimento, daí então a conexão entre educação e saúde em nosso estudo.

O autor Charlot<sup>47</sup> escreve sobre algumas áreas e disciplinas mestiças as quais cruzam conceitos, métodos e campos multidisciplinares dentre eles a pesquisa educacional, medicina e política sendo que as três áreas citadas fazem parte desse estudo: a pesquisa educacional foi utilizada porque houve a aplicação de treinamentos em formato de aulas sobre humanização, a medicina porque as aulas ocorreram com profissionais de saúde e a política porque a humanização é no Brasil, conforme explicado na introdução, uma política pública.

Nesse mestrado, utilizamos os critérios requeridos em uma pesquisa educacional quantitativa. A amostra foi de n=54 sujeitos que responderam a um questionário autoavaliativo assinalando escores. Posteriormente, os resultados assinalados serviram para as realizarmos análises estatísticas.

Aplicamos o Survey que é um dos métodos propostos para a realização de uma pesquisa quantitativa. Este envolve a utilização de uma pesquisa de campo, na qual a coleta de dados é feita através da aplicação de questionário ou formulário. Escolhemos a Survey longitudinal porque permite investigar a evolução ou transformações ocorridas em determinadas variáveis durante um espaço tempo<sup>48</sup>.

Utilizamos como técnica para elaboração dos eventos dessa pesquisa o modelo da pesquisa-ação, também conceituado dentro da pesquisa

educacional. Tendo em vista que, nesse modelo, o pesquisador executante participa do processo, no caso ensino e treinamento dos sujeitos do estudo<sup>49</sup>. Dessa forma, há o planejamento, a implementação, a descrição e a avaliação da mudança (Figura 1).

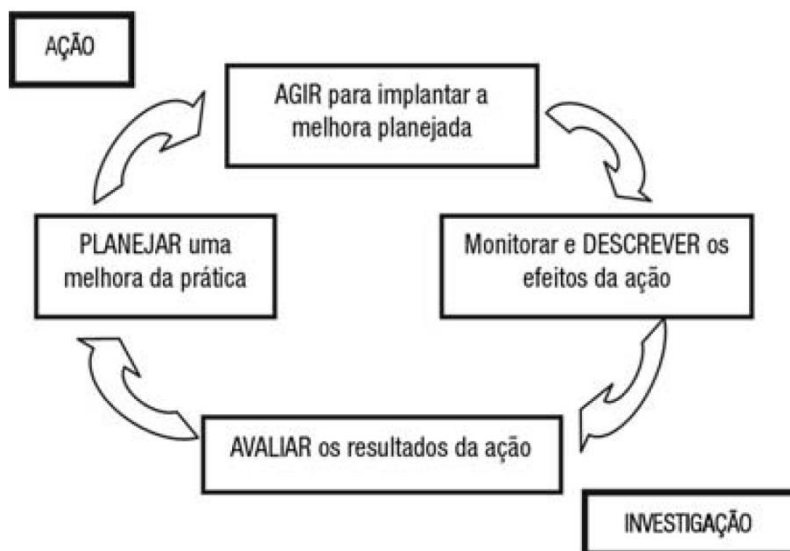


Figura 1- Representação em quatro fases do ciclo básico da investigação ação. Fonte: Ilustração de: David Tripp Universidade de Murdoch SP /2005 <https://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>

Passo a passo da pesquisa ação nesse estudo:

1- Para o **planejamento**, reunimo-nos com alguns componentes do Grupo de Humanização IPq – HC FMUSP e perguntamos em qual área do hospital seria importante iniciar um treinamento de humanização. Após algumas conversas e discussões chegamos à conclusão que o local adequado seria a enfermaria e ambulatório de pacientes dependentes químicos, devido a vários fatores como: contextualização social da doença, estigmatização do usuário, vulnerabilidade social e a necessidade de trabalho coeso entre as diversas categorias profissionais que compõem o GREA.

2- No **agir/implementação**, entendemos que um treinamento seria a maneira mais sensível de abordar o tema e suprir a necessidade do setor, devido ao baixo custo e à otimização do tempo. Criou-se também a possibilidade de realizar em horários diversificados durante os turnos de serviço para maior abrangência de profissionais. Para isso, elaboramos um plano de aula, reservas de salas e outras práticas que serão detalhadas posteriormente.

3- Para **monitorar e descrever** os efeitos da ação, utilizamos a aplicação de um questionário nos instantes pré e pós-treinamento. O questionário (em Anexo I) e o desenho dessa intervenção serão descritos posteriormente.

4- Na **avaliação** dos resultados da intervenção, utilizamos a análise estatística com diversos testes que serão explicados ainda neste trabalho.

## 5.2 Caracterização do Local

O local escolhido para a pesquisa foi o IPq-HCFMUSP. O IPq tem como missão oferecer ensino da mais alta qualidade, treinar profissionais e criar líderes nacionais, além de desenvolver e testar modelos de conhecimento, prevenção e tratamento dos diversos transtornos psiquiátricos.

O Departamento e Instituto atuam nas áreas de Graduação, Internato, Residência Médica, Pós-Graduação *lato sensu* e Pós-Graduação *stricto sensu*, bem como estágios de curta e longa duração para profissionais médicos e de áreas afins<sup>50</sup>.

O GREA está localizado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 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.

O GREA tem a missão de fornecer soluções viáveis para problemas de saúde relacionados ao uso indevido de drogas, para usuários e familiares, comunidade acadêmica, instituições governamentais, de ensino, empresas e demais interessados na área, atendendo suas necessidades e excedendo suas expectativas através do desenvolvimento de pesquisas, de oferta de informações, cursos, programas de prevenção, tratamento e consultoria, para ser o Centro de Referência no Brasil em distúrbios de saúde por uso indevido de álcool e drogas<sup>51</sup>.

### **5.3 Critérios de Inclusão dos sujeitos**

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

Os critérios de inclusão para os sujeitos participarem desse estudo foram:

- Serem profissionais de saúde atuantes no ambulatório e/ou na enfermaria do GREA.

### **5.4 Implementação do Estudo**

A pesquisadora leu e discutiu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I) com os sujeitos selecionados pelo critério de inclusão. Se os mesmos aceitassem participar da pesquisa, assinavam o termo e respondiam a um questionário. Não houve recusa em participar da pesquisa. Em seguida, submetiam-se a um treinamento relacionado à humanização

constituído de duas aulas/discussões de 1 hora cada (total 2 horas). Quinze dias após este treinamento, os sujeitos voltavam a responder o mesmo questionário.

No total foram realizados cinco treinamentos sobre humanização, sendo 3 no mês de novembro de 2017 e 2 em julho de 2018. As aulas ocorreram em dias e horários diversificados para que abrangessem um maior número de profissionais (Figura 2).

A Figura 2 mostra o passo a passo sobre a implementação do estudo:



**Figura 2** - Passo a Passo sobre a implementação do estudo. I). A proposta da pesquisa foi apresentada e explicada aos profissionais que estavam presentes em cada dia dos treinamentos. Desta maneira, todos foram convidados a participar. Os que aceitaram, assinaram o TCLE antes da primeira aula ser ministrada e receberam dois instrumentos para preenchimento. Um deles era preenchido e entregue antes da primeira aula e o outro 15 dias após. II). Foram ministradas as duas aulas em cinco dias e horários diferentes de forma que contemplassem o maior contingente possível de profissionais. Cada participante assistiu às duas aulas de 1 hora cada no mesmo dia. Houve a aplicação do instrumento autoavaliativo, antes do início da primeira aula do treinamento. III). Após 15 dias do treinamento, os profissionais foram procurados para o preenchimento e recolhimento do questionário autoavaliativo (com as mesmas sentenças do pré) e com isso verificarmos o impacto da intervenção (Instrumento em Anexo I).

## 5.5 Instrumento utilizado no treinamento (autoavaliação)

Os profissionais assinalaram um escore para as sentenças contidas no instrumento de acordo com a 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 em cada uma delas para podermos 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, 15 sobre habilidades e 8 sobre atitudes. 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 e 4 significa (valor máximo para uma sentença): total importância, total domínio e total conhecimento, 2 e 3 são as pontuações intermediárias.

Abaixo estão alguns exemplos das sentenças que os sujeitos se autoavaliaram em conhecimento, habilidades e atitudes (Anexo I):

- 1 Conhecimento-Ter conhecimento dos resultados do atendimento Humanizado.
- 2 Habilidades- Explicar ao paciente o que irá ser feito.
- 3 Atitudes- Articular meios resolutivos caso não seja você que possa resolver a questão solicitada pelo paciente.

O questionário utilizado neste projeto foi baseado em estudo de autoavaliação de um programa em uma empresa, publicado em revista científica nacional<sup>52</sup>.

É importante ressaltar que, para essa pesquisa, as sentenças originais do questionário foram trocadas para o tema de humanização, mantendo-se os parâmetros de análises: conhecimentos, habilidades e atitudes. Alguns artigos (que serão citados na discussão) mostram que esses parâmetros em conjunto caracterizam o quesito competência profissional sobre algo. Diante disso, entendemos que esse questionário possibilita a análise sobre competência em humanização de diversos grupos de profissionais da saúde. Estas variáveis são mensuradas através dos escores de: importância, conhecimento e domínio, conforme o questionário original.

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 informado que os escores marcados não seriam avaliados por uma chefia. Conversamos com os profissionais para que colocassem veracidade em cada sentença. Os temas solicitados no instrumento foram todos trabalhados no treinamento e baseados na PNH.

Após a modificação das sentenças, enviamos o modelo do projeto junto com questionário, para a avaliação da coordenação do NTH do HCFMUSP para ciência da realização da pesquisa.

## **5.6 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. Segundo Marras (2011)\* citado por Pereira e Ferreira<sup>53</sup> (2014) o treinamento “é o processo de assimilação cultural em curto prazo que permite repassar ou reciclar conhecimentos, habilidades ou atitudes (CHA) relacionados à execução

---

\* Marras JP. Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico/Jean Pierre Marras. - 14.ed.- São Paulo: Saraiva,2011.

de tarefas ou a sua otimização no trabalho.” Ainda segundo o mesmo autor, “o treinamento produz um estudo de mudança de conjunto de CHA de cada trabalhador, uma vez que implementa ou modifica a bagagem particular de cada um”<sup>53</sup>.

Desta forma, optamos por abordar o tema sobre humanização em duas horas de treinamento. Entendemos que, sendo profissionais de saúde, os sujeitos já teriam alguma noção sobre o tema, mas que muitas vezes não são percebidas na prática cotidiana. Daí então a necessidade de apoderarem-se da temática com marco teórico para perceberem-se tendo o domínio, a importância e o conhecimento do assunto nas perspectivas teóricas e práticas.

Para realizar o plano de aula, atentamo-nos aos seguintes delineamentos seguidos pela pesquisadora executante desse estudo<sup>54-55</sup>:

**1- Preparação:** Foram estudados materiais teóricos e práticos sobre humanização: artigos, vídeo aulas, livros, conferências, etc. Após isso, houve a confecção de conteúdos em slides baseados em modelos para treinamento, com alguns acréscimos, realizados pela pesquisadora executante. O resultado foi enviado para aprovação de membros do GTH antes da implementação.

**2-** Houve uma pré-apresentação das aulas para alguns membros do GTH do IPq-HCFMUSP. Diante das sugestões feitas por eles e conhecimento pessoal sobre o assunto, foram acrescentadas ou retiradas algumas partes da aula (Slides em Anexo III). Inicialmente, foi realizada 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 deste treinamento foi composto por profissionais que estavam atuando no GREA.

**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 5 dias e horários diferentes (1 pela manhã, 3 pela tarde e 1 entre tarde e noite). Cada treinamento foi composto de duas aulas consecutivas, todas no mesmo dia, com período de 1 hora cada e intervalo de 15 a 30 minutos entre elas.

As datas eram fixadas de acordo com conversas prévias com chefias de cada categoria profissional. Percebemos que duas horas seriam importantes para os sujeitos não se ausentarem 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- O conteúdo programático principal** da aula conteve as ações de humanização. Com base no Guia Técnico e Político utilizado na própria instituição, conforme mostrado na introdução.

**6-** Teve-se como **Objetivo geral**: Ampliar a competência dos sujeitos da pesquisa em domínio, importância e quantidade de conhecimento sobre humanização.

**7- Objetivos específicos do treinamento foram:**

- Expor aos sujeitos a conceituação teórica e mostrar algumas práticas que o Instituto 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 inter-profissional.

- Esclarecer eventuais dúvidas sobre o tema.

**8-** A **Justificativa** para a realização do treinamento está no fato de que algumas vezes os profissionais já desenvolvem ações de humanização, porém não conseguem se enxergar no processo por não terem a conceituação da PNH. Existem também aqueles profissionais que, de fato, não executam o atendimento humanizado, necessitando apoderarem-se do conteúdo para que possam desenvolver atitudes práticas de humanização.

Justificamos, assim, a necessidade de execução desse treinamento, visto que uma Política Nacional enxergada em contextos extra-hospitalares, a exemplo de CAPS e não muitas vezes percebidas e/ou executadas dentro de hospitais psiquiátricos, fragmenta o processo de tratamento do paciente.

**9- A Metodologia e atividades das aulas (estratégia ensino-aprendizagem):** As aulas foram conduzidas pela pesquisadora executante desse mestrado, juntamente com componentes do grupo de humanização do hospital.

Baseando-nos na Educação Libertadora descrita por Freire e Shor (1986)\* citado por Gandin e Gandin<sup>56</sup> (1999) entendemos que essa educação se baseia no fato de que tanto professores como alunos devem ser os que aprendem, sendo agentes críticos do ato de conhecer. Desta maneira, durante a exposição das aulas e conversas era possível aprender com cada situação e os casos trazidos pelos sujeitos do estudo.

Estudiosos referem que a linguagem oral, mecanismo do processo ensino e aprendizagem mais utilizado pelo professor, pode ser auxiliada por outros recursos que estimulem outros sentidos<sup>57</sup>. Para isso, utilizamos equipamentos audiovisuais, slides e realizamos, ao término da sessão, momentos para perguntas e respostas, o que permitiu a

---

\* Freire P e Shor I. Medo e ousadia – O cotidiano do professor. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.

criação de um ambiente de interação ativa em que os profissionais pudessem expressar suas opiniões.

Em cada encontro, havia um momento de apresentação pessoal em que a pesquisadora executante contava sobre suas experiências e desafios em humanização na saúde. Em seguida, buscou-se identificar quais conhecimentos os sujeitos presentes no treinamento já possuíam sobre humanização.

Depois, por meio de slides, os conteúdos das aulas (Vide Anexo III) eram apresentados: Conceito de Humanização, Importância da Promoção da Humanização, o Grupo de Trabalho de Humanização do IPq-HCFMUSP, a Rede Humaniza FMUSP, Acolhimento, Gestão Participativa, Ambiência, Ações Educativas e Educação Permanente para o Colaborador, Arte e Cultura e Práticas do Cuidado, conforme descrito na introdução.

Além disso, trouxemos exemplos do que já ocorre no Instituto, sensibilizando os profissionais para a importância da continuidade dessas práticas e, aqueles que não as executam, atentarem-se sobre as vantagens do envolvimento visando seu enriquecimento pessoal, também do usuário, do sistema de saúde e da equipe.

A seguir, vinha o momento de debate, observando o que foi assimilado, bem como o que já era conhecido pelos participantes. Perguntas eram realizadas, tais como: “O que vocês assimilaram sobre a apresentação? Quem gostaria de responder?”; “Como enxergam a humanização no Instituto em relação: a vocês mesmos profissionais no geral e pacientes?”; “Sentem-se profissionais humanizados?”; “Vocês sentem a equipe humanizada?”.

Após isso, era dado um intervalo de 15 a 30 minutos para a equipe.

Na segunda parte do treinamento, propusemos uma dramatização. O uso dessa técnica foi baseado em estudos de Richard Courtney<sup>58</sup>.



Nesses estudos são discutidas maneiras lúdicas para avaliar o que os sujeitos aprendem e suas associações com as percepções da bagagem cultural que os participantes já trazem a respeito da temática.

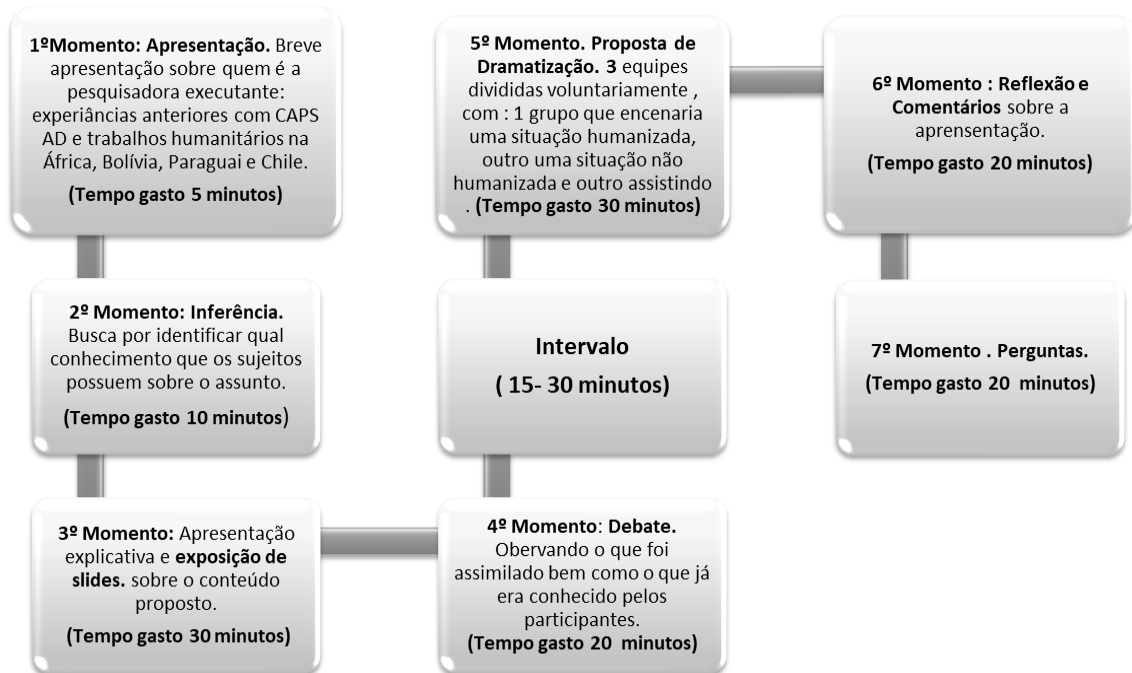
O jogo teatral ocorre como uma forma de autoexpressão, sendo as experiências deles, bases dos processos mentais superiores. O conhecimento abstrato baseia-se no que de fato é concreto e o avanço tem a ver com as experiências acumuladas. Sendo assim, os jogos podem ser de vários tipos, dentre esses, o de imitação simples, jogos de histórias, jogos livres e diversos outros que de maneira não competitiva instigam a reflexão sobre dada situação<sup>58</sup>.

Os sujeitos foram divididos voluntariamente em três grupos sendo o grupo 1–Aquele que dramatizaria uma situação “não humanizada” em contexto de saúde; grupo 2- Aquele que dramatizaria uma situação humanizada em saúde; grupo 3-Os que assistiriam ambas as situações e após as dramatizações exporiam suas opiniões.

Para isso, criamos esboços de ideias do que poderia ocorrer em cada situação e explicamos a cada um dos 3 grupos a ideia chave de cada dramatização (Vide Anexo II). Isso se caracterizou dentro do contexto de jogos imitativos, não competitivos e reflexivos. Os participantes que dramatizariam após escolherem o tema poderiam, entre eles, criar novas atitudes que expressassem a ideia chave, agregariam algo ao esboço ou encenariam exatamente o que estava proposto. Foi explicado que eles poderiam escolher as personagens que fariam cada situação dentro de seus grupos.

Após a dramatização, houve um fechamento com reflexão, comentários e perguntas.

A figura 3 mostra o passo a passo da estratégia de ensino aprendizagem usada nessa pesquisa.



**Figura 3-** Passo a Passo da estratégia de ensino aprendizagem.

## 10- Finalidades- Competências e Habilidades

A competência instigada para que os sujeitos pudessem se perceber ao final do treinamento foi avaliada através dos parâmetros conhecimento, habilidades e atitudes em humanização. Esse conjunto caracteriza a competência profissional em dada área, no caso a humanização. O ter maior conhecimento sobre a temática, o dominar e se importar foram prezados durante a ministração das aulas, reiterando, que o treinamento deve ser feito de maneira contínua em atitudes profissionais.

**11-** As **avaliações** da aprendizagem foram realizadas de maneira contínua. Na encenação, avaliou-se o 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, foi realizada a autoavaliação por meio do instrumento já explicado.

### **5.7 Número de Sujeitos**

Usando-se como hipótese para esse tipo de proposta um possível resultado com efeito esperado de 0,5, significância de 5% e o 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 de profissionais possível, a presente pesquisa avaliou 54 profissionais do GREA.

### **5.8 Análises**

Um total de 61 funcionários respondeu ao questionário antes do treinamento, sendo que 2 deixaram colunas em branco e, dessa forma, seus questionários foram excluídos da análise. Cinco funcionários 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.

### **5.8.1 Análises de acordo com características sociodemográficas**

Para a análise dos resultados sociodemográficos e associação com competência em humanização (i+q+d), foi usado o teste t-Student não pareado, por exemplo, para gênero (homens vs mulher).

Quando comparamos pós-treinamento vs pré-treinamento dentro do mesmo item (homens pós vs homens pré) usamos o teste t- Student pareado. Os escores dos questionários foram obtidos pela soma (S) dos valores de i+q+d atribuídos por cada sujeito em cada subitem da coluna descrita no questionário e extraída a média (Vide Anexo I).

### **5.8.2 Análises sobre: conhecimentos, habilidades e atitudes**

Os escores de i, q ou d foram comparados (pós vs pré) para cada variável: conhecimento, habilidades e atitudes usando o teste t-Student pareado. Os escores do questionário foram obtidos pela S dos valores de i, q ou d atribuídos por cada sujeito em cada subitem da coluna descrita no questionário e extraída a média (Vide Anexo I).

### **5.8.3 Análises dentro das categorias profissionais**

Quando verificadas dentro das mesmas categorias profissionais, os escores dos questionários foram obtidos pela soma (S) dos valores de i+q+d atribuídos por cada sujeito em cada subitem da coluna descrita no questionário e extraída a média. Posteriormente o escore médio da S do pós-treinamento foi comparada com o escore médio S do pré-treinamento, através do teste t-Student pareado (Vide Anexo I).

#### **5.8.4 Outras considerações sobre as análises acima**

Em todas essas análises, avaliou-se a distribuição normal com o teste de Shapiro-Wilk. Quando os resultados estiveram dentro da distribuição normal, foram utilizados testes paramétricos, no caso contrário, os não paramétricos. Os resultados foram expressos em intervalos de confiança de 95%, diferença média, considerando  $p < 0,05$ . Foi utilizado o programa GraphPad Prism 8 para realização das análises.

Em situações necessárias, realizamos os testes de análise univariada (ANOVA), seguidos de múltiplas comparações, de Tukey ou Kruskal-Wallis para estabelecermos comparações quando havia mais de dois subitens, por exemplo estado civil (casados, solteiros, separados e viúvos).

#### **5.8.5 Análises de regressões múltiplas**

Foram ajustados modelos de Regressões Lineares Múltiplas para o escore pré-treinamento e para a diferença entre pós vs 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 foi utilizado o programa *R* versão 3.6.2.

### **5.8.6 Representações das análises**

Os resultados serão apresentados usando figuras e tabelas estatísticas. Serão exibidos a média e/ ou p-valor, Limite Inferior (LI), Limite Superior (LS), Intervalo de Confiança (IC 95%) de acordo com cada representação. Os gráficos usados nesse estudo são de linhas ou colunas.

## **6. RESULTADOS**

---

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Caracterizações dos sujeitos da pesquisa

O perfil característico da amostra desse estudo foi: sexo feminino (72,2%), sem filhos (68,52%), solteiros (61,11%), com apenas um vínculo empregatício (57,41%) e com religião (católica e evangélica = 70,36%).

**Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra (n=54)**

	<b>N (54)</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>		
<b>Homens</b>	15	27,80%
<b>Mulheres</b>	39	72,20%
<b>Filhos</b>		
<b>Sim</b>	17	31,48%
<b>Não</b>	37	68,52%
<b>Estado Civil</b>		
<b>Solteiros</b>	33	61,11%
<b>Casados</b>	18	33,33%
<b>Separados</b>	2	3,70%
<b>Viúvos</b>	1	1,86%
<b>Possuí mais de um vínculo empregatício</b>		
<b>Sim</b>	23	42,59%
<b>Não</b>	31	57,41%
<b>Tempo de atuação profissional</b>		
<b>2-5 anos</b>	36	66,66%
<b>6-9 anos</b>	5	9,26%
<b>10-14 anos</b>	7	12,96%
<b>15-19 anos</b>	1	1,86%
<b>+ de 20 anos</b>	5	9,26%
<b>Religião</b>		
<b>Católicos</b>	19	35,18%
<b>Evangélicos</b>	19	35,18%
<b>Espíritas</b>	6	11,11%
<b>Nenhum</b>	10	18,52%



A Tabela 2 mostra características sociodemográficas da amostra dividida por categorias profissionais. A categoria enfermagem (enfermeiras, residentes de enfermagem e técnicos de enfermagem) teve a somatória percentual com maior representatividade na pesquisa (44,44%).

A categoria médica (psiquiatras e residentes) totalizou uma porcentagem de 31,47%. As psicólogas e assistentes sociais representaram respectivamente 14,8% e 9,26% da população amostral.

Houve mais mulheres na amostra. As residentes de enfermagem nunca tiveram filhos e, nessa amostra, declararam-se 100% solteiras. Entre os residentes de medicina 38,47% declararam-se casados e 30,8% já tiveram filhos. Houve mais sujeitos sem filhos do que com filhos (37 vs 17)

A categoria médica (psiquiatras e residentes de psiquiatria) foi a que apresentou maior número de participantes com mais de um vínculo empregatício (n=11), seguidos pelos psicólogos (n=7).

Quanto ao estado civil, a porcentagem de profissionais solteiros (61,11%) foi maior do que de casados, separados e viúvos quando somados (38,89%).

Os residentes que participaram do estudo apresentaram de 2 a 5 anos de atuação profissional. Os sujeitos com mais de 20 anos de exercício da profissão foram os que tiveram menor presença em todos os grupos, não ultrapassando 1 profissional por grupo.

A maioria dos sujeitos, 66,66%, tem o tempo de atuação profissional de 2 a 5 anos. Em contrapartida, apenas 11,12% dos profissionais trabalham há mais de 14 anos em suas profissões.

Quando analisados os dados sobre religião, observou-se que os espíritas foram os que tiveram menor representatividade (11,11%). Católicos e evangélicos apresentaram a mesma representatividade (35,18%). O único grupo que apresentou profissionais sem religião foram os médicos, totalizando 50% entre os psiquiatras e 61,53 % entre os residentes de psiquiatria.

Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra por categoria profissional (n=54) “continua”

Profissionais	Enfermeiras	Residentes de Enfermagem	Técnicos de Enfermagem	Psiquiatras	Residentes de Psiquiatria	Psicólogas	Assistentes Sociais
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b><u>Gênero</u></b>							
Homens	0 (0%)	0 (0%)	3 (5,55%)	3 (5,55%)	9 (16,66%)	0 (0%)	0 (0%)
Mulheres	7 (12,96%)	12 (22,22%)	2 (3,70%)	1 (1,85%)	4 (7,40%)	8 (14,81%)	5 (9,26%)
<b>Total</b>	<b>7 (12,96 %)</b>	<b>12 (22,22%)</b>	<b>5(9,26%)</b>	<b>4 (7,40%)</b>	<b>13 (24,07%)</b>	<b>8 (14,8 %)</b>	<b>5(9,26%)</b>
<b><u>Filhos</u></b>							
Sim	4 (57,14 %)	0 (0%)	3 (60 %)	2 (50%)	4 (30,8%)	3 (37,5%)	1 (20%)
Não	3 (42,86%)	12 (100%)	2 (40%)	2 (50%)	9 (69,2%)	5 (62,5%)	4 (80%)
<b><u>Estado Civil</u></b>							
Solteiros	3 (42,85%)	12 (100%)	2 (40%)	2 (50%)	8 (61,53%)	3 (37,5%)	3 (60%)
Casados	3 (42,85%)	0 (0%)	3 (60%)	2 (50%)	5 (38,47%)	3 (37,5%)	2 (40%)
Viúvos	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)
Separados	1 (14,28%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)
<b><u>Possui mais de um vínculo empregatício</u></b>							
Sim	2 (28,57%)	0 (0%)	3 (60%)	4 (100%)	7 (53,84%)	7 (87,5%)	0 (0%)
Não	5 (71,42%)	12 (100%)	2(40%)	0 (0%)	6 (46,15%)	1 (12,5%)	5 (100%)
<b><u>Tempo de Atuação Profissional</u></b>							
2-5 anos	4 (57,14%)	12 (100%)	1 (20%)	0 (0%)	13 (100%)	4 (50%)	2 (40%)
6-9 anos	1 (14,28%)	0 (0%)	1 (20%)	1 (25%)	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (20%)
10-14 anos	1(14,28%)	0 (0%)	2 (40%)	2 (50%)	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (20%)
15-19 anos	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)
+ de 20 anos	1(14,28%)	0 (0%)	1 (20%)	1 (25%)	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (20%)

Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra por categoria profissional (n=54) “conclusão”

Profissionais	Enfermeiras	Residentes de Enfermagem	Técnicos de Enfermagem	Psiquiatras	Residentes de Medicina	Psicólogas	Assistentes Sociais
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Religião</b>							
Católicos	3 (42,85%)	5 (41,66%)	2 (40%)	2 (50%)	3 (23,07%)	2 (25%)	2 (40%)
Evangélicos	3 (42,85%)	5 (41,66%)	3 (60%)	0 (0%)	2 (15,38%)	3 (37,05%)	3 (60%)
Espíritas	1 (14,28%)	2 (16,66%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (37,05%)	0 (0%)
Nenhuma	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)	8 (61,53%)	0 (0%)	0 (0%)

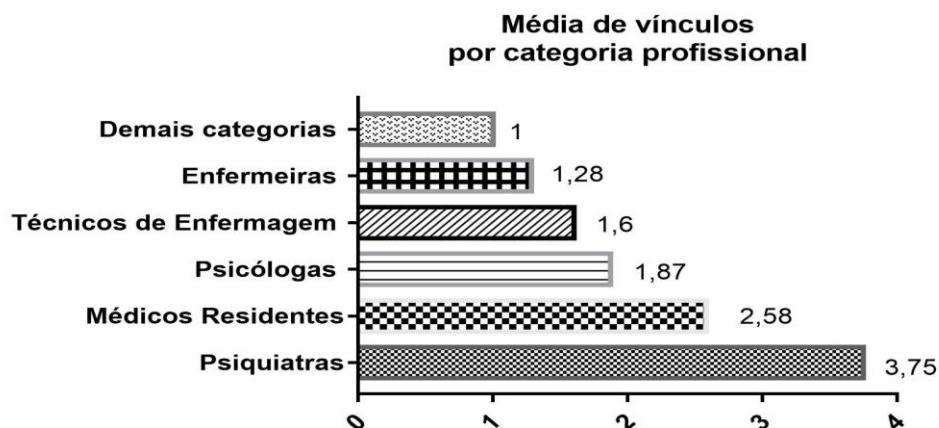
As residentes de enfermagem foram as profissionais com menor idade média entre os sujeitos da amostra: 27,42 anos. Enfermeiras, psiquiatras e técnicos de enfermagem tiveram idades médias aproximadas entre 40,5 e 41,4 anos. Psicólogas e assistentes sociais também tiveram idades médias aproximadas entre 34,63 e 35,2 anos (Tabela 3).

**Tabela 3 – Medidas sobre idades dos profissionais participantes da capacitação**

	<b>Idade mínima</b>	<b>Idade Máxima</b>	<b>Idade Média</b>	<b>Idade Mediana</b>
<b><u>Categoria Profissional</u></b>				
Enfermeiras	33	49	40,57	39
Residentes de Enfermagem	23	32	27,42	27
Técnicos de Enfermagem	36	48	41,4	41
Psiquiatras	32	57	40,5	36,5
Residentes de Psiquiatria	27	38	31,15	31
Psicólogas	27	49	34,63	32,5
Assistentes Sociais	24	61	35,2	32

Os médicos (psiquiatras e residentes de psiquiatria) foram os profissionais que tiveram as maiores médias de vínculos empregatícios sendo respectivamente: 3,75 e 2,58 (Figura 4). Houve psiquiatras que referiram ter 4 vínculos e um residente de psiquiatria contou ter 5.

Psicólogas, enfermeiras e técnicos de enfermagem apresentaram no máximo dois empregos. Residentes de enfermagem e assistentes sociais responderam trabalhar em apenas um local (Figura 4).



**Figura 4-** Média de vínculos por categoria profissional. Representação gráfica que apresenta a quantidade média de vínculos por categoria profissional. Número máximo de vínculos referidos= 5 vínculos e número mínimo 1 vínculo. Demais categorias=residentes de enfermagem e assistentes sociais.

## 6.2 Resultados entre dados sociodemográficos e competência em humanização

Nesta pesquisa, a competência (CHA) em humanização foi avaliada através das variáveis: importância (i), domínio (d) e quantidade de conhecimento (q). Os resultados de competência em humanização sob a perspectiva das características sociodemográficas serão mostrados seguindo a sequência de: pré-treinamento, pós-treinamento e diferenças pós vs pré-treinamento.

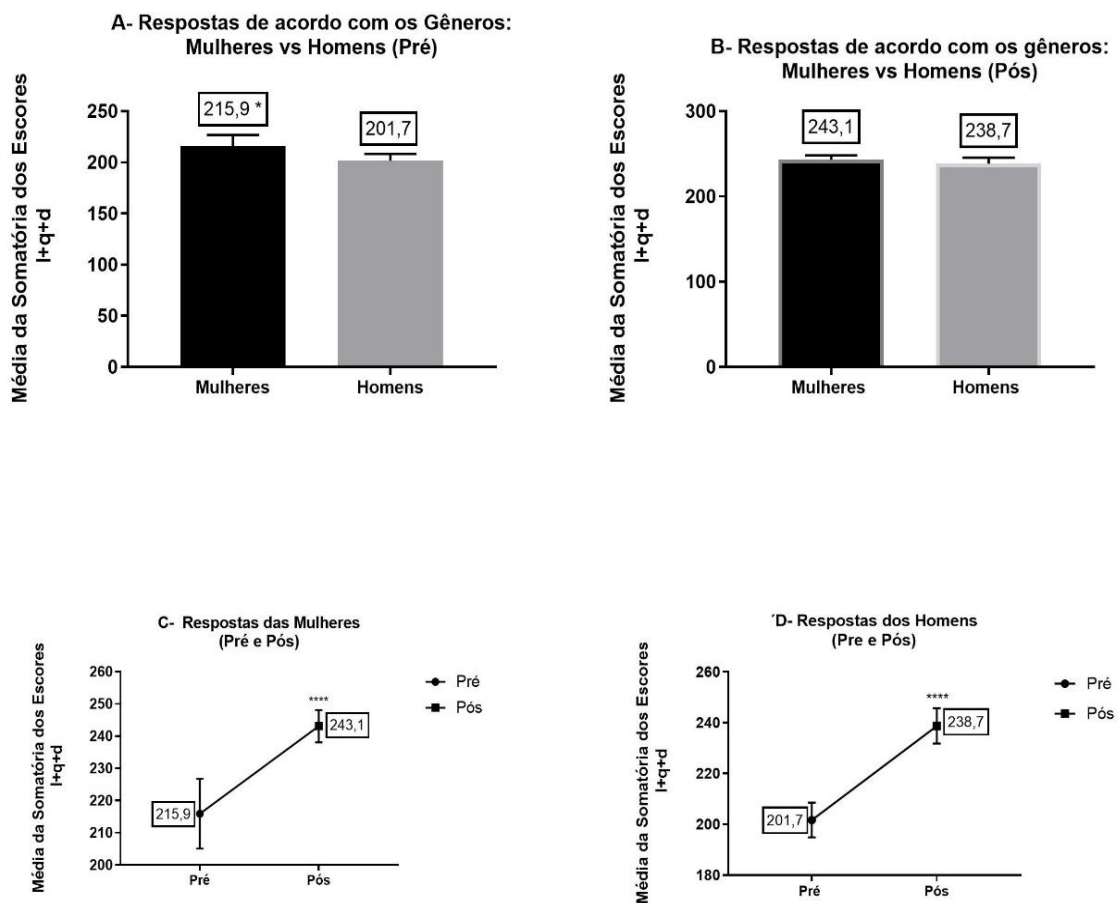
### 6.2.1 Gênero e competência em humanização

Com o uso do teste t-Student não pareado, observamos que no pré-treinamento a média da somatória dos escores (i+q+d) foi maior nas mulheres (215,9 pontos) do que nos homens (201,7 pontos) ( $p = 0,0263$ ) (Figura 5A).

No instante pós-treinamento, essa diferença estatística desapareceu ( $p= 0,2935$ ) (Figura 5B).

Com uso do teste t-Student pareado, comparamos as mulheres pós vs pré-treinamento ( $p <0,001$ ). A média aumentou em 27,2 pontos (Figura 5C).

Com uso do teste t-Student pareado, comparamos os homens nos momentos pós vs pré-treinamento. Houve o aumento de 37 pontos ( $p<0,001$ ) (Figura 5D).

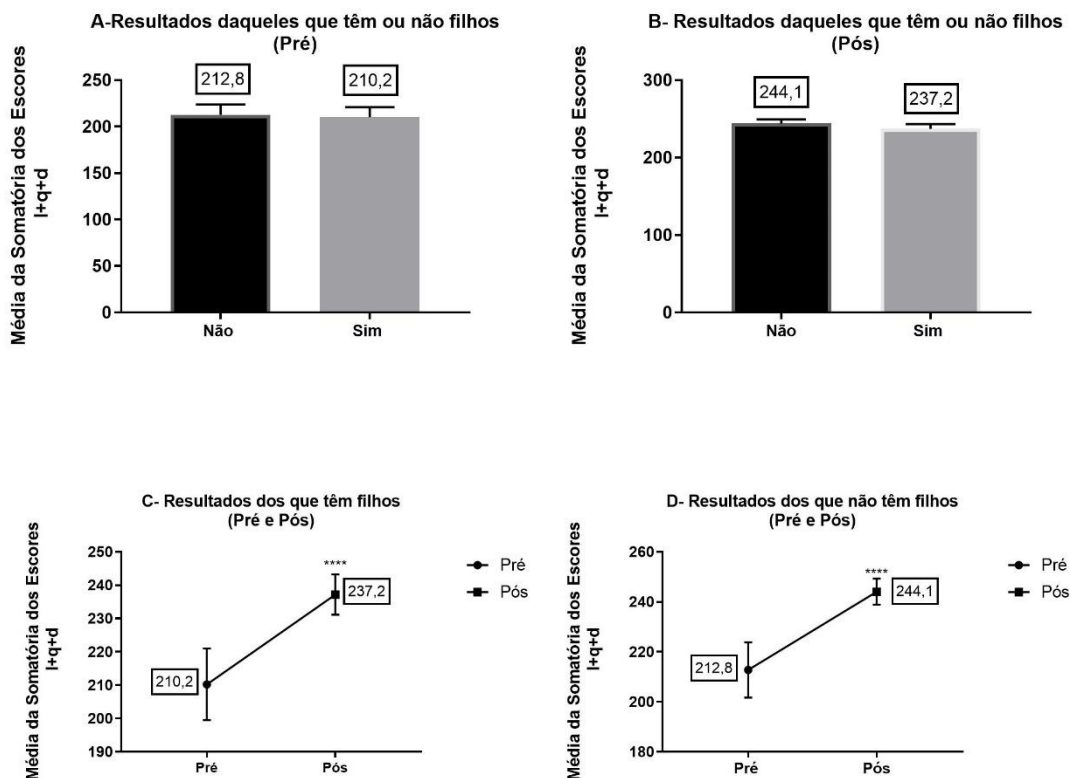


**Figura 5-** Gêneros e competência em humanização. Representações gráficas. Nas figuras A (pré) e B (pós) as barras acima das colunas representam os IC95% das (Mulheres e dos Homens). Os números nas caixas são os escores médios (i+q+d). Na Figura A ( $p<0,05^*$ ). Nos gráficos C e D, cada ponto e sua respectiva numeração em caixa, representa o escore médio (i+q+d) entre os LI e LS dos IC95% das mulheres (C) e homens (D) nos instantes pré e pós-treinamento. Em ambos os casos  $p <0,05^{****}$ .  $n=54$  sujeitos total.

## 6.2.2 Filhos e competência em humanização

Com o uso do teste t-Student não pareado, não encontramos aumento ou diminuição significativa entre os escores (i+q+d) daqueles que têm filhos comparados aos que não têm nos instantes pré ( $p = 0,7364$ ) e pós-treinamento ( $p = 0,0807$ ) (Figuras 6A e 6B).

Comparando os instantes pós vs pré-treinamento, podemos afirmar que houve aumento da média dos escores daqueles que têm filhos (27 pontos) e também dos que não têm filhos (31,30 pontos). Para ambos os casos, o valor de  $p$  foi  $<0,0001$  (Figuras 6C e 6D).



**Figura 6-** Filhos e competência em humanização. Representações gráficas. Nas figuras A (pré) e B (pós) as barras acima das colunas representam os IC95% dos que (têm filhos e dos que não têm filhos). Os números nas caixas são os escores médios (i+d+q). Nos gráficos C e D, cada ponto e sua respectiva numeração em caixa, representa o escore médio (i+q+d) entre os LI e LS dos IC95% dos que têm filhos(C) e não têm filhos(D) nos instantes pré e pós-treinamento. Em ambos os casos  $p < 0,05^{****}$ .  $n=54$  sujeitos total.

### **6.2.3 Estado Civil e competência em humanização**

Com o uso do teste ANOVA (Kruskal-Wallis), tanto no pré como no pós-treinamento não observamos diferenças estatísticas de aumento ou diminuição dos escores das respostas (i+q+d) sobre humanização entre os diversos estados civis (solteiros vs casados vs separados vs viúvos). O p-valor foi  $> 0,05$  tanto no pré quanto no pós-treinamento.

Observamos diferenças nas médias dos escores no pós vs pré-treinamento entre todos os estados civis. As diferenças estatísticas de i+q+d concentraram-se entre solteiros e casados, sendo: solteiros pós vs solteiros pré-treinamento (31,9 pontos;  $p=0,0002$ ); solteiros pós (37,4 pontos) maior que casados pré-treinamento ( $p<0,0001$ ); casados pós (27,9 pontos) maior que casados pré-treinamento ( $p=0,0495$ ).

### **6.2.4 Quantidade de vínculos empregatícios e competência em humanização**

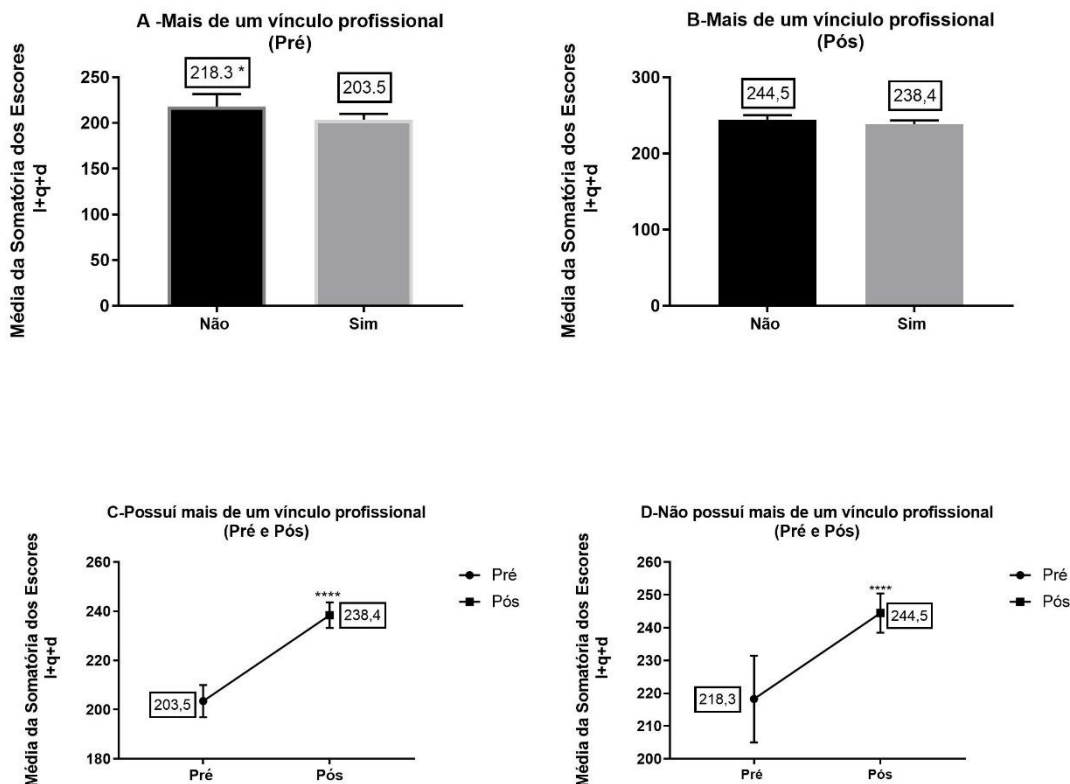
No instante pré-treinamento foi observada diferença estatística entre a média da soma dos escores (i+q+d) daqueles que têm somente um vínculo empregatício (média 218,3) comparados àqueles que têm mais de 1 (média 203,5 pontos) ( $p=0,0461$ ). O teste aplicado foi o teste t- Student não pareado (Figura 7A).

No pós-treinamento a diferença desapareceu ( $p=0,1246$ ) (Figura 7B).

Com uso do teste t-Student pareado nas comparações pós vs pré-treinamento houve aumento tanto para os grupos que possuíam mais de um vínculo empregatício, quanto para os que referiram ter apenas um. Em ambos os casos o p-valor foi  $<0,0001$ .



A diferença entre o pré e o pós-treinamento dos que possuem mais de um vínculo empregatício foi de 34,9 pontos. E dos que não possuem foi de 26,2 pontos (Figura 7C e 7D).



**Figura 7-** Vínculos empregatícios e competência em humanização. Nas figuras A(pré) e B(pós) as barras acima das colunas representam o IC95% dos que (têm mais de um vínculo e dos que não têm). Os números nas caixas são os escores médios (i+d+q). Na Figura A ( $p < 0,05^*$ ). Nos gráficos C e D, cada ponto e sua respectiva numeração em caixa, representa o escore médio (i+q+d) entre os LI e LS dos IC95% dos que têm mais de um vínculo(C) e dos que não têm (D) nos instantes pré e pós-treinamento. Em ambos os casos  $p < 0,05^{****}$ .  $n=54$  sujeitos total.

### 6.2.5 Tempo de atuação profissional e competência em humanização

Não foram observadas diferenças significativas entre profissionais que atuam “até 5 anos de serviço vs aqueles que exercem a profissão há 6 ou mais

anos” tanto nos momentos pré ( $p=0,2159$ ) e pós-treinamento ( $p=0,2193$ ). O teste aplicado foi o t- Student não pareado.

O treinamento gerou maior diferença de médias (pós vs pré-treinamento) nos profissionais com mais tempo de atuação.

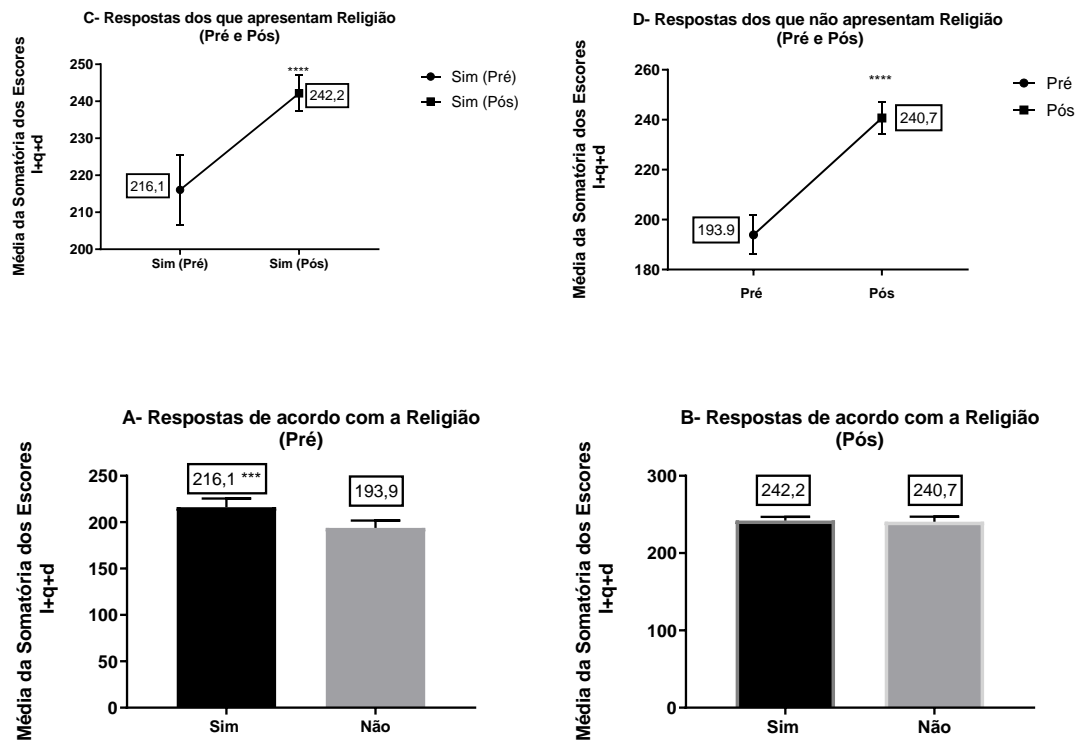
Com o uso do teste t- Student pareado observamos que os profissionais com até 5 anos de serviço aumentaram seus escores após o treinamento em 26,64 pontos em média comparados com os mesmos profissionais no pré ( $p < 0,0001$ ). Já aqueles com 6 anos ou mais de atuação profissional, aumentaram seus escores em 36,50 pontos em média ( $p < 0,0001$ ) após o treinamento, em comparação aos mesmos profissionais no pré-treinamento.

#### **6.2.6 Religião e competência em humanização**

O resultado sobre a média da soma dos escores ( $i+q+d$ ) do pré-treinamento realizado com o teste t-Student não pareado, mostrou que os que têm religião apresentaram escores maiores do que aqueles que não têm ( $p=0,0004$ ). A média das respostas dos que têm foi de 216,1 pontos vs 193,9 pontos dos que referiram não ter (Figura 8A).

Após o treinamento, não houve mais diferença significativa entre os que declararam ter religião e os que negaram ( $p= 0,6972$ ) (Figura 8B).

Com o uso do teste t- Student pareado observamos que a média dos escores aumentou (pós vs pré-treinamento) tanto para os que têm religião (26,1 pontos) como para os que não têm (46,8 pontos). Os dois incrementos foram estatisticamente significativos ( $p < 0,0001$ ) (Figuras 8 C e D).



**Figura 8-** Religião e competência em humanização. Nas figuras A (pré) e B (pós) as barras acima das colunas representam o IC95% dos que (têm religião e dos que não têm). Os números nas caixas são os escores médios (i+q+d). Na Figura A ( $p < 0,05^{***}$ ). Nos gráficos C e D, cada ponto e sua respectiva numeração em caixa, representa o escore médio (i+q+d) entre os LI e LS dos IC95% dos que têm religião (C) e não têm (D) nos instantes pré e pós-treinamento. Em ambos os casos  $p < 0,05^{****}$ .  $n=54$  sujeitos total.

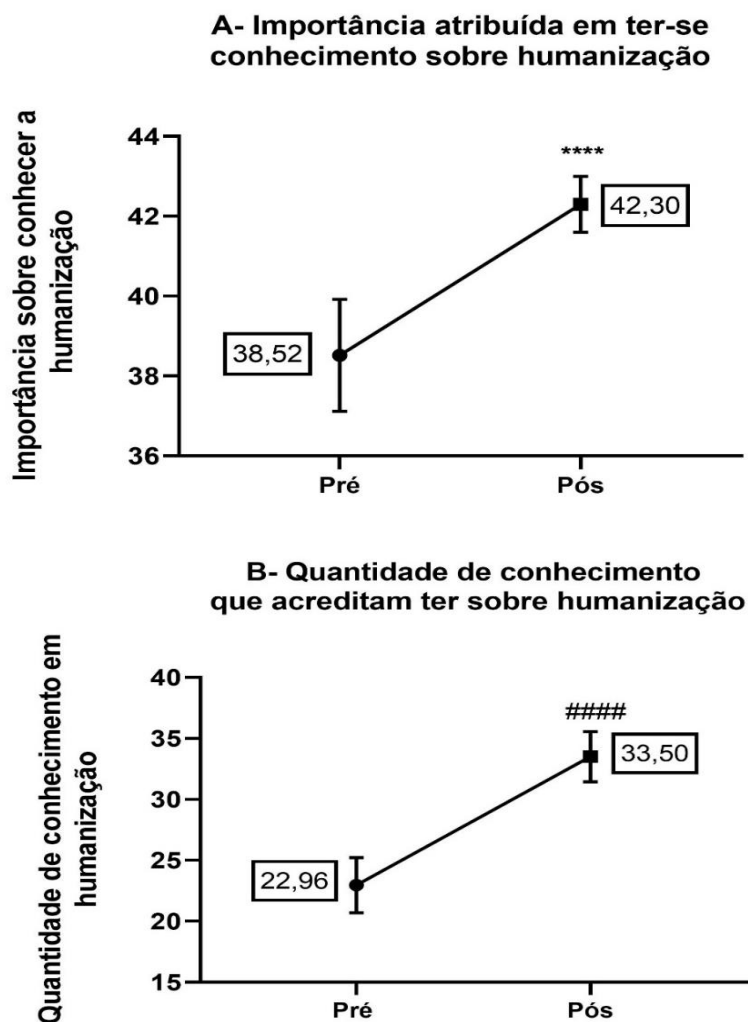
### 6.3 Comparações sobre a autopercepção do conhecimento

#### 6.3.1 Importância atribuída ao conhecimento

Antes do treinamento, as médias dos escores dos sujeitos no quesito “Importância atribuída a ter conhecimento em humanização” foi de 38,52 pontos. No pós-treinamento, essa média passou para 42,30 pontos, diferença significativa a 5% pelo teste t–Student pareado ( $p < 0,0001$ ) (Tabela 4 e Figura 9 A).

### 6.3.2 Quantidade de conhecimento

Antes do treinamento, as médias dos escores dos sujeitos no quesito “Quantidade de conhecimento que acreditam ter sobre humanização” foi de 22,96 pontos. No pós-treinamento essa medida passou para 33,50 pontos, diferença significativa a 5% pelo teste t–Student pareado ( $p < 0,0001$ ) (Tabela 4 e Figura 9 B).



**Figura 9-** Comparações sobre a autopercepção do conhecimento em humanização. Representações gráficas das diferenças das respostas antes e após 15 dias do treinamento profissional. Os escores médios estão numerados nas caixas entre (IC95% LI–LS). A) \*\*\*\*  $p < 0,05$  “Importância (pós) vs Importância (pré)”. B) #####  $p < 0,05$  “Quantidade pós vs Quantidade pré”.  $n = 54$  sujeitos total.

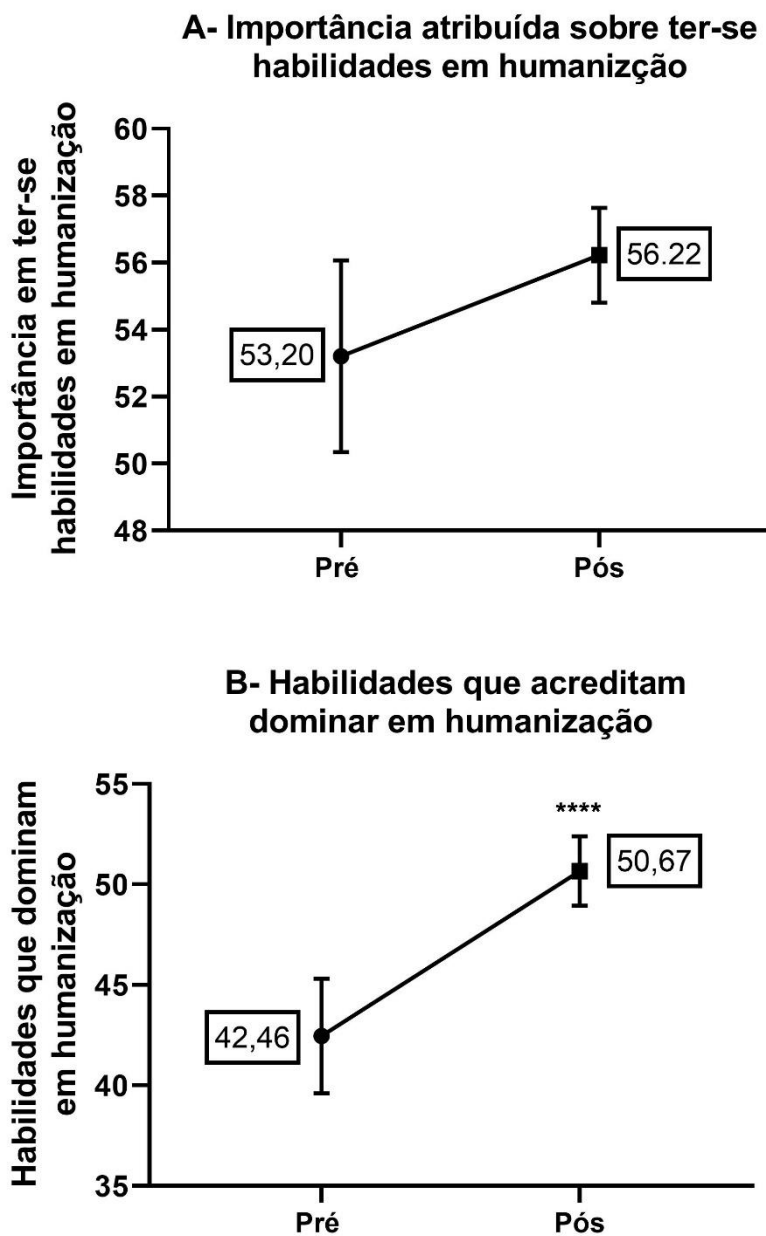
## **6.4 Comparações sobre a autopercepção das habilidades**

### **6.4.1 Importância atribuída às habilidades**

Os escores referentes à “Importância atribuída às habilidades em humanização” no pós-treinamento não aumentaram significativamente em relação aos obtidos no pré. Obteve-se a diferença das médias de 3,02 pontos, ( $p=0,0507$ ) (Tabela 4 e Figura 10A).

### **6.4.2 Domínio atribuído às habilidades**

Quando analisamos os resultados referentes às “Habilidades que acreditam dominar em humanização”, a média dos escores no pós-treinamento foi maior que a do pré. A comparação mostra uma diferença significativa de 8,21 pontos ( $p < 0,0001$ ) (Tabela 4 e Figura 10B).



**Figura 10**-Comparações sobre a autopercepção das habilidades em humanização. Representações gráficas das diferenças das respostas antes e após 15 dias do treinamento profissional. Os escores médios estão numerados nas caixas entre (IC95% LI-LS). A) “Importância (pós) vs Importância (pré)”. B) \*\*\*\*  $p < 0,05$  “Domínio pós vs Domínio” pré.  $n = 54$  sujeitos total.

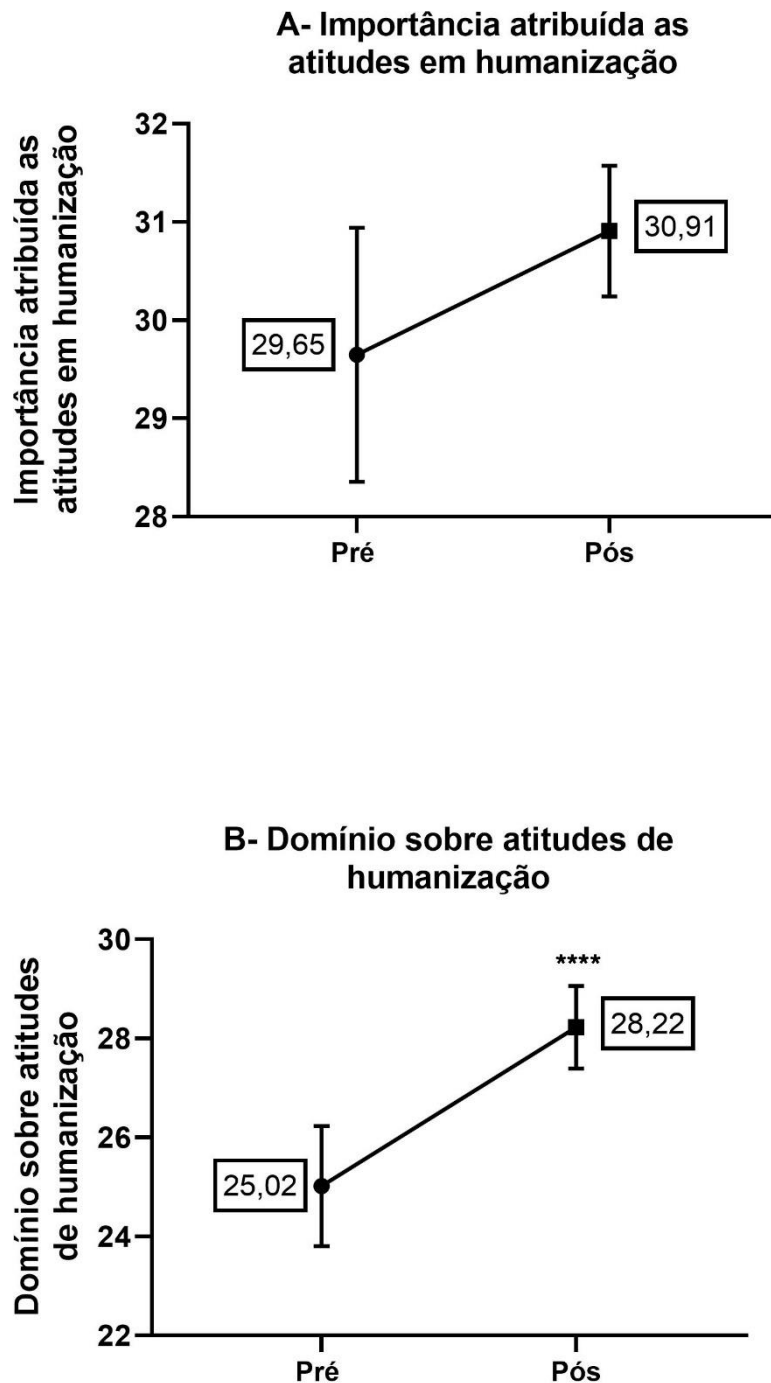
## **6.5 Comparações sobre autopercepções em atitudes**

### **6.5.1 Importância atribuída às atitudes**

Com relação à “Importância atribuída às atitudes em humanização” não houve diferença estatística significativa nos escores no pós vs pré-treinamento ( $p=0,0872$ ; diferença pós vs pré= 1,26 pontos).

### **6.5.2 Domínio atribuído às atitudes**

No mesmo quesito Atitudes, porém desta vez avaliando o “Domínio atribuído às atitudes pessoais em humanização”, obtivemos diferença (pós vs pré-treinamento) de escore de 3,2 pontos, estatisticamente significativa a 5% pelo teste t-Student pareado ( $p<0,0001$ ) (Tabela 4 e Figura 11B).



**Figura 11-** Comparações sobre autopercepções em atitudes em humanização. Representações gráficas das diferenças das respostas antes e após 15 dias do treinamento profissional. Os escores médios estão numerados nas caixas entre (IC95% LI – LS). A) “Importância (pós) vs Importância (pré)”. B) \*\*\*\*  $p < 0,05$  “Domínio pós vs Domínio pré”.  $n = 54$  sujeitos total.



A Tabela 4 abaixo mostra a média, os limites e os p-valores de Conhecimento, Habilidades e Atitudes autoavaliados pelos sujeitos.

**Tabela 4 – Auto avaliações Pré e Pós-treinamento**

Itens Auto- avaliadas	Média Pré Treinamento	Média Pós Treinamento	Diferença das médias	LI e LS (IC95%)			p-valor
				( Pré )	(Pós)	(Pré – Pós)	
<b>Conhecimento:</b> Importância em ter –se conhecimento sobre humanização	38,52	42,30	3,78	[37,12- 39,92]	[41,60- 43,00]	[2,47- 5,08]	<0,0001
<b>Conhecimento:</b> Quantidade de conhecimento que acreditam ter sobre humanização	22,96	33,5	10,54	[20,70- 25,22]	[31,46- 35,54]	[7,91- 13,10]	<0,0001
<b>Habilidades:</b> Importância atribuída às habilidades em humanização	53,2	56,22	3,02	[50,34- 56,07]	[54,81- 57,64]	[- 0,0090- 6,046]	0,0507
<b>Habilidades:</b> Habilidades que acreditam dominar em humanização	42,46	50,67	8,21	[39,62- 45,31]	[48,93- 52,40]	[5,45- 10,95]	<0,0001
<b>Atitudes:</b> Importância atribuída às atitudes em humanização	29,65	30,91	1,26	[28,35- 30,94]	[30,24- 31,57]	[-0,19- 2,70]	0,0872
<b>Atitudes:</b> Domínio atribuído as atitudes pessoais em humanização	25,02	28,22	3,2	[23,80- 26,23]	[27,39- 29,05]	[1,79- 4,61]	<0,0001

## 6.6 Impacto do treinamento em cada categoria profissional

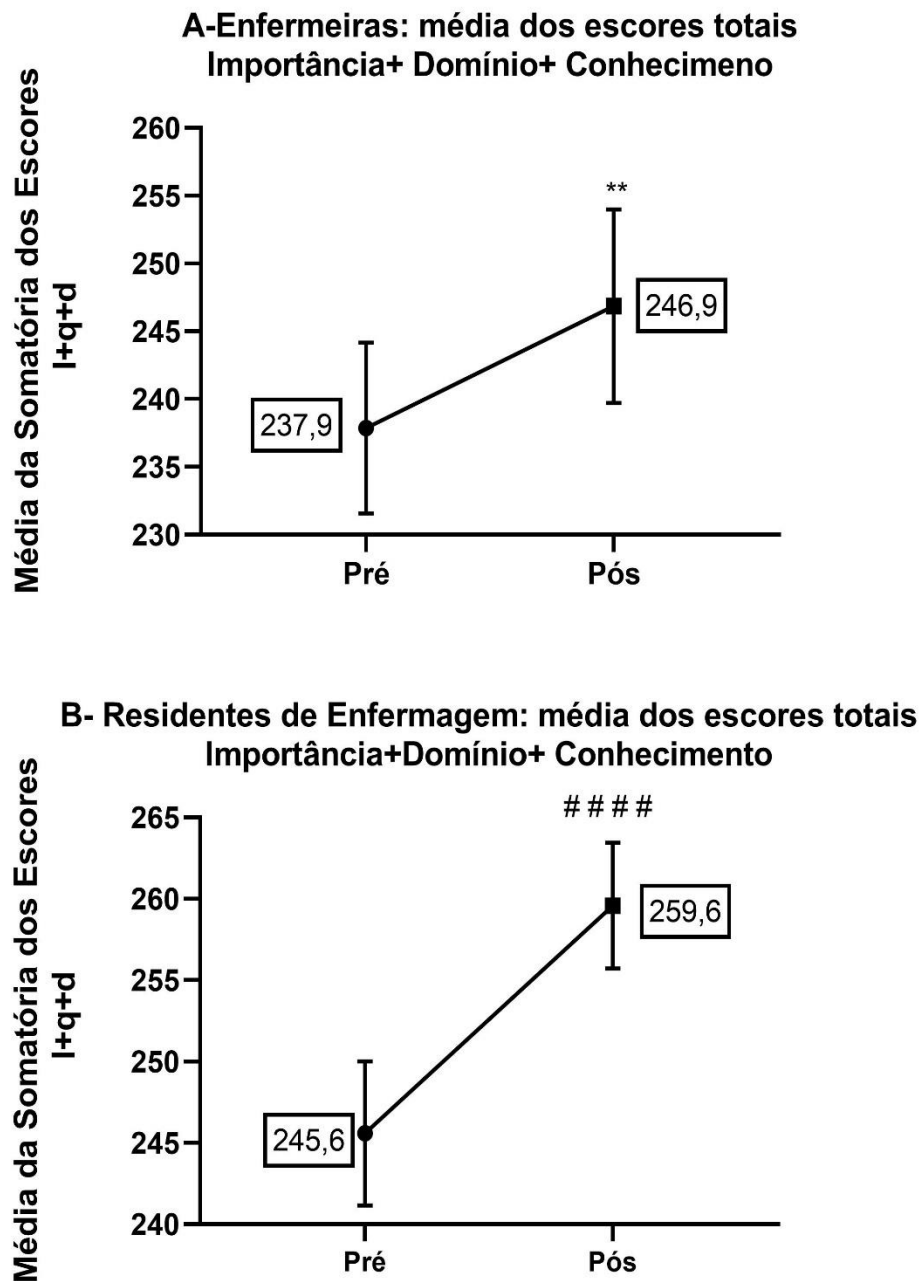
### 6.6.1 Comparações por categorias de profissionais

Em cada categoria profissional, obtivemos os seguintes números de sujeitos: n = 7 para enfermeiras, n= 12 para residentes de enfermagem, n= 4 para psiquiatras, n= 13 para residentes de psiquiatria, n= 5 para técnicos de enfermagem, n=8 para psicólogas e n= 5 para assistentes sociais.

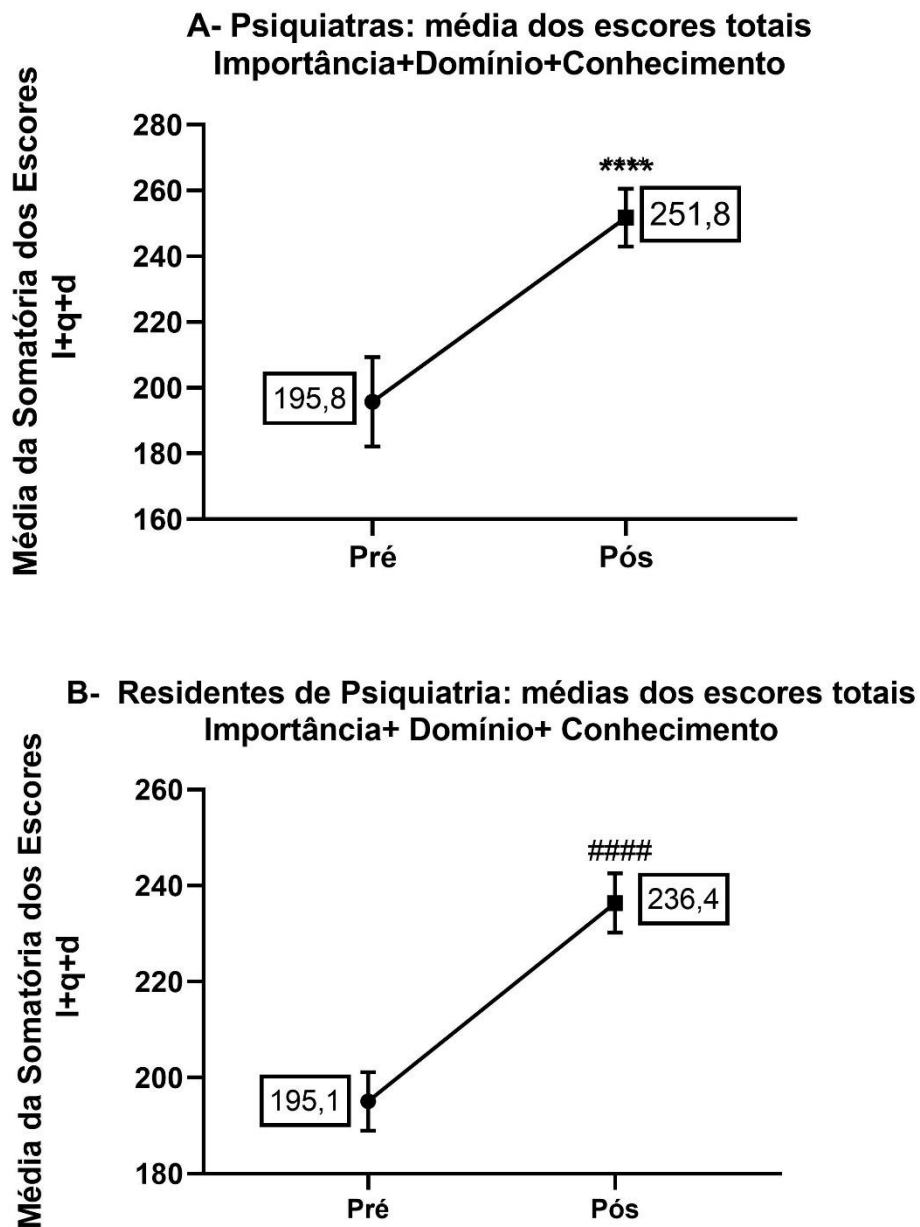
Todas as categorias profissionais analisadas apresentaram aumento das médias dos escores sobre: importância + domínio + quantidade de conhecimento. Quando comparado o pós-treinamento ao pré do mesmo grupo, os resultados foram estatisticamente significativos a 5%, utilizando intervalo de confiança 95% e aplicando-se o teste t- Student pareado (Tabela 5 e Figuras 12 a 14).

**Tabela 5 - Comparações por categorias profissionais – Pós teste vs Pré teste em cada grupo de profissionais**

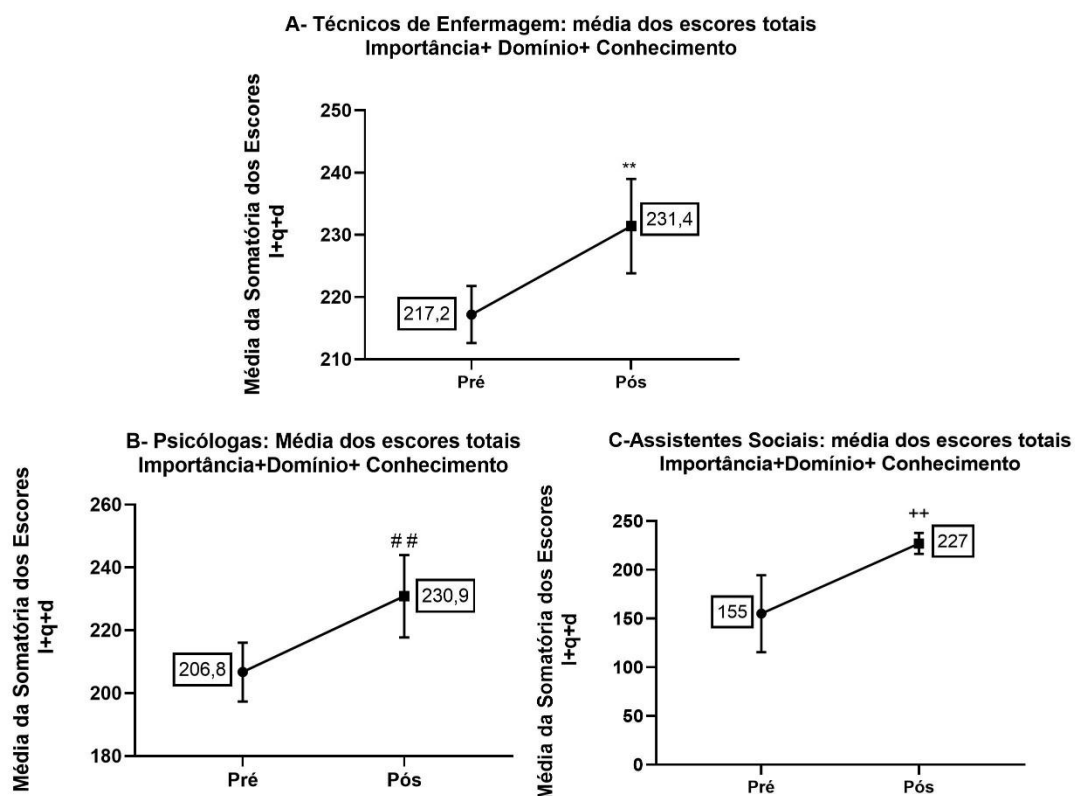
Categoria Profissional	Média Pré Treinamento	Média Pós Treinamento	Diferença das médias	LI e LS (IC 95%)			p-valor
				(Pré)	(Pós)	(Pré – Pós)	
<b>Enfermeiras (n=7)</b>	237,9	246,9	9	[231,6-244,2]	[239,7-254,0]	[4,02-13,98]	0,0045
<b>Residentes de Enfermagem (n=12)</b>	245,6	259,6	14	[241,2-250,0]	[255,7-263,5]	[9,69-18,30]	<0,0001
<b>Técnicos de Enfermagem (n=5)</b>	217,2	231,4	14,2	[212,6-221,8]	[223,8-239,0]	[7,32-21,08]	0,0046
<b>Psiquiatras (n=4)</b>	195,8	251,8	56	[182,2-209,3]	[243,0-260,5]	[44,75-67,25]	0,0005
<b>Residentes de Psiquiatria (n=13)</b>	195,1	236,4	41,3	[189-201,2]	[230,2-242,6]	[30,92-51,69]	<0,0001
<b>Psicólogas (n=8)</b>	206,8	230,9	24,13	[197,7-216,1]	[217,8-244,0]	[9,027-39,22]	0,0069
<b>Assistentes Sociais (n=5)</b>	155	227	72	[115,5-194,5]	[216,3-237,7]	[37,75-106,3]	0,0043



**Figura 12-** Profissionais: Enfermeiras e Residentes de Enfermagem. Representação gráfica das diferenças das respostas antes e após 15 dias do treinamento profissional. Os escores médios (i+q+d) estão numerados nas caixas entre (IC95% LI-LS). A) Enfermeiras\*\* $p < 0,05$  (pós vs pré)  $n=7$ . B) Residentes de Enfermagem####  $p < 0,05$  (pós vs pré)  $n=12$ .



**Figura 13-** Categorias: Psiquiatras e Residentes de Psiquiatria. Representação gráfica das diferenças das respostas antes e após 15 dias do treinamento profissional. Os escores médios (i+q+d) estão numerados nas caixas entre (IC95% LI–LS). A) Psiquiatras \*\*\*\*  $p < 0,05$  (pós vs pré)  $n=4$ . B) Residentes de Psiquiatria ####  $p < 0,05$  (pós vs pré)  $n=13$ .



**Figura 14-** Categorias: Técnicos de enfermagem, Psicólogas e Assistentes Sociais. Representação gráfica das diferenças das respostas antes e após 15 dias do treinamento profissional. Os escores médios (i+q+d) estão numerados nas caixas entre (IC95% LI–LS). A) Técnicos de Enfermagem\*\* $p < 0,05$  (pós vs pré)  $n = 5$ . B) Psicólogas<sup>##</sup>  $p < 0,05$  (pós vs pré)  $n = 8$ . C) Assistentes Sociais<sup>++</sup>  $p < 0,05$  (pós vs pré)  $n = 5$ .

### 6.7 Resultados das estimativas para cada variável (i, q e d) sobre: conhecimentos, habilidades e atitudes em humanização e a relação com as características sociodemográficas da amostra

Foram ajustados modelos de Regressões Lineares Múltiplas para os escores pré-treinamento e para a diferença entre pós e pré-treinamento nas dimensões de: conhecimentos, habilidades e atitudes. Foi verificado se houve diferença significativa entre gêneros (feminino e masculino), estados civis (solteiro, casado ou separado/viúvo), filhos (sim ou não), vínculos (mais de um ou um), religião (sim ou não), anos de serviço (menor que 6 anos ou 6 ou mais anos), idade (aumento ou diminuição do escore a cada 1 ano acrescido) e

categorias profissionais (assistentes sociais, residentes de enfermagem, enfermeiras, psicólogas, residentes de psiquiatria, psiquiatras e técnicos de enfermagem).

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.

Na sequência, para cada tópico, as primeiras tabelas (Tabelas 6,8,10,12,14,16,18,20,22,24,26,28) mostrarão os resultados dos ajustes completos aos quesitos CHA dos tópicos com: IC95%, os LI e LS e p-valores do teste de significância. Posteriormente a essas, outras tabelas, apresentarão as variáveis que se mostraram significativas 5% após o ajuste final. Os pontos apresentados são estimativas que é uma previsão do modelo utilizado nesse estudo.

#### **6.7.1 Conhecimento: Importância atribuída ao conhecimento em humanização no instante pré-treinamento**

O perfil base apresentado na Tabela 7 foi o de assistentes sociais, solteiras com escore inicial de 39,76 pontos em média, para importância atribuída ao conhecimento em humanização (IC95%: 36,69 a 42,83).

As variáveis que se relacionaram com esse quesito foram: Estado civil, psicólogas, psiquiatras e residentes de psiquiatria. Os casados apresentaram escores 3,59 pontos acima dos solteiros, na mesma categoria de trabalho.

Os escores das: psicólogas (-5,20), psiquiatras (-6,31) e residentes de psiquiatria (-7,61) tiveram estimativas com pontuações abaixo daquelas apresentadas no perfil base (Tabela 7).

**Tabela 6 – Ajuste completo para: Importância atribuída em ter-se conhecimento (pré-treinamento)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
<b>Perfil base</b>	40,13	3,24	33,79	46,47	< 0,001
<b>Gênero (Feminino)</b>	1,11	1,61	-2,05	4,26	0,497
<b>Estado Civil (Casado)</b>	7,90	2,65	2,70	13,09	0,005
<b>Estado Civil (Separado ou viúvo)</b>	3,88	2,44	-0,91	8,67	0,120
<b>Filhos (sim)</b>	-4,86	2,89	-10,53	0,80	0,100
<b>Vínculos (sim)</b>	-1,63	2,22	-5,98	2,72	0,468
<b>Anos de serviço (6 ou mais anos)</b>	0,01	1,72	-3,36	3,37	0,996
<b>Religião (sim)</b>	-2,22	1,79	-5,73	1,30	0,223
<b>Idade</b>	-0,02	0,07	-0,17	0,12	0,747
<b>Enfermeiras</b>	3,14	2,37	-1,50	7,78	0,193
<b>Psicólogas</b>	-3,07	2,83	-8,61	2,47	0,284
<b>Psiquiatras</b>	-3,81	3,56	-10,78	3,16	0,291
<b>Residentes Enfermagem</b>	3,47	2,14	-0,72	7,66	0,112
<b>Residentes Psiquiatria</b>	-6,08	3,86	-13,64	1,47	0,123
<b>Técnicos Enfermagem</b>	-0,25	2,72	-5,59	5,09	0,928

**Tabela 7 – Variáveis relacionadas à: Importância atribuída em ter-se conhecimento (pré-treinamento)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
<b>Perfil base</b>	39,76	1,57	36,69	42,83	< 0,001
<b>Estados Civil (Casado)</b>	3,59	1,09	1,45	5,73	0,001
<b>Psicólogas</b>	-5,20	2,00	-9,11	-1,28	0,013
<b>Psiquiatras</b>	-6,31	2,26	-10,74	-1,88	0,008
<b>Residentes Psiquiatria</b>	-7,61	1,77	-11,08	-4,14	< 0,001

### 6.7.2 Conhecimento: Importância atribuída ao conhecimento em humanização (Pós vs Pré-treinamento)

O perfil base encontrado foi o de assistentes sociais solteiras. Elas não tiveram diferença significativa entre os escore pós vs pré-treinamento para a importância atribuída ao conhecimento em humanização na mesma categoria ( $p = 0,085$ ).

As variáveis que se relacionaram com esse quesito (pós vs pré-treinamento) foram: estado civil, psicólogas, psiquiatras e residentes de

psiquiatria. O escore dos profissionais casados tem um aumento menor em 3,26 pontos em relação aos solteiros da mesma categoria profissional (pós vs pré).

Os estados civis: separados ou viúvos não apresentaram diferenças significativas em relação aos solteiros, podendo ser considerados com mesmo comportamento entre pós vs pré-treinamento, para o conhecimento em humanização dentro da variável importância ( $p = 0,369$ ). Psicólogas, psiquiatras e residentes de psiquiatria aumentaram seus escores em relação as demais categorias ( $p < 0,05$ ). (Tabela 9).

**Tabela 8 – Ajuste completo para: Importância atribuída em ter-se conhecimento (pós vs pré)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
<b>Perfil base</b>	6,39	3,49	-0,47	13,25	0,075
<b>Gênero (Feminino)</b>	-1,24	1,74	-4,64	2,17	0,481
<b>Estado Civil (Casados)</b>	-7,51	2,86	-13,12	-1,90	0,012
<b>Estado Civil (Separados ou viúvos)</b>	-3,85	2,64	-9,03	1,32	0,152
<b>Filhos (sim)</b>	4,27	3,12	-1,85	10,39	0,179
<b>Vínculos (sim)</b>	1,70	2,40	-3,00	6,40	0,482
<b>Anos (6 ou mais anos)</b>	-0,24	1,85	-3,88	3,39	0,897
<b>Religião (sim)</b>	-1,28	1,94	-5,08	2,51	0,512
<b>Idade</b>	0,07	0,08	-0,08	0,23	0,363
<b>Enfermeiras</b>	-3,35	2,57	-8,36	1,67	0,198
<b>Psicólogas</b>	3,15	3,05	-2,83	9,13	0,309
<b>Psiquiatras</b>	3,06	3,84	-4,47	10,59	0,431
<b>Residentes Enfermagem</b>	-2,99	2,31	-7,51	1,53	0,203
<b>Residentes Psiquiatria</b>	1,33	4,16	-6,84	9,49	0,752
<b>Técnicos Enfermagem</b>	-0,58	2,94	-6,35	5,19	0,845

**Tabela 9 – Variáveis relacionadas à: Importância atribuída em ter-se conhecimento (pós vs pré-treinamento)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
<b>Perfil base</b>	2,90	1,65	-0,33	6,14	0,085
<b>Estado Civil (Casados)</b>	-3,26	1,15	-5,51	-1,00	0,007
<b>Psicólogas</b>	5,48	2,10	-1,65	9,61	0,012
<b>Psiquiatras</b>	7,48	2,38	-0,63	12,14	0,003
<b>Residentes Psiquiatria</b>	5,04	1,86	-0,34	8,70	0,010



### 6.7.3 Conhecimento: Quantidade de conhecimento que acreditam ter em humanização no instante pré-treinamento

O perfil encontrado e apresentado na Tabela 11 foi o de assistentes sociais, com escore inicial de 11 pontos em média, para quantidade de conhecimento que acreditam ter em humanização (IC 95%: 6,42 a 15,58).

As variáveis que se relacionaram com esse quesito foram as categorias profissionais, em todas elas apresentaram pontuações maiores que as do perfil base ( $p < 0,05$ ) (pré-treinamento) (Tabela 11).

**Tabela 10 – Ajuste completo para: Quantidade de conhecimento que acreditam ter em humanização (pré-treinamento)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
Perfil base	12,27	5,29	1,90	22,65	0,026
Gênero (feminino)	-3,32	2,63	-8,48	1,83	0,214
Estado Civil (Casados)	-0,48	4,33	-8,98	8,01	0,912
Estado Civil (Separados ou viúvos)	1,95	4,00	-5,88	9,79	0,628
Filhos (sim)	3,62	4,73	-5,65	12,89	0,448
Vínculos (sim)	-1,94	3,63	-9,06	5,17	0,595
Anos (6 ou mais anos)	-0,69	2,81	-6,20	4,81	0,806
Religião (sim)	1,93	2,93	-3,82	7,68	0,515
Idade	0,02	0,12	-0,21	0,26	0,846
Enfermeiras	15,84	3,87	8,25	23,43	0,000
Psicólogas	9,87	4,62	0,81	18,93	0,039
Psiquiatras	9,03	5,82	-2,38	20,43	0,129
Residentes Enfermagem	21,55	3,49	14,70	28,40	< 0,001
Residentes Psiquiatria	7,03	6,31	-5,33	19,39	0,272
Técnicos Enfermagem	11,21	4,46	2,47	19,94	0,016

**Tabela 11 – Variáveis associadas a: Quantidade de conhecimento que acreditam ter em humanização (pré-treinamento)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
Perfil base	11,00	2,34	6,42	15,58	< 0,001
Enfermeiras	17,14	17,14	11,15	23,14	< 0,001
Psicólogas	9,50	2,98	3,66	15,34	0,003
Psiquiatras	9,50	3,50	2,63	16,37	0,009
Residentes Enfermagem	21,25	2,78	15,80	26,70	< 0,001
Residentes Psiquiatria	6,92	2,75	1,54	12,31	0,015
Técnicos Enfermagem	13,40	3,30	6,93	19,87	< 0,01

#### 6.7.4 Conhecimento: Quantidade de conhecimento que acreditam ter em humanização no instante (pós vs pré-treinamento)

O perfil base encontrado foi o de assistentes sociais, sem filhos e com mais de 6 anos de serviço. Elas aumentaram significativamente o escore pós vs pré treinamento em 15,21 pontos em média, para o quesito quantidade de conhecimento que acreditam ter em humanização (IC95% 7,15 a 23,28).

As variáveis que se relacionaram com esse quesito (pós vs pré-treinamento) foram: terem filhos, anos de serviço, psicólogas, residentes de enfermagem e técnicos de enfermagem.

Profissionais com filhos tem o escore mais baixo em 6,25 pontos em relação aos sem filhos.

A quantidade de conhecimento (pós vs pré), dos profissionais com 6 ou mais anos de serviço teve um aumento significativo de 9,73 pontos em relação aos profissionais na mesma categoria que tem menos de 6 anos na área.

As estimativas dos escores (pós vs pré) foram: psicólogas (-9,48), residentes de enfermagem (-9,55) e técnicos de enfermagem (-13,24), foram significativamente mais baixas em relação ao perfil base (p-valor < 0,05) (Tabela 13).

**Tabela 12 – Ajuste completo para: Quantidade de conhecimento que acreditam ter em humanização (pós vs pré) “continua”**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
<b>Perfil base</b>	18,04	7,90	2,56	33,52	0,028
<b>Gênero (Feminino)</b>	0,69	3,93	-7,00	8,39	0,861
<b>Estado Civil (Casados)</b>	3,83	6,47	-8,85	16,50	0,558
<b>Estado Civil (Separados ou Viúvos)</b>	-0,71	5,96	-12,40	10,98	0,906
<b>Filhos (sim)</b>	-12,35	7,06	-26,18	1,48	0,088
<b>Vínculos (sim)</b>	10,98	5,41	0,37	21,60	0,049
<b>Anos (6 ou mais anos)</b>	7,38	4,19	-0,83	15,60	0,086
<b>Religião (sim)</b>	-2,41	4,38	-10,99	6,16	0,584
<b>Idade</b>	-0,04	0,18	-0,39	0,32	0,846

**Tabela 12 – Ajuste completo para: Quantidade de conhecimento que acreditam ter em humanização (pós vs pré) “final”**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
Enfermeiras	-8,76	5,78	-20,08	2,57	0,138
Psicólogas	-17,80	6,90	-31,32	-4,28	0,014
Psiquiatras	-14,41	8,68	-31,42	2,60	0,105
Residentes Enfermagem	-10,92	5,21	-21,14	-0,71	0,043
Residentes Psiquiatria	-12,04	9,41	-30,48	6,41	0,208
Técnicos Enfermagem	-17,05	6,65	-30,09	-4,02	0,014

**Tabela 13 – Variáveis associadas à: Quantidade de conhecimento que acreditam ter em humanização (pós vs pré)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
Perfil base	15,21	4,11	7,15	23,28	< 0,001
Filhos (sim)	-6,25	2,83	-11,80	-0,71	0,032
Anos (6 ou mais anos)	9,73	3,62	2,63	16,83	0,010
Psicólogas	-9,48	4,62	-18,54	-0,43	0,046
Residentes Enfermagem	-9,55	4,72	-18,79	-0,30	0,049
Técnicos Enfermagem	-13,24	5,18	-23,39	-3,09	0,014

#### **6.7.5 Habilidades: Importância atribuída sobre ter-se habilidades em humanização (pré-treinamento)**

O perfil base inicial apresentado na Tabela 15 foi o de assistentes sociais, com escore inicial de 36,32 pontos em média, para importância atribuída sobre ter habilidades em humanização (IC 95% 29,44 a 43,20).

As variáveis que se relacionaram nesse quesito foram as categorias profissionais. Em todas elas houve associação estatisticamente significativa quando comparadas ao perfil base, apresentando pontuações maiores ( $p < 0,05$ ) (pré-treinamento). Além disso a cada ano acrescido na idade a estimativa do escore aumenta em 0,32 pontos. (Tabela 15).

**Tabela 14 – Ajuste completo para: Importância atribuída sobre ter-se habilidades em humanização (pré-treinamento)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
Perfil base	28,59	7,86	13,18	44,00	0,001
Gênero (feminino)	3,32	3,91	-4,35	10,98	0,402
Estado Civil (Casados)	7,66	6,44	-4,96	20,28	0,242
Estado Civil (Separados ou viúvos)	-1,44	5,94	-13,08	10,20	0,809
Filhos (sim)	-9,85	7,03	-23,62	3,92	0,169
Vínculos (sim)	0,16	5,39	-10,40	10,73	0,976
Anos (6 ou mais anos)	6,38	4,17	-1,80	14,56	0,134
Religião (sim)	-0,48	4,36	-9,02	8,05	0,912
Idade	0,22	0,18	-0,14	0,57	0,235
Enfermeiras	26,12	5,75	14,85	37,40	< 0,001
Psicólogas	21,72	6,87	8,26	35,17	0,003
Psiquiatras	22,17	8,64	5,23	39,10	0,014
Residentes Enfermagem	29,72	5,19	19,55	39,89	< 0,001
Residentes Psiquiatria	18,63	9,37	0,27	36,99	0,054
Técnicos Enfermagem	18,47	6,62	5,50	31,45	0,008

**Tabela 15 – Variáveis associadas à: Importância atribuída sobre ter-se habilidades em humanização (pré-treinamento)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
Perfil base	36,32	3,51	29,44	43,20	< 0,001
Idade	0,32	0,16	0,01	0,62	0,046
Enfermeiras	20,89	4,67	11,73	30,04	< 0,001
Psicólogas	18,41	4,55	9,49	27,32	< 0,001
Psiquiatras	19,91	5,33	9,47	30,35	< 0,001
Residentes Enfermagem	25,58	4,35	17,06	34,11	< 0,001
Residentes Psiquiatria	12,20	4,18	4,01	20,38	0,005
Técnicos Enfermagem	14,82	5,05	4,91	24,73	0,005

#### 6.7.6 Habilidades: Importância atribuída sobre ter-se habilidades em humanização (pós vs pré-treinamento)

O perfil base encontrado foi o de assistentes sociais, solteiras e profissionais com menos de 6 anos de serviço. As assistentes sociais

aumentaram significativamente o escore pós vs pré treinamento em 26,33 pontos em média, para o quesito importância atribuída sobre ter-se habilidades em humanização (IC95% 15,84 a 36,81)

As variáveis relacionadas com esse quesito foram: estado civil, filhos, anos de atuação profissional e categorias profissionais.

Todas as categoriais profissionais tiveram seus escores de importância atribuída sobre ter habilidades em humanização significativamente mais baixos em relação às assistentes sociais (p-valor < 0,05) (pós vs pré-treinamento) (Tabela 17).

O escore (pós vs pré), dos profissionais casados foi 20,6 pontos menor que os solteiros. Profissionais com filhos, nesse quesito, tiveram um aumento de 22,70 pontos em relação aos profissionais na mesma categoria e sem filhos. Profissionais com 6 ou mais anos de serviço apresentaram crescimento menor em 12,07 pontos em relação às pessoas na mesma categoria profissional que tem menos de 6 anos de atuação na área (Tabela 17).

**Tabela 16 – Ajuste completo para: Importância atribuída sobre ter-se habilidades em humanização (pós vs pré)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
<b>Perfil base</b>	31,28	9,69	12,29	50,27	0,003
<b>Gênero (feminino)</b>	-4,53	4,82	-13,97	4,92	0,353
<b>Estado Civil (Casados)</b>	-20,51	7,93	-36,06	-4,96	0,014
<b>Estado Civil (Separados ou viúvos)</b>	-0,15	7,32	-14,49	14,19	0,984
<b>Filhos (sim)</b>	23,89	8,66	6,92	40,86	0,009
<b>Vínculos (sim)</b>	-3,19	6,64	-16,20	9,83	0,634
<b>Anos (6 ou mais anos)</b>	-10,92	5,14	-20,99	-0,84	0,040
<b>Religião (sim)</b>	-1,18	5,37	-11,70	9,34	0,827
<b>Idade</b>	0,00	0,22	-0,44	0,43	0,991
<b>Enfermeiros</b>	-25,81	7,09	-39,71	-11,92	0,001
<b>Psicólogos</b>	-19,55	8,46	-36,13	-2,97	0,026
<b>Psiquiatras</b>	-16,38	10,65	-37,25	4,49	0,132
<b>Residentes Enfermagem</b>	-25,26	6,39	-37,79	-12,73	< 0,001
<b>Residentes Psiquiatria</b>	-20,03	11,54	-42,65	2,59	0,091
<b>Técnicos Enfermagem</b>	-15,86	8,16	-31,85	0,13	0,059

**Tabela 17 – Variáveis associadas à: Importância atribuída sobre ter-se habilidades em humanização (pós vs pré)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
Perfil base	26,33	5,35	15,84	36,81	< 0,001
Estado Civil (casados)	-20,06	6,71	-33,21	-6,92	0,005
Filhos (sim)	22,70	7,12	8,75	36,64	0,003
Anos (6 ou mais)	-12,07	4,54	-20,96	-3,18	0,011
Enfermeiras	-26,56	6,33	-38,96	-14,16	< 0,001
Psicólogas	-22,34	5,89	-33,88	-10,80	< 0,001
Psiquiatras	-14,82	6,72	-28,00	-1,65	0,033
Residentes Enfermagem	-25,99	6,03	-37,81	-14,18	< 0,001
Residentes Psiquiatria	-19,90	5,96	-31,58	-8,23	0,002
Técnicos Enfermagem	-14,45	6,30	-26,81	-2,09	0,027

### 6.7.7 Habilidades que acreditam dominar em humanização (pré-treinamento)

O perfil base apresentado na Tabela 19 foi o de assistentes sociais. O escore inicial foi de 28,91 pontos, em média, para habilidades que acreditam dominar em humanização (IC95% 22,28 a 35,53).

Todas as categoriais profissionais tiveram seus escores nesse quesito, diferentes estatisticamente e maiores em relação às assistentes sociais (p-valor < 0,05) com exceção dos psiquiatras (p=0,104). A outra variável relacionada a esse quesito foi a de anos de serviço. Profissionais com 6 anos ou mais de atuação tiveram seus escores 5,51 pontos mais baixos em relação aos que tiveram menos de 6 anos (pós vs pré treinamento) (Tabela 19).

**Tabela 18 – Ajuste Completo para: Habilidades que acreditam dominar em humanização (pré-treinamento) “continua”**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
Perfil base	33,95	6,11	21,96	45,93	< 0,001
Gênero (feminino)	-6,46	3,04	-12,42	-0,51	0,040
Estado Civil (casados)	1,54	5,01	-8,27	11,35	0,760
Estado Civil (separados ou viúvos)	4,06	4,62	-4,99	13,11	0,385
Filhos (sim)	1,14	5,46	-9,57	11,84	0,836
Vínculos (sim)	-1,89	4,19	-10,11	6,32	0,654
Anos (6 ou mais)	-5,94	3,24	-12,30	0,42	0,075

**Tabela 18 – Ajuste Completo para: Habilidades que acreditam dominar em humanização (pré-treinamento) “final”**

	<b>Estimativa</b>	<b>Erro- Padrão</b>	<b>LI</b>	<b>LS</b>	<b>p-valor</b>
<b>Religião (sim)</b>	0,80	3,39	-5,84	7,44	0,815
<b>Idade</b>	0,16	0,14	-0,11	0,44	0,260
<b>Enfermeiras</b>	24,01	4,47	15,25	32,78	< 0,001
<b>Psicólogas</b>	9,81	5,34	-0,65	20,27	0,074
<b>Psiquiatras</b>	3,62	6,72	-9,55	16,79	0,593
<b>Residentes Enfermagem</b>	23,43	4,03	15,53	31,34	< 0,001
<b>Residentes Psiquiatria</b>	13,37	7,28	-0,90	27,65	0,074
<b>Técnicos Enfermagem</b>	12,88	5,15	2,80	22,97	0,017

**Tabela 19 – Variáveis associadas às: Habilidades que acreditam dominar em humanização (pré-treinamento)**

	<b>Estimativa</b>	<b>Erro-Padrão</b>	<b>LI</b>	<b>LS</b>	<b>p-valor</b>
<b>Perfil base</b>	28,91	3,29	22,28	35,53	< 0,001
<b>Anos (6 ou mais)</b>	-5,51	2,69	-10,92	-0,11	0,046
<b>Enfermeiras</b>	25,45	3,79	17,83	33,08	< 0,001
<b>Psicólogas</b>	10,22	3,67	2,84	17,61	0,008
<b>Psiquiatras</b>	7,35	4,44	-1,58	16,29	0,104
<b>Residentes Enfermagem</b>	21,59	3,78	13,99	29,19	< 0,001
<b>Residentes Psiquiatria</b>	15,17	3,74	7,64	22,70	< 0,001
<b>Técnicos Enfermagem</b>	17,30	4,10	9,06	25,54	< 0,001

#### **6.7.8 Habilidades que acreditam dominar em humanização (pós vs pré-treinamento)**

O perfil base encontrado foi o de assistentes sociais do gênero feminino. O perfil base aumentou significativamente o escore pós vs pré treinamento em 14,07 pontos em média, para o quesito habilidades que acreditam dominar em humanização (IC95% 4,20 a 23,93).

As variáveis associadas a esse quesito são: gênero e categorias profissionais, exceto psiquiatras ( $p = 0,398$ ). O escore no gênero feminino é mais alto em 7,53 pontos em relação ao masculino.

Todas as categoriais profissionais, com exceção dos psiquiatras, tiveram seus escores significativamente mais baixos em relação às assistentes sociais (p- valor <0,05) (pós vs pré-treinamento) (Tabela 21).

**Tabela 20 – Ajuste completo para: Habilidades que acreditam dominar em humanização (pós vs pré)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
Perfil base	12,08	7,97	-3,53	27,69	0,138
Gênero (feminino)	7,51	3,96	-0,26	15,27	0,066
Estado Civil (casados)	-2,85	6,52	-15,63	9,94	0,665
Estado Civil (separados ou viúvos)	-5,56	6,01	-17,35	6,23	0,361
Filhos (sim)	0,23	7,12	-13,71	14,18	0,974
Vínculos (sim)	1,18	5,46	-9,53	11,88	0,831
Anos (6 ou mais)	4,00	4,23	-4,29	12,28	0,350
Religião (sim)	0,66	4,41	-7,99	9,31	0,882
Idade	0,18	0,18	-0,17	0,54	0,320
Enfermeiras	-21,74	5,83	-33,16	-10,32	0,001
Psicólogas	-12,18	6,96	-25,81	1,45	0,088
Psiquiatras	1,82	8,75	-15,34	18,98	0,836
Residentes Enfermagem	-12,11	5,26	-22,41	-1,80	0,027
Residentes Psiquiatria	-8,63	9,49	-27,23	9,97	0,368
Técnicos Enfermagem	-14,47	6,71	-27,61	-1,33	0,037

**Tabela 21 – Variáveis associadas às: Habilidades que acreditam dominar em humanização (pós vs pré)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
Perfil base	14,07	5,03	4,20	23,93	< 0,001
Gênero (feminino)	7,53	3,61	0,46	14,61	0,042
Enfermeiras	-21,89	4,59	-30,89	-12,89	< 0,01
Psicólogas	-11,85	4,47	-20,61	-3,09	0,011
Residentes Enfermagem	-14,85	4,17	-23,03	-6,67	< 0,001
Residentes Psiquiatria	-10,92	4,82	-20,38	-1,47	0,028
Técnicos Enfermagem	-12,28	5,41	-22,89	-1,67	0,028



### 6.7.9 Atitudes: A importância atribuída às atitudes de humanização (pré-treinamento)

O perfil base apresentado na Tabela 23 foi o de assistentes sociais com menos de 6 anos de serviço. O escore inicial foi de 23,42 pontos para importância atribuída às atitudes em humanização (IC95% 19,41 a 27,44).

As variáveis associadas a esse quesito foram: categorias profissionais e anos de serviço. Os profissionais que tiveram 6 ou mais anos de serviço apresentaram escores 3,37 pontos, em média, abaixo daqueles que tiveram menos de 6 anos de serviço.

Todas as categoriais profissionais tiveram seus escores de importância atribuída as atitudes de humanização significativamente mais altos em relação às assistentes sociais (p- valor <0,05) (Tabela 23).

**Tabela 22 – Ajuste completo para: A importância atribuída as atitudes de humanização (pré-treinamento)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
<b>Perfil base</b>	22,15	4,07	14,17	30,13	< 0,001
<b>Gênero (feminino)</b>	0,92	2,02	-3,04	4,89	0,650
<b>Estado Civil (casados)</b>	2,83	3,33	-3,70	9,37	0,400
<b>Estado Civil (separados ou viúvos)</b>	-1,46	3,07	-7,49	4,56	0,637
<b>Filhos (sim)</b>	-3,12	3,64	-10,24	4,01	0,397
<b>Vínculos (sim)</b>	-1,05	2,79	-6,52	4,41	0,708
<b>Anos (6 ou mais)</b>	-2,24	2,16	-6,47	1,99	0,306
<b>Religião (sim)</b>	-0,86	2,25	-5,28	3,56	0,706
<b>Idade</b>	0,06	0,09	-0,13	0,24	0,548
<b>Enfermeiras</b>	9,36	2,98	3,52	15,19	0,003
<b>Psicólogas</b>	10,35	3,55	3,39	17,32	0,006
<b>Psiquiatras</b>	10,92	4,47	2,15	19,68	0,019
<b>Residentes Enfermagem</b>	8,79	2,69	3,53	14,06	0,002
<b>Residentes Psiquiatria</b>	9,49	4,85	-0,01	19,00	0,057
<b>Técnicos Enfermagem</b>	12,56	3,43	5,85	19,28	0,001

**Tabela 23 – Variáveis associadas às: Importância atribuída as atitudes de humanização (pré-treinamento)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
Perfil base	23,42	2,05	19,41	27,44	< 0,001
Anos (6 ou mais)	-3,37	1,67	-6,65	-0,10	0,049
Enfermeiras	7,88	2,36	3,26	12,50	0,002
Psicólogas	8,64	2,28	4,16	13,11	< 0,001
Psiquiatras	9,70	2,76	4,29	15,11	0,001
Residentes Enfermagem	7,16	2,35	2,55	11,77	0,004
Residentes Psiquiatria	7,04	2,33	2,47	11,60	0,004
Técnicos Enfermagem	11,27	2,55	6,28	16,27	< 0,001

#### 6.7.10 Atitudes: Importância atribuída às atitudes de humanização (pós vs treinamento)

O perfil base encontrado foi o de assistentes sociais. Elas aumentaram significativamente o escore pós vs pré treinamento em 10,60 pontos em média, para o quesito de: Importância atribuída às atitudes de humanização (IC95% 6,73 a 14,47).

Todas as categoriais profissionais tiveram seus escores significativamente mais baixos em relação às assistentes sociais e diferentes entre eles (p-valor < 0,05) (Tabela 25).

**Tabela 24 – Ajuste completo para: Importância atribuída às atitudes de humanização (pós vs pré-treinamento)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
Perfil base	8,65	4,50	-0,17	17,48	0,062
Gênero (feminino)	-0,55	2,24	-4,94	3,83	0,806
Estado Civil (casados)	0,13	3,69	-7,09	7,36	0,971
Estado Civil (separados ou viúvos)	-1,18	3,40	-7,84	5,49	0,731
Filhos (sim)	0,14	4,02	-7,75	8,02	0,973
Vínculos (sim)	-1,17	3,09	-7,22	4,88	0,706
Anos (6 ou mais)	4,01	2,39	-0,67	8,69	0,101
Religião (sim)	0,03	2,49	-4,86	4,92	0,991
Idade	-0,05	0,10	-0,25	0,16	0,649
Enfermeiras	-9,21	3,29	-15,66	-2,75	0,008
Psicólogas	-7,65	3,93	-15,35	0,06	0,059
Psiquiatras	-9,48	4,95	-19,18	0,21	0,063
Residentes Enfermagem	-7,32	2,97	-13,14	-1,49	0,018
Residentes Psiquiatria	-7,28	5,36	-17,80	3,23	0,182
Técnicos Enfermagem	-14,42	3,79	-21,85	-6,99	0,000

**Tabela 25 – Variáveis associadas às: Importância atribuída às atitudes de humanização (pós vs pré-treinamento)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
Perfil base	10,60	1,97	6,73	14,47	< 0,001
Enfermeiras	-10,60	2,58	-15,67	-5,53	< 0,001
Psicólogas	-9,60	2,52	-14,53	-4,67	< 0,001
Psiquiatras	-8,85	2,96	-14,65	-3,05	0,004
Residentes Enfermagem	-9,43	2,35	-14,04	-4,83	< 0,001
Residentes Psiquiatria	-10,29	2,32	-14,84	-5,74	< 0,001
Técnicos Enfermagem	-14,20	2,79	-19,67	-8,73	< 0,001

#### 6.7.11 Atitudes: Domínio atribuído sobre atitudes de humanização (pré-treinamento)

O perfil base apresentado na Tabela 27 foi o de assistentes sociais. O escore inicial foi de 19,40 pontos, para o domínio atribuído as atitudes em humanização (IC95% 16,89 a 21,91).

Feito a regressão múltipla as variáveis: enfermeiras, psicólogas, residentes de enfermagem, técnicos de enfermagem apresentaram estimativas maiores em comparação ao perfil base, após aplicado modelo forward-backward.

**Tabela 26 – Ajuste completo para: Domínio sobre atitudes de humanização (pré-treinamento)**

	Estimativa	Erro-Padrão	LI	LS	p-valor
Perfil base	18,41	2,81	12,90	23,92	< 0,001
Gênero (feminino)	-1,04	1,40	-3,78	1,70	0,460
Estado Civil (casados)	-1,67	2,30	-6,18	2,84	0,472
Estado Civil (separados ou viúvos)	-0,41	2,12	-4,57	3,75	0,847
Filhos (sim)	3,39	2,51	-1,53	8,30	0,185
Vínculos (sim)	-1,48	1,93	-5,25	2,30	0,447
Anos (6 ou mais)	0,12	1,49	-2,80	3,05	0,934
Religião (sim)	1,92	1,56	-1,13	4,97	0,225
Idade	0,11	0,06	-0,02	0,24	0,095
Enfermeiras	5,44	2,05	1,41	9,47	0,012
Psicólogas	7,29	2,45	2,48	12,10	0,005
Psiquiatras	2,27	3,09	-3,78	8,32	0,466
Residentes Enfermagem	11,63	1,85	8,00	15,26	< 0,001
Residentes Psiquiatria	4,44	3,35	-2,12	11,00	0,192
Técnicos Enfermagem	6,13	2,36	1,50	10,77	0,013

**Tabela 27 – Variáveis associadas ao: Domínio sobre atitudes de humanização (pré-treinamento)**

	<b>Estimativa</b>	<b>Erro-Padrão</b>	<b>LI</b>	<b>LS</b>	<b>p-valor</b>
<b>Perfil base</b>	19,40	1,28	16,89	21,91	< 0,001
<b>Enfermeiras</b>	6,74	1,68	3,45	10,03	< 0,001
<b>Psicólogas</b>	7,10	1,63	3,90	10,30	< 0,001
<b>Residentes Enfermagem</b>	10,68	1,53	7,69	13,67	< 0,001
<b>Técnicos Enfermagem</b>	7,60	1,81	4,05	11,15	< 0,001

### 6.7.12 Atitudes: Domínio sobre atitudes de humanização (pós vs pré)

A categoria de residentes de psiquiatria foi a única variável que após a aplicação do forward-backward manteve-se estatisticamente significativa para o domínio sobre atitudes de humanização. Mostrou aumento de 6,28 pontos na estimativa do escore pós em relação ao pré-treinamento (Tabela 29).

**Tabela 28 – Ajuste completo para: Domínio sobre atitudes de humanização (pós vs pré)**

	<b>Estimativa</b>	<b>Erro-Padrão</b>	<b>LI</b>	<b>LS</b>	<b>p-valor</b>
<b>Perfil base</b>	3,73	3,72	-3,57	11,02	0,323
<b>Gênero (feminino)</b>	1,51	1,85	-2,12	5,13	0,420
<b>Estado Civil (casados)</b>	1,12	3,05	-4,86	7,09	0,716
<b>Estado Civil (separados ou viúvos)</b>	0,41	2,81	-5,10	5,92	0,885
<b>Filhos (sim)</b>	-3,08	3,32	-9,60	3,43	0,359
<b>Vínculos (sim)</b>	-0,20	2,55	-5,20	4,80	0,937
<b>Anos (6 ou mais)</b>	0,09	1,97	-3,78	3,96	0,963
<b>Religião (sim)</b>	-2,30	2,06	-6,34	1,74	0,271
<b>Idade</b>	-0,08	0,09	-0,25	0,09	0,355
<b>Enfermeiras</b>	0,90	2,72	-4,43	6,24	0,742
<b>Psicólogas</b>	-2,35	3,25	-8,72	4,02	0,474
<b>Psiquiatras</b>	5,84	4,09	-2,18	13,85	0,161
<b>Residentes Enfermagem</b>	-3,79	2,45	-8,60	1,02	0,131
<b>Residentes Psiquiatria</b>	6,19	4,43	-2,50	14,88	0,171
<b>Técnicos Enfermagem</b>	-0,48	3,13	-6,62	5,65	0,878

**Tabela 29 – Variáveis associadas ao: Domínio sobre atitudes de humanização (pós vs pré)**

	<b>Estimativa</b>	<b>Erro-Padrão</b>	<b>LI</b>	<b>LS</b>	<b>p-valor</b>
<b>Perfil base</b>	2,80	1,65	-0,44	6,04	0,097
<b>Residentes Psiquiatria</b>	6,28	1,95	2,46	10,09	0,002

## **7. DISCUSSÃO**

---

## 7. DISCUSSÃO

### 7.1 Comparativo com outros estudos de intervenção

Os resultados dessa pesquisa sugerem que o treinamento aplicado a profissionais de um grupo especializado em tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas (GREA) em um hospital universitário foi eficaz em aumentar o conhecimento, habilidades e atitudes sobre humanização em todos os grupos de profissionais envolvidos. O conteúdo do treinamento buscou contextualizar a humanização dentro do processo de trabalho em saúde mental e dependência química, o que é de fundamental importância quando comparamos com algumas publicações sobre os desafios com relação à implementação do PNH no exercício profissional<sup>59-63</sup>.

Barros et al.<sup>59</sup> 2006, em uma de suas publicações, discutiram a complexidade de aplicar-se a PNH no processo de trabalho. Eles realizaram um curso de 40 horas em um hospital de cardiologia no Rio de Janeiro e observaram que a comunicação no hospital funcionava longe do ideal. No artigo, apontaram dificuldades como salários baixos, referiram também que profissionais tinham múltiplos vínculos empregatícios e escassez de recursos materiais e humanos. Tais situações podem gerar prejuízos quanto à humanização além de, problemas psicológicos e fisiológicos entre os profissionais de saúde.

Na nossa pesquisa, em conversas prévias ao pré-treinamento junto aos chefes de enfermagem do GREA, estes referiram que seria importante abordar nas aulas diversos temas transversais associados à humanização, pois sentiam defasagens quanto a esses assuntos. Assim como no estudo citado no parágrafo anterior<sup>59</sup>, no GREA os chefes referiram dificuldades quanto à comunicação da equipe com os pacientes, visto que muitos usuários e familiares atendidos na área de dependência química trazem consigo algumas demandas psicológicas, físicas, e sociais que precisam ser levadas em consideração durante a comunicação. Foi relatado que muitos profissionais

sustentavam vários vínculos empregatícios podendo acarretar estresse e exaustão entre a equipe e atitudes menos humanizadas, conforme também observado no estudo citado de Barros et al<sup>59</sup>.

Diferentemente do artigo de Barros et. al<sup>59</sup>, ao invés de 40 hs, nós optamos por uma intervenção breve de 2 hs. Embora tenham sido encontrados na literatura modelos de intervenções em humanização que sugerem de 15 minutos até 360h, dependendo, se forem cursos de atualização, aperfeiçoamento ou especializações<sup>60</sup>, entendemos que 2h de intervenção pareceu ser um tempo eficaz para sensibilizar os profissionais quanto à importância do assunto e poder gerar mudanças nas áreas i+q+d relacionadas à humanização.

Um estudo<sup>41</sup> em uma UTI de um hospital no Rio de Janeiro mostrou que com uma intervenção de 15 minutos em forma de apresentação de slides foi possível melhorar a qualidade das relações entre pacientes e funcionários. Houve no quesito ambiência, a diminuição dos ruídos da unidade.

Também considerando problemas práticos de funcionamento do hospital, verificamos que o período de 2 horas permitiria o afastamento do funcionário para o treinamento com cobertura de outro colega, facilitando a realização da pesquisa no horário regular de trabalho, diminuindo os riscos de não adesão à pesquisa. Abordamos no decorrer do treinamento, dentre vários pontos, a comunicação no acolhimento, gestão participativa e demais ações de humanização.

Diferente do estudo de Barros et al.<sup>59</sup> que abordava as questões de Saúde, Gestão e Trabalho usando a PNH como um dispositivo, a nossa pesquisa não teve como objetivo a formação de trabalhadores em ciclos, mas sim fazer uma intervenção breve e avaliar sua eficácia. Também esperava-se sensibilizar os profissionais para humanização a partir de conceitos que eles, muitas vezes, já sabiam e só precisavam perceberem-se dentro dos contextos cotidianos de trabalho.

Outras pesquisas remetem também à importância da formação em humanização e interligá-la aos processos de trabalho<sup>61-62</sup>. Alguns autores, por



meio de revisão sobre formação em humanização comentam a respeito da relevância de se construir um patamar que seja teórico e que também estabeleça a prática a respeito dessa temática<sup>63</sup>. Há artigos discutindo a constituição de uma “rede de interferências e interação” com enfoque em comunicar o cenário da humanização que está sendo processualmente construído no Brasil<sup>64</sup>.

Ocorreram algumas intervenções na tentativa de implementar a humanização em serviços de saúde e alcançar a imersão dos profissionais na PNH<sup>65</sup>. Tal tentativa é encontrada em uma tese que relata achados sobre a humanização em alguns locais no Rio Grande do Sul no ano de 2009. A pesquisadora escreveu a respeito de diversos trabalhos, dentre eles, um em ambiente hospitalar em que a profissional encarregada promoveu rodas de conversa sobre humanização, envolvendo familiares e a comunidade, acionando a gestão do serviço e estimulando o protagonismo de profissionais da saúde<sup>66</sup>.

Apesar dos artigos mencionados mostrarem os intentos em torno da implementação de intervenções em humanização em alguns serviços de saúde e a importância do ensino-aprendizagem, não encontramos pesquisas quantitativas que mensurassem os resultados antes e depois de treinamentos sob a perspectiva dos próprios profissionais de saúde. Nosso estudo foi um dos primeiros que avaliou a efetividade, pelo menos no curto prazo, de um treinamento nessa área. São ainda mais escassos os estudos de treinamentos de profissionais de saúde mental e dependência química dentro de hospitais sobre a PNH, sendo nosso trabalho uma tradução da importância da contextualização da humanização nesse cenário.

Um trabalho de conclusão de curso realizado por uma aluna em Campo Grande propôs promover um treinamento para equipe assistencial na atenção primária. A atividade durou 45 minutos e focou no acolhimento do serviço de saúde, baseando-se em rodas de conversa. A autora do trabalho qualitativo refere que não conseguiu a participação dos médicos. A equipe que participou do estudo foi multiprofissional (Auxiliares de Enfermagem, Técnicos de

Enfermagem, Enfermeira, Auxiliar de Saúde Bucal e Cirurgião Dentista) e percebeu-se a importância da intervenção pelo retorno dado à aluna através dos profissionais<sup>67</sup>. Em comparação com esse trabalho, o estudo que realizamos teve como público-alvo profissionais do GREA (composto por uma equipe multiprofissional) e o local de intervenção está situado em um Hospital Universitário, contando com a presença de vários médicos, inclusive residentes. Ter a presença desse grupo para nós foi um fator agregador e facilitador para as comparações com as demais categorias profissionais.

Entendemos também que a diversidade de categorias profissionais (enfermeiras, residentes de enfermagem, técnicos de enfermagem, médicos, residentes de medicina, psicólogas e assistentes sociais) presente em nosso estudo, torna-o significativo para o reflexo da abordagem humanizada em vários tipos de atendimentos, alcançando o paciente em sua maior complexidade.

## **7.2 Discussão sobre análises sociodemográficas dessa amostra**

Observamos, na amostra dessa pesquisa, que a participação feminina (72,2%) foi maior que a masculina (27,8%). Vale ressaltar que nos grupos de enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais não houve presença masculina.

Antes da intervenção, as residentes de enfermagem foram as profissionais com nível superior que, somando-se seus escores, obtiveram maior competência em humanização (i+q+d). As assistentes sociais foram as que apresentaram maior diferença média (pós menos pré-treinamento= 72), indicando assim a importância do treinamento também para essas profissionais, já que, após a intervenção realizada, percebemos melhora nas respostas de i+q+d para essas trabalhadoras.

Os dados sobre gênero, em conjunto, nos sugerem que este pode ter influência sobre a sensibilidade nos atributos autoavaliados em humanização: habilidades, conhecimentos e atitudes, sendo que nas categorias em que havia

apenas mulheres, os escores cresceram muito com a intervenção. Pela análise multivariada notamos que houve um aumento estatístico no que se refere às habilidades que acreditam dominar em humanização.

A tendência de cuidado com estereótipo feminino vem ocorrendo através da história. O processo chamado de feminização da saúde aconteceu na enfermagem, por exemplo, com a influência de Florence Nightingale (1820-1910), enfermeira britânica famosa na história da profissão, a qual reafirmou ainda mais a presença das mulheres no cuidado<sup>68</sup>.

Moreira<sup>\*</sup>(1993) citado por Pereira<sup>69</sup> (1999) faz menção de que a saúde mental se encontra entre as áreas em que há mais homens. Apesar disso, na nossa pesquisa, houve pouca representação masculina na enfermagem.

Estudos sugerem que a questão da feminização na enfermagem pode ter “como pano de fundo” ideias de inferioridade associadas ao serviço feminino<sup>70</sup>. Porém, nessa pesquisa, percebemos que a presença do cuidado por profissionais mulheres pode ter sido fator que agregou à humanização, o que ainda não isenta, por parte de algumas pessoas, a ideia de estigma sobre esse gênero em suas funções no trabalho.

A maioria feminina não vem sendo percebida apenas entre profissionais da enfermagem. Algumas publicações mostram e questionam o fato de a área da saúde estar passando, através dos anos, por um processo de feminização, palavra utilizada, para denotar o aumento de mulheres nas profissões de saúde, incluindo profissionais como assistentes sociais e psicólogas, também assim relacionadas à população de estudo aqui abordada<sup>71</sup>. Apesar da subestimação a respeito das mulheres nesses serviços, com os resultados que encontramos, percebemos que elas responderam muito positivamente ao treinamento e a presença delas pode deixar o ambiente de serviço mais humanizado.

Acreditamos que a maternidade e paternidade são características que

---

\* Moreira A. Desmistificando a origem da enfermagem. In: GEOVANINI, Telma et ali. História da Enfermagem: versões e interpretações Rio de Janeiro: Revinter, 1995, 205p.

estão relacionadas à humanização. Algumas pesquisas vêm trazendo reflexões sobre a relevância da participação paterna no processo de humanização desde o nascimento e a questão da equidade de gênero com maior participação da paternidade no processo da construção de família<sup>72</sup>. Outros estudos sugerem, por exemplo, a presença do alojamento materno, sendo considerado como uma estratégia de humanização e da importância do fortalecimento do vínculo entre mãe e filho nesse espaço quando o bebê nasce<sup>73</sup>. Entendemos, portanto, que a humanização constitui um tema importante quando relacionado à maternidade, paternidade e família.

Entre os profissionais que referiram ter filhos, na análise sobre a importância atribuída em ter-se habilidades em humanização, pode ter havido crescimento dos escores, pelas funções que pais e mães já exercem em suas famílias. O fato de agirem com escuta ativa com seus filhos, precisarem acolher em diversos momentos e realizarem gerenciamento de conflitos dentro de suas próprias casas podem ter influenciado. Este estudo não permitiu testar essa hipótese e a influência da paternidade e a maternidade na humanização ainda é incerto, precisando passar por mais investigações.

Quando analisamos os dados sobre vínculos empregatícios, percebemos que 100 % dos psiquiatras e a maioria dos residentes de psiquiatria possuem mais de um.

Sabemos que quanto mais locais de serviço e carga horária apresentados pelos profissionais, maior é a tendência de se desenvolver estresse. Em um estudo em Portugal com médicos e enfermeiros, observou-se que o excesso de trabalho influencia no aumento do estresse<sup>74</sup>. Outro artigo publicado sobre egressos de medicina da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) reportou que os tempos de lazer e descanso podem refletir seriamente no exercício da profissão<sup>75</sup>.

Percebemos, que os residentes de medicina participantes desse treinamento, dedicam-se contratualmente a 60h semanais nessa função e alguns nessa pesquisa escreveram que chegam a ter 5 locais de atuação profissional. Isso acontece, muitas das vezes, para complementar a renda

salarial e adquirirem experiências em demais locais. Médicos psiquiatras responderam ter até 4 empregos.

Estudos evidenciam que para aumentarem os salários, os médicos, exercem a profissão em diversos locais de trabalho, implicando na necessidade contínua de locomoção de um lugar para o outro. Tal rotina poderia prejudicar a qualidade de suas vidas e, conseqüentemente, refletir no exercício profissional<sup>76</sup>. Outros artigos discutem “transtornos mentais em médicos devido aos seus cotidianos de trabalho”<sup>77</sup>.

Em um estudo realizado, os médicos refletiram sobre essa situação e apontaram que o “excesso de demanda, o número insuficiente de médicos nas equipes, a sobrecarga de trabalho e o tempo de consulta como sendo prejudiciais à humanização e à qualidade do atendimento dispensado aos pacientes”<sup>78</sup>. Chernicharo et al.<sup>79</sup>, em um artigo sobre a caracterização do termo humanização, mostraram que os sujeitos participantes do estudo, elegeram a carga horária exaustiva como um dos fatores que não caracteriza o termo humanização. Logo, se compararmos a carga horária de alguns residentes e médicos que participaram de nossa pesquisa, eles parecem ter um dos fatores associados a “não humanização”.

Foram recentemente publicados relatos sobre a desumanização no tratamento de pacientes usuários de álcool. O autor refere como alternativas para combater tal atitude, a implementação de métodos para reduzir a carga emocional dos profissionais de saúde, citando a equipe médica como público importante para realizar a gestão de estresse. Esse mesmo autor escreve sobre a exaustão e ansiedade dos trabalhadores de saúde e menciona que tais fatores têm interferido no processo de desumanização no atendimento ao usuário de álcool<sup>80</sup>.

Acreditamos que esses dados em conjunto: estresse, sobrecarga, exaustão, somados à multiplicidade de vínculos profissionais, possivelmente possam contribuir para uma piora das competências de humanização no serviço. Entretanto, na nossa pesquisa não aplicamos nenhuma escala para medir diretamente essas variáveis e compará-las à humanização da saúde. A

categoria médica que foi a que apresentou sujeitos com mais vínculos profissionais.

Quanto ao tempo de atuação profissional (em anos), enfermeiros e residentes de enfermagem foram os sujeitos que apresentaram o menor tempo. Apesar disso, a enfermagem é a categoria que se encontra diariamente maior período em contato direto com pacientes internados. Sendo assim, os princípios bioéticos, aos quais se relacionam com a PNH na prática de enfermagem, tornam-se muito evidentes quando exercidos ou não. Em um estudo no Hospital São Paulo é descrito que “os enfermeiros orientam suas ações baseando-se nesses princípios e fazendo com que o respeito ocorra naturalmente<sup>81</sup>.

Apesar de alguns enfermeiros exercerem a prática da humanização de maneira natural, quando o profissional trabalha há mais tempo na mesma função, há maiores chances de adquirirem os chamados “vícios da profissão” por executarem as mesmas tarefas grande parte do tempo. Com isso, acabam tendo dificuldades para olhar para as práticas atuais da PNH que vem sofrendo mudanças na implantação dos serviços, o que se tornou um desafio às atitudes repetitivas de maneira padronizada, muitas vezes, adotadas antes da consolidação das diretrizes de humanização<sup>82</sup>.

Em um estudo publicado e realizado para implementação de procedimentos de enfermagem, concluiu-se que um dos motivos para a falta de aceitação de novos procedimentos são os costumes sempre usados na profissão e a falta de vontade de atualizações<sup>83</sup>. Em nossa pesquisa não encontramos dificuldades para que as profissionais de enfermagem realizassem o treinamento, pelo contrário, elas, por diversas vezes, durante o processo, reiteraram a importância de acontecerem mais aulas semelhantes àquelas. As residentes de enfermagem foram as profissionais no pré e pós-treinamento com maiores escores em humanização. Deve-se atentar também para o fato que a amostra de nosso estudo contava com alto número de residentes de enfermagem com tempo de atuação profissional menor, quando comparadas às demais categorias profissionais.

No que diz respeito à espiritualidade e a religião, de todas as categorias profissionais representadas, a única que apresentou pessoas sem religião, foram os médicos. Cinquenta por cento dos psiquiatras e 61,53% dos residentes de psiquiatria (10 profissionais no total) declararam-se sem religião.

Um estudo realizado sobre saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina observou que apenas 20,2% dos estudantes associam a questão espiritualidade a uma postura de conduta ética e humanista e 39,9% associam a humanização à medicina<sup>84</sup>.

Por outro lado, desde os anos 70, pesquisas apontam que a enfermagem vem associando a espiritualidade à humanização<sup>85</sup>. 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 vida<sup>86-87</sup>.

Desse modo, entendemos que a questão da espiritualidade e da religião pode ter influência positiva nas dimensões de humanização. Apesar disso, os nossos resultados não mostraram a vinculação da religião com a humanização, não gerando resultados significativos nas regressões múltiplas, o que pode evidenciar que outros fatores se mostraram mais influentes com relação às variáveis ligadas à humanização.

A partir da caracterização sociodemográfica de um estudo interdisciplinar apenas com profissionais da enfermagem sobre humanização, foi possível realizar algumas comparações com o nosso trabalho. Assim como na intervenção que realizamos, a maioria dos participantes foi do sexo feminino e os solteiros foram em maior número do que os casados. No contexto religioso, houve enfermeiras que não informaram a religião, o que não ocorreu no nosso estudo. Além disso, no comparativo em questão, a maioria foi de católicos seguidos de evangélicos. No nosso estudo, esses percentuais foram iguais (35,18%). O tempo de formados no artigo (8 anos em média) diferiu do encontrado no nosso estudo em que a maioria foram formados de 2-5 anos<sup>88</sup>.

Apesar de, no artigo publicado, não terem sido mostradas comparações entre as variáveis sociodemográficas em relação à humanização, os autores trouxeram a importância de que para se ter uma visão holística do paciente, vale a pena treinar toda equipe. No caso da publicação em questão, tratava-se de um grupo da enfermagem. No nosso estudo, além de aplicarmos as aulas para diversas categorias profissionais, mensuramos os resultados por categoria, de maneira quantitativa, o que tornou a pesquisa inovadora nesse ponto.

No mesmo estudo com enfermeiros de diversas especialidades, foi abordada a questão da interdisciplinaridade na prática da humanização. As autoras referem sobre a necessidade de se desenvolver a comunicação e a perspectiva mais ampliada a respeito de cada paciente, sendo que muitas vezes são enxergados como uma parte, mas não como todo<sup>88</sup>. Entendemos da mesma forma, e que, quanto maior o número de categorias e especialidades envolvidas em intervenções sobre humanização, mais amplos e significativos serão os alcances do atendimento do usuário do serviço de saúde, sendo ele de psiquiatria ou não.

### **7.3 Discussão comparativa dos instantes pré-treinamento, variáveis envolvidas e categorias profissionais**

Observamos que as residentes de enfermagem foram as que obtiveram escores mais elevados na competência sobre humanização no pré-treinamento em relação às demais categorias. Também nos pós apresentaram os maiores escores.

Refletindo sobre o grupo de residentes de enfermagem, além da questão do gênero feminino, conforme discutido nos parágrafos anteriores, também acreditamos que para a alta pontuação dessa categoria há a influência da grade curricular.

A graduação de enfermagem tende a abranger competências ligadas à



humanização. Isso é evidenciado, por exemplo, em um estudo com instituições de níveis superiores em que 59% delas apresentaram algum termo ligado à humanização em sua grade<sup>89</sup>. Em outro artigo, observamos que a enfermagem vem apresentando, por sua natureza e tradição, uma tendência já humanitária<sup>90</sup>.

A humanização em enfermagem na área de saúde mental no Brasil vem passando por um processo de mudança histórica, envolvendo, entre outros engajamentos, a luta do movimento antimanicomial. Os manicômios detinham entraves que ferem os princípios da humanização como o autoritarismo e a indução do sofrimento<sup>91-92</sup>.

Durante o processo da reforma psiquiátrica, houve a implementação de cursos gerais para a capacitação de profissionais a respeito de diversos assuntos, como medicalização e a doença mental. Isso ajudou a proporcionar mudanças efetivas para que se formasse um novo posicionamento crítico da enfermagem em saúde mental<sup>93</sup>. Dessa forma, é possível refletir sobre a importância do treinamento aplicado em nossa pesquisa, para sensibilizar a humanização em profissionais da saúde, dentre outros motivos, também por fazer parte de um processo na historicidade da saúde mental.

Um artigo que traz perspectiva da humanização através dos tempos na enfermagem elucida-se a passagem de uma visão de caridade para aquela “que valoriza o sujeito/cidadão”<sup>94</sup>. Isso é desafiador, não apenas para a enfermagem, responsável pelo cuidado do paciente 24 horas nas instituições, como para toda a equipe multiprofissional. Há, entretanto, a importância de ampliar o entendimento de humanização não apenas nos currículos de enfermagem, mas em todas as áreas da saúde. Percebemos que pesquisas vêm evidenciando tal necessidade na percepção de estudantes da enfermagem e de outras categorias profissionais<sup>95-99</sup>.

A importância de tratar-se a PNH sobre a ótica multiprofissional mostrou-se em nossos resultados algo relevante em todas as categorias profissionais, inclusive com relação à psicologia que foi a segunda categoria profissional com melhor pontuação no instante pré-treinamento.

Vem sendo mostrado em pesquisas que, com o passar dos tempos, a humanização apresenta-se mais compreensível no meio dessa categoria, em atuações em hospitais e outros equipamentos de saúde. Escritores refletem que psicólogos possuem “bagagem” para atuarem em humanização<sup>100</sup>. Assim como a enfermagem, a história da psicologia é marcada com grande representatividade no processo da revolução antimanicomial em nosso país.

Esses estudos e os dados analisados nos remetem a pensar que os saberes multiprofissionais, quando utilizados em prol de objetivos em comum, podem gerar força transformadora, daí a necessidade de conexão entre categorias, e treinamentos integrados sobre PNH.

Textos vêm abordando o destaque do psicólogo no processo de intervenção na PNH, bem como a influência dessa categoria na criação das Políticas Públicas Nacionais<sup>101</sup>, evidenciando assim, os escores indicativos nos profissionais dessa pesquisa.

Espera-se que o serviço social em sua prática execute os princípios norteadores da humanização, sendo atributos inerentes da função de um assistente social. Nesse estudo, porém, este foi o grupo que iniciou com menor escore. Alguns estudos sustentam que aos poucos o serviço social está incorporando no cotidiano a temática de humanização, embora ainda não haja entre o grupo uma precisão dos significados teóricos sobre esse tema<sup>102</sup>.

Outros apontam o fato de o assistente social também, muitas vezes, ser mal compreendido a respeito da dinâmica trabalhista por parte dos outros profissionais de saúde, assumindo, diversas vezes, funções que não lhes competem<sup>103</sup>. Havendo, dessa forma, uma necessidade de promover treinamentos para a integração desses profissionais com os demais.

Os pesquisadores Cardozo et al.<sup>104</sup>, em 2019 referiram em um de seus artigos que as intervenções necessárias para o serviço social precisam acontecer de modo a “fortalecer os princípios antimanicomiais na prática profissional, de ampliar a perspectiva histórica sobre a reforma psiquiátrica e de fomentar um conceito de educação que seja emancipadora”<sup>104</sup>. O foco de nossa intervenção não foi a reforma psiquiátrica em si, mas sim a PNH que, na

saúde mental, carrega alguns de seus princípios.

Entendemos que o tipo de treinamento que propusemos teve um grande enfoque na educação emancipadora.

Pekelman<sup>105</sup>, 2008, quando discorre sobre as práticas educativas no cotidiano em saúde, conceitualiza a educação emancipadora como sendo o ato de fazer de maneira “livre ou libertadora”<sup>105</sup>. Outros textos sobre Educação em Saúde ou Educação e Humanização, incluindo um texto de Freire<sup>106</sup>, 1969 que remete ao papel da educação na humanização, caracteriza esse enfoque de emancipação divergindo do tipo de enfoque bancário. Em nossa pesquisa não seria o ideal chegarmos e depositarmos conteúdos sobre humanização para os sujeitos como se fossem um banco recebendo cédulas. Pelo contrário, nós aproveitamos as práticas e conhecimentos que os participantes do treinamento já vivenciavam sobre humanização e, a partir disso, potencializamos o compartilhamento de tais conhecimentos, reafirmando, assim, a importância dessa construção nas práticas cotidianas.

Essa prática dita emancipadora e de humanização na educação implica em o indivíduo estar aberto ao mundo, percebê-lo e buscar a compreensão atuando com objetivos que culminem em transformação, a pessoa responde a estímulos e também desafios.

Entendemos que, com esse enfoque, trouxemos por meio de nossas intervenções a possibilidade de sensibilizar para um pensamento crítico e reflexivo acerca das atitudes de humanização. A partir da problematização de situações que os profissionais encenaram nas dramatizações, eles puderam contextualizar suas vivências a ponto de saírem das aulas visualizando melhor o que é ser competente em humanização.

Os autores Chiarella et al.<sup>107</sup>, em 2015, escrevendo sobre a relevância da pedagogia emancipadora de Paulo Freire no processo de ensino e aprendizagem na educação médica, promoveram uma fundamentação que usamos para executar nossa intervenção e pudemos identificar resultados relevantes. Segundo os autores, a prática dessa educação é aplicável à

medicina e almeja “estimular a consciência crítica da realidade e a postura ativa”. A autonomia é adquirida em interface ao conhecimento crítico<sup>107</sup>.

Esse é um dos motivos pelo qual acreditamos que cada dado sociodemográfico traz de maneira implícita a história dos sujeitos dessa pesquisa e influencia nas suas práticas de humanização.

Entendemos que o conhecimento, bem como outras variáveis que serão citadas mais adiante, foram adquiridos ou lembrados no decorrer do treinamento também na categoria médica, já que esta apresentou um escore menor em pontuação no pré-treinamento quando comparado aos pós.

Utilizando os descritores “estado civil e humanização”, “gênero e humanização”, “tempo de serviço e humanização”, “filhos e humanização”, “religião e humanização”, “número de vínculos e humanização”, “maternidade e/ou paternidade e humanização”, “idade e humanização” não encontramos estudos que testassem as mesmas variáveis sociodemográficas de maneira quantitativa com a competência em humanização. Realizamos a buscas nos sítios Google Acadêmico, Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Portal BVS (Biblioteca Virtual de Saúde).

Sendo assim, as variáveis sociodemográficas que mostraram associações estatisticamente significativas no instante pré-treinamento foram: a) Estado civil: os casados mostraram maior importância em ter conhecimento em humanização; b) Anos de serviço: os profissionais com 6 anos ou mais de atuação tiveram menor estimativa em habilidades que acreditam dominar em humanização e também menor escore estimado sobre importância atribuída às atitudes em humanização. Além disso, todas as categoriais profissionais apresentaram escores significativamente diferentes em pelo menos uma das variáveis testadas; c) Idade: a cada ano de vida a mais os sujeitos aumentaram o escore para importância atribuída as habilidades em humanização.

Na ausência de outros artigos com metodologia semelhante, a discussão e contextualização na literatura desses achados ficam prejudicadas.

Sobre o conceito de importância e domínio, palavras empregadas no

questionário desse estudo, define-se que importância é aquilo que é “relevante ou necessário”. Domínio é ter “controle ou autoridade”<sup>108</sup>.

Acreditamos que profissionais com mais anos de serviço já sabem melhor o que conseguem dominar no exercício da função. Por isso talvez tenham mostrado que a PNH não estaria dentro daquilo que dominariam em habilidades em humanização. Alia-se a essa hipótese a possibilidade de profissionais em início de carreira serem mais cuidadosos e terem uma visão mais idealizada de sua prática. Com o decorrer do tempo, estes vão ficando mais cansados e isso pode interferir naquilo que pensam controlar ou ter autoridade, além de importarem-se menos com as dificuldades e imperfeições dos serviços de saúde, o que foi mostrado nas atitudes de humanização.

O nosso estudo mostrou que ser casado foi fator de influência positiva. Acreditamos que devido à constituição de um vínculo de compromisso mais próximo, uma necessidade de compartilhamento e relacionamento contínuo, os casados desenvolvam maior conhecimento sobre humanização e levem isso para seu cotidiano, porém não encontramos outras pesquisas que discutiram essa possível associação.

#### **7.4 Discussão comparativa do impacto do treinamento (pós vs pré) e das variáveis envolvidas**

De acordo com Dejours<sup>109</sup>, todos os vínculos humanos criados pelas relações no trabalho entendem-se como “relação de trabalho”. Essa concepção aplica-se dentro do nosso estudo no conceito de gestão participativa e humanização para com os colegas de trabalho.

As variáveis que serão citadas a seguir, avaliadas pelos sujeitos da pesquisa, não dizem respeito, a princípio, somente ao tratamento dos usuários do serviço, mas também, potencialmente ao relacionamento com todos os envolvidos no ambiente de trabalho (demais profissionais e trabalhadores).

Logo, quando citamos que os escores aumentaram, queremos dizer que se espera melhoria no atendimento e na qualidade dos vínculos com os funcionários do hospital em questão, deixando o ambiente mais saudável.

Na análise univariada, a “importância de ter-se habilidades em humanização” não se mostrou diferente estatisticamente, quando comparado o instante pós-treinamento ao pré. Entretanto, quando realizamos as análises multivariadas, percebemos que, para essa mesma variável, todos os profissionais apresentaram aumento e o fato de ter filhos, ter mais de 6 anos de serviço e ser solteiro exerceram influência para esse aumento.

De acordo com Ruas<sup>110</sup>, em 2003, a escola francesa relaciona o quesito competência sustentando 3 elementos fundamentais: o conhecimento é o “saber”, as habilidades são o “saber fazer”, e as atitudes são o “saber agir”. Sendo assim, por meio dessa pesquisa, promovemos a autoavaliação sobre a competência em humanização, conforme citado em páginas anteriores.

Apesar de ter havido aumento em todas as categorias profissionais nos escores pós vs pré-treinamento para competência profissional quando todas as variáveis do estudo (i+q+d) são somadas, quando decompos pela regressão linear múltipla, percebemos que as variáveis ligadas ao conhecimento são apenas: estado civil, vínculos empregatícios, pessoas sem filhos e algumas categorias profissionais que serão mostradas adiante.

No quesito importância atribuída ao conhecimento psicólogas, psiquiatras e residentes de psiquiatria mostraram aumento estatístico nos escores quando comparados ao instante pré. Casados mostraram menor conhecimento (pós vs pré). Já sobre a quantidade de conhecimento, pessoas com filhos, psicólogas, residentes de enfermagem e técnicos de enfermagem mostraram menor conhecimento. Pessoas com mais de 6 anos de serviço mostraram maior escore no quesito quantidade de conhecimento no pós vs pré.

Não encontramos outros estudos quantitativos ou qualitativos que viabilizassem a comparação de humanização para essas variáveis, o que torna o nosso estudo inovador, mas de difícil contextualização. Sugerimos que os casados mostraram diferença significativamente menor entre os momentos pós

e pré para importância atribuída em ter-se conhecimento (o que no instante pré era mais elevada em relação aos demais), pois o treinamento mostrou também impacto para os solteiros (maior número na pesquisa), mesmo que eles não tenham a experiência e convivência de compartilhamento de vínculo relacional próximo que uma vida de casado proporciona.

De acordo com Barroso e Gomes<sup>111</sup>, em 1999, uma das definições de conhecimento é “um corpo de informações, constituído de fatos, informações, teorias, princípios e modelos”<sup>111</sup>. Esses mesmos pesquisadores referem que o conhecimento ao qual pode ser transmitido para sujeitos pela linguagem é chamado de: explícito, codificado ou formal. Porém há aquele pessoal ou chamado informal e é inerente à pessoa. Essa intervenção buscou com a autoavaliação perceber o primeiro conhecimento (aquele que se aprende), mensurado por meio do resultado dos pós vs pré-treinamento.

Ferraz e Belhot<sup>112</sup>, em 2010, analisando a “Taxonomia de Bloom”, sugerem que o desenvolvimento cognitivo, faz parte do primeiro degrau daquilo que se chama de domínio cognitivo e sempre para subir um novo degrau é necessário um desempenho adequado no anterior. Dessa forma, os andares seriam: 1- Conhecimento, 2- Compreensão, 3- Aplicação, 4- Análise, 5- Síntese, 6- Avaliação.

Sendo assim, as categorias profissionais citadas e os fatores sociodemográficos interligados a essa variável, escalonadamente por essa interpretação, subiriam o primeiro andar do saber em humanização.

Quando estudamos o quesito habilidades, encontramos em literatura que o “saber fazer” remete-se aos comportamentos e principalmente às experiências, porque para desenvolver-se é necessário ter vivido algumas situações profissionais e suas contextualizações, reforçando a importância da ação<sup>113</sup>. Por isso também foi importante esperar 15 dias para a reavaliação das variáveis, já que a situação-problema lúdica proposta no treinamento (durante a intervenção) incluiu situações do cotidiano que somente na vivência prática poderiam ser avaliadas pelos sujeitos da pesquisa.

As habilidades são talentos particulares para o exercício prático do conhecimento, aquilo que conduz alguém a realizar algo.

Le Boterf\* (1995) citado por Fleury<sup>114</sup> (2001), também contextualiza habilidades ao conhecimento empírico como o saber fazer e por conseguinte a experiência profissional.

No nosso estudo, as variáveis que se relacionaram positivamente com “A importância atribuída em ter-se habilidades em humanização” foram: ter filhos e a categoria profissional de assistentes sociais. Além disso, o gênero feminino e as assistentes sociais mostraram resultados significativos com relação ao “domínio das habilidades em humanização”, o que já foi discutido anteriormente.

De acordo com Luckesi<sup>115</sup>, quanto mais executa-se uma ação repetitiva de maneira parecida e de igual forma de entendimento, adquire-se uma forma de agir permanente, manifestada em toda nossa essência sob a ótica “corporal, intelectual ou afetiva”<sup>115</sup>. Dessa forma, entendemos que as atitudes (saber-agir) são resultados de um processo de execução contínua que, de acordo com Perrenoud<sup>116</sup>, está ligada ao conhecimento, mas sem limitar-se a ele.

Com relação ao domínio sobre atitudes de humanização, os residentes de psiquiatria foram aqueles que apresentaram melhora nos escores. Um estudo realizado pelas universidades de Harvard e Northwestern<sup>117</sup> vem discutindo a desumanização na medicina. Esse processo seria decorrente dentre outros fatores, à falta de empatia e mecanização. Sugerimos que o fato de os residentes de psiquiatria apresentarem aumento significativo nos domínios das atitudes de humanização após o treinamento pode indicar que essa categoria se apresenta, quando treinados, sensível ao tema.

---

\* Le Boterf Citado por Fleury. Le Boterf, G: De la Compétence- essai sur un attracteur étrange. In: Les éditions d'organisations. Paris: Quatrième Tirage, 1995.



## **8. CONCLUSÃO**

---

## **8. CONCLUSÕES**

### **8.1 Limitações do estudo**

Algumas limitações dessa pesquisa precisam ser mencionadas. 1- O aumento dos escores ocorreu em um hospital com características universitárias. Portanto, o público-alvo foi de profissionais que podem estar mais sensibilizados ao ensino e pesquisa. A generalização para outros modelos de serviços pode ser prejudicada pela nossa especificidade. 2- Obtivemos resultados favoráveis após 15 dias do treinamento. Não sabemos se esses resultados se manteriam por períodos mais longos. 3. Não houve um grupo controle. 4- Nossa amostra foi de 54 sujeitos. Embora obtida através de cálculos estatísticos, os resultados devem ser replicados em amostras maiores.

Devido a essas limitações, seriam interessantes novos estudos com um número de sujeitos maior, em outros locais que não sejam hospitais escolas e com intervalos de tempos diferentes. Também não foi possível avaliar, neste estudo, se os ganhos obtidos no treinamento gerarão mudanças na prática desses profissionais. Nota-se, através dos resultados obtidos, o quanto são importantes os treinamentos, capacitações e mesas redondas sobre humanização. Nesta amostra, um treinamento rápido já foi capaz de promover, pelo menos no curto prazo, melhora nos níveis de i, q e d.

### **8.2 Forças do Estudo**

Apesar das limitações, o estudo apresenta várias qualidades que precisam ser destacadas.

Este estudo promoveu, através de um treinamento rápido, de baixo custo e que pode ser realizado em vários contextos na área da saúde, uma alteração

nos atributos (conhecimento, habilidades e atitudes) associados à humanização. Sua rápida execução (2 horas) produz pouca interferência negativa no funcionamento dos equipamentos de saúde que eventualmente venham a realizá-lo.

A descrição detalhada do treinamento nesta dissertação pode servir de base para aperfeiçoamento deste método e desenvolvimento de novas estratégias de treinamento e ações na área de humanização.

Este estudo, pela ausência de outros similares, parece ser pioneiro no desenvolvimento de treinamentos em humanização.

## **9. ANEXOS**

---

## ANEXO I – Instrumento quantitativo

### Caracterização Sócio Demográfica:

Coloque aqui o número.

**Idade:**

**Categoria Profissional:**

**Sexo:** ( ) masculino ( ) feminino

**Estado civil:**

**Filhos:           Número:**

**Religião:           Qual?           Praticante:**

**Titulação (técnico, bacharel, mestrado, doutorado, residente):**

**Tempo atuação profissional (tempo de formado):**

**Possui mais de um vínculo empregatício? Se sim, quantos?**

Abaixo há uma lista de conhecimentos necessários para o bom desempenho de um profissional humanizado. Você deverá avaliar cada um destes conhecimentos usando duas escalas de julgamento.

Na primeira escala você deverá julgar a importância destes conhecimentos, escrevendo o número de sua resposta na coluna **i**, ao lado de cada conhecimento descrito. Para isso utilize a seguinte escala.

- 0- Sem importância
- 1- Pouco importante
- 2- Importância média
- 3- Importante
- 4- Muito importante

Na coluna **q** você vai julgar a quantidade de determinado conhecimento que você como profissional já dispõe para desempenhar a função. Use a escala abaixo.

- 0- Não tem qualquer conhecimento
- 1- Tem aproximadamente 25% do conhecimento necessário
- 2- Tem aproximadamente 60 % do conhecimento necessário
- 3- Tem aproximadamente 75% do conhecimento necessário
- 4- Tem todo o conhecimento necessário.

Ao final, verifique se não deixou nenhum item sem responder.

	i	q
1. Conhecer algumas definições de Humanização	( )	( )
2. Conhecer o que é a Política Nacional de Humanização	( )	( )
3. Conhecer o que é o Acolhimento	( )	( )
4. Ter conhecimento de Gestão Participativa	( )	( )
5. Conhecer como se dá a ambiência	( )	( )
6. Saber como a Arte e cultura influenciam na Humanização	( )	( )
7. Conhecer como as Práticas do cuidado interligam-se a humanização	( )	( )
8. Saber que a educação permanente faz parte do processo Humanizado	( )	( )
9. Ter conhecimento dos resultados do atendimento Humanizado.	( )	( )
10. Conhecer projetos de Humanização existentes no IPq	( )	( )
11. Saber das Ações educativas realizadas no IPq	( )	( )

Escreva outros conhecimentos de humanização que você julga necessário possuir:

---



---



---



---

Abaixo está uma lista de habilidades necessárias para o bom desempenho das atribuições de um profissional humanizado. Você deverá avaliar cada uma destas habilidades usando duas escalas de julgamento.

Primeiro você deverá julgar a importância destas habilidades para o desempenho da função. Para isso utilize o mesmo procedimento anterior.

Na coluna **d** você irá julgar o quanto você como profissional domina esta habilidade. Use a escala abaixo.

0- Não domina		
1- Possui pouco domínio		
2- Possui domínio médio		
3- Domina quase totalmente		
4- Domina totalmente	<b>i</b>	<b>d</b>
1- Olhar o indivíduo de maneira holística.	( )	( )
2- Realizar atendimento individualizado.	( )	( )
3- Conversar com indivíduo o tempo necessário.	( )	( )
4- Realizar escuta ativa do paciente.	( )	( )
5- Memorizar o nome do paciente com quem você está conversando.	( )	( )
6- Realizar atividade grupal que interaja com pacientes.	( )	( )
7- Acolher familiares e esclarecer suas dúvidas.	( )	( )
8- Procurar outros métodos de atendimento, por exemplo, utilizar o lúdico quando paciente não compreende explicações verbais.	( )	( )
9- Participar de atividades de educação permanente.	( )	( )
10- Perguntar e responder em atividades de educação permanente.	( )	( )
11- Realizar as práticas intervencionistas e do cuidado de maneira paciente.	( )	( )
12- Identificar-se no atendimento do paciente.	( )	( )
13- Explicar ao paciente o que irá ser feito.	( )	( )
14- Explicar ao paciente o que foi feito caso haja dúvidas.	( )	( )
15- Realizar pelo menos uma vez por semana atividade de Ação Educativa com pacientes e/ou familiares.	( )	( )

Escreva outras habilidades em humanização as quais você precisa possuir:

---



---



---



---



---



---

Primeiro você deverá julgar a importância destas atitudes para o bom desempenho da função. Para isso utilize o mesmo procedimento anterior. Na coluna **d** você vai julgar o quanto você já possui desenvolvida esta atitude. Use a escala abaixo:

0- Não tem muito desenvolvida

1- Tem pouco desenvolvida

2- Tem medialmente desenvolvida

3- Tem muito desenvolvida

4- Tem desenvolvida totalmente

	<b>i</b>	<b>d</b>
1. Estar preparado (a) para dar informações adequadas	( )	( )
2. Demonstrar equilíbrio emocional	( )	( )
3. Demonstrar interesse pelo trabalho	( )	( )
4. Ser paciente ao tratar os clientes	( )	( )
5. Ser organizado no desenvolvimento das tarefas	( )	( )
6. Tratar com qualidade	( )	( )
7. Estar atento ao que está executando.	( )	( )
8. Articular meios resolutivos caso não seja você que possa resolver a questão solicitada pelo paciente.	( )	( )

Escreva outras atitudes para as quais você julgue necessário ter como profissional humanizado.

---



---



---



---



---



---



## **ANEXO II – Roteiro rápido de improvisação para capacitação profissional em Humanização- durante a aula, (baseado no questionário que será aplicado antes da aula)**

### **Situação 1:**

A personagem profissional de saúde

- 1- Não se apresenta
- 2- Olha no celular toda hora, e para baixo ao invés de olhar para o paciente.
- 3- Atende ele na frente dos demais, expõe problemas pessoais (brigas com a mãe, com a família na frente dos demais da fila)
- 4- Não espera o paciente completar a frase e interrompe
- 5- Chama o paciente por número, chama outro colega de saúde e refere “o leito tal” com desdém ou apelido “o véio nervoso” ou “o noiado”
- 6- Não tem tempo para acolher familiares
- 7- Não explica, embora tenha dúvidas, sobre procedimentos
- 8- Aplica injeção sem explicar o que irá ser feito após digitação contínua e chama-lo de canto na sala de enfermagem em tom de grosseria
- 9- Não pergunta se há dúvidas

Ao final discutir com equipe da capacitação os achados ponto a ponto de acordo com questionário o qual será aplicado.

### **Situação 2**

A personagem profissional de saúde (médica)

- 1- Não fornece informações sobre quadro do paciente.
- 2- Demora para chama-lo na fila, mas está na sala, conversando no celular, enquanto a fila cresce.
- 3- Quando chama o paciente, é arrogante nas respostas.
- 4- Não recorda-se do que prescreveu na outra consulta, não busca prontuário para verificar.
- 5- Não aciona equipe multiprofissional para causas que necessitariam de outros funcionários.

Ao final discutir com equipe da capacitação os achados ponto a ponto de acordo com questionário o qual será aplicado

**Situação 3 Atendimento humanizado, o inverso das situações anteriormente colocadas.**

## ANEXO III – Slides das aulas de humanização

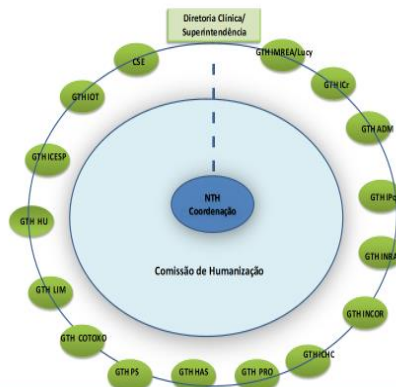


### Ambiência

Propriedade que caracteriza um espaço físico e relacional



### A Rede Humaniza FMUSPHC



**IPo**  
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA  
HCFMUSP

## GESTÃO PARTICIPATIVA

Pensar e fazer coletivo com pessoas envolvidas no processo



- Criação de espaços de discussão para contextualização
- Pensar e decidir coletivamente (gestores, usuários e trabalhadores)
- Equipes interdisciplinares a aproveitamento de inteligência coletiva

### Planejamento, implementação e avaliação de processos

**IPo**  
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA  
HCFMUSP

## Exemplos de Ações de Humanização no Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

**IPo**  
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA  
HCFMUSP

### Datas comemorativas

Homenagens em datas comemorativas, como dia das mães, da secretária, internacional da mulher, pais, natal, etc.



**IPo**  
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA  
HCFMUSP



Prêmio Bicicleta do Mês, para colaboradores que se destacarem em suas atividades



Concurso de fotos

“Olhares do IPq” – Concurso voltado aos pacientes ambulatoriais e internados



Foto vencedora



Calendário



## Música



### Arte e cultura

Paradinha musical para entretenimento de pacientes em área de espera da farmácia ambulatorial

## Projeto Amigos do Bem



Terapia assistida com cães voltado para crianças internadas na enfermaria infantil e Hospital Dia Infantil. Atividades pedagógicas com cães para as crianças atendidas por meio de sessões de Ludoterapia e em grupo de até 4 crianças.



## TAC Projeto Gerontologia



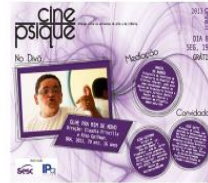
Atividades para idosos da enfermaria geriátrica realizado em parceria com a equipe de psicologia da enfermaria.

## Cine Psique

**IPo**  
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA  
HCFMUSP



Essa atividade visa discutir assuntos ligados à psicopatologia e temas na área da saúde mental com o público presente, profissionais da área do cinema e psiquiatras do Instituto de Psiquiatria, visando diminuir o estigma.



## Datas comemorativas

**IPo**  
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA  
HCFMUSP

Homenagens em datas comemorativas, como dia das mães, da secretária, internacional da mulher, pais, natal, etc.



**IPo**  
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA  
HCFMUSP

- Acolhimento adequado para acompanhantes de pacientes internados
- Enfermarias com número reduzido de pacientes, com foco no atendimento individualizado





## Livro na Porta



Livros recebidos por meio de doações que são catalogados e expostos em uma prateleira no subsolo, onde qualquer pessoa que tenha interesse pode retirá-lo e programar sua devolução no caderno de controle existente no local.



## Outros exemplos



- Redução de fila no atendimento de consultas ambulatoriais
- Agendamento de consultas com horário marcado
- Pesquisa de satisfação do paciente



## Equipe



Ilse de C. Salles Vasconcelos (Coordenadora);  
 Jouce G. de Almeida ( Vice-Coordenadora);  
 Francisco Lotufo Neto (Depto. de Psiquiatria FMUSP);  
 Renato Del Sant (Hospital Dia Adultos);  
 Edna Rodrigues (Escola de Excelência);  
 Maria de Fátima Castanheira ( Farmácia);  
 Graça Maria R. de Oliveira (Psicologia);  
 Andreza Miranda (Gestão de Pessoas);  
 Zulmira M. Lobato (Nutrição);  
 Márcia M. Siqueira (Voluntárias);  
 Cristina E. Igue (Hotelaria);  
 Julieta Magalhães e Rosa Maria Bocuto (CCI).



## Referências Bibliográficas



- Guia Técnico –político para desenvolvimento da Humanização das Práticas de Saúde -2014- Diretoria Clínica e Superintendência HCFMUSP 2014
- Rede Humaniza FMUSPHC – Programa Vitrine da Humanização – Núcleo Técnico e Científico de Humanização- Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

## Contato



[humaniza.ipq@hc.fm.usp.br](mailto:humaniza.ipq@hc.fm.usp.br)



## **10. REFERÊNCIAS**

---

## 9. REFERÊNCIAS

1. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Núcleo Técnico e Científico de Humanização. Rede Humaniza FMUSPHC. Diretoria Clínica Superintendência HCFMUSP. Guia Técnico-político para Desenvolvimento da Humanização das Práticas de Saúde. São Paulo: FMUSPHC; 2015.
2. Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 4ªed. Curitiba: Positivo; 2009.
3. Goulart BMG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde - contribuições para reflexão. *Ciênc. saúde colet.* 2010; 15(1):255-68.
4. Machado C, Sabetzki S. Humanização Parapsíquica na UTI: Assistência integral ao paciente crítico. Associação Internacional Editares; 2017.
5. Lopes AD, Lichtenstein A. William Osler. *Rev Med (São Paulo)*. 2007; 86(3):185-18.
6. Silva FD, Chernicharo IM, Ferreira MA. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. *Esc. Anna Nery [internet]*. 2011; 15(2):306-313.
7. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saude soc.* 2004; 13(3):30-35.
8. OMS-UNICEF. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde;1978; Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978.
9. Almeida ME. Guerra e desenvolvimento biológico: o caso da biotecnologia e da genômica na segunda metade do século XX. *Rev. bras. epidemiol. [Internet]*. 2006; 9(3): 264-282.
- 10.OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) de 22 de julho de 1946.
- 11.Serapioni M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. *Hist. cienc. saude-Manguinhos [Internet]*. 2019; 26(4): 1169-1187.
- 12.Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2009; 14(1): 297-305.

13. Carneiro NGO, Rocha LC. O processo de desospitalização de pacientes asilares de uma instituição psiquiátrica da cidade de Curitiba. *Psicol. cienc. prof.* [internet]. 2004; 24(3): 66-75.
14. Trajano ARC, Silva R. Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. *Polis e Psique*. 2012; 2(3):16-36.
15. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2005; 9(17): 389-394.
16. Turiani M, Cerullo P, Calegari RC. Assistência Humanizada no Departamento de Emergência. In: Fonseca AS, Peterlini FL, Cardoso MLAP, Lopes LLA, Diegues SRS, organizadores. *Enfermagem em Emergência*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 65-74.
17. Brasil. Leis etc. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*. 1990 16 jul.
18. Brasil. Leis etc. Lei n. 9.029, de 13 de abril de 1995. Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*. 1995 17 abr.
19. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Artigo 196. Brasília (DF): Senado Federal.
20. Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Rev. bras. educ. med.* 200; 33(2): 253-61.
21. Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009; 13 (Suppl 1): 701-8.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
23. Varela FJ. O reencantamento do concreto. In: Pelbart PP, Costa R, organizadores. *Cadernos de Subjetividade: O reencantamento do concreto*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 71-86.

24. Rios IC, Battistella LR. Gestão da humanização das práticas de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Saude soc. [Internet]. 2013; 22(3): 853-65.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Dicas em Saúde. Acolhimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSus: Política Nacional de Humanização - PNH. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
27. Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2006; 14(6): 837-42.
28. Galvanese ATC. A produção do cuidado através de atividades de arte e cultura nos Centros de Atenção Psicossocial CAPS/Adultos do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.
29. Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2009; 18(2): 338-46.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos HumanizaSUS. Volume 5. Saúde Mental. Brasília (DF) : Ministério da Saúde; 2015.
31. Brasil. Leis etc. Lei n. 10216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2001 9 abr.; Seção 1:2.
32. Ribeiro M, Laranjeira R, organizadores. O tratamento do usuário de crack. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
33. Seibel SD, Toscano Jr A. Dependência de Drogas. São Paulo: Atheneu, 2001.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 336 de 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento

- dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2002.
35. Ribeiro M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2004; 26 (Supl 1): 59-62.
  36. Vargas D. Validação de construto da escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e a pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool. Rev. psiquiatr. clín. [Internet]. 2014; 41(4): 106-11.
  37. Torres VSF, Albuquerque AM, Porto VA, Santos IBC, Oliveira MJGS, Costa MML. Humanization of care by the hospital nursing team: the customer's viewpoint. Journal of Nursing UFPE on line. 2013; 7(10): 6093-100.
  38. Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. Rev. esc. enferm. USP. 2016; 50(3): 427-33.
  39. Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, Meier MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. Rev. bras. enferm. 2013; 66(2): 174-79.
  40. Abreu NRA, Barbosa MAC, Baldanza RF, Mélo Júnior JB, Oliveira SS. Análise do processo de humanização em um hospital público. Gestão & Planejamento. 2012; 12(3): 615-30.
  41. 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 . 2017; 10(250): 1-7.
  42. Curry LA, Brault MA, Linnander EL, McNatt Z, Brewster AL, Cherlin E, Flieger SP, Ting HH, Bradley EH. Influencing organisational culture to improve hospital performance in care of patients with acute myocardial infarction: a mixed-methods intervention study. BMJ Qual Saf. 2018; 27(3): 207-17.
  43. Corradi-Webster CM, Minto EC, Aquino FMC, Abade F, Yosetake LL, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado EF. Capacitação de profissionais do programa de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.). 2005; 1(1):1-10.

44. Amorim TR, Lazarini WS, Siqueira MM. Atenção à dependência química na Universidade Federal do Espírito Santo: possibilidades da extensão universitária. Esc. Anna Nery [Internet]. 2007; 11(4): 717-21.
45. Miranda KCL, Barroso MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2004; 12(4): 631-5.
46. Ludwig ACW. A pesquisa em educação. Revista Linhas. 2003; 4(2).
47. Charlot B. A pesquisa educacional entre conhecimentos, políticas e práticas: especificidades e desafios de uma área de saber. Ver. Bras. Educ. 2006; 11(31): 7-18.
48. Machado LM, Maia GZA, Labegalini ACFB, organizadores. Pesquisa em Educação: passo a passo. 1a ed. Marília: Edições M3T Tecnologia e Educação, 2007. v.2.
49. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa. 2005; 31(3): 443-466.
50. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Instituto de Psiquiatria. Departamento de Psiquiatria. Apresentação. São Paulo: IPq - HCFMUSP; 2017.
51. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Instituto de Psiquiatria. Programa do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas – GREA. Apresentação. São Paulo: IPq - HCFMUSP; 2019.
52. Magalhães ML, Borges-Andrade JE. Auto e hetero-avaliação no diagnóstico de necessidades de treinamento. Estud. psicol. 2001; 6 (1):33-50.
53. Pereira ES, Ferreira MS. Treinamento de Pessoal [trabalho de conclusão de curso]. Anápolis: Curso Superior de Tecnologia em Gestão de Recursos Humanos, Faculdade Católica de Anápolis; 2014.
54. Martins JS. Situações práticas de ensino e aprendizagem significativa. Campinas: Autores associados, 2009. (Coleção Formação de professores).
55. Menegolla M, Sant'Anna IM. Por que planejar? Como planejar?: currículo – área- aula. 13a ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

56. Gandin D, Gandin LA. Temas para um projeto político-pedagógico. 5a ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
57. Ferreira OMC, Silva Júnior PD. Recursos audiovisuais no processo ensino aprendizagem. São Paulo: Pedagógica e Universitária LTDA; 1986.
58. Courtney R. Jogo, teatro e pensamento. As bases intelectuais do Teatro na Educação. Tradução de: Karen Astrid Müller e Silvana Garcia. São Paulo: Perspectivas; 1980.
59. Barros MEB, Mori ME, Bastos SS. O desafio da Política Nacional nos processos de trabalho: o instrumento Programa de Formação em Saúde e Trabalho. Cad. Saude Colet. 2006; 14(1): 31-48.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1).
61. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2009; 13(Suppl 1): 603-13.
62. Mello Vania Correa de, Bottega Carla Garcia. A prática pedagógica no processo de formação da Política Nacional de Humanização (PNH). Interface (Botucatu) [Internet]. 2009; 13(Suppl 1): 739-45.
63. Barbosa GC, Meneguim S, Lima SAM, Moreno V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013; 66(1): 123-7.
64. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface (Botucatu) [Internet]. 2009; 13(Suppl 1): 531-42.
65. Prefeitura Municipal do Alegrete. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Alegrete(RS): Secretaria Municipal de Saúde, 2013.
66. Mello VRC. Estratégias de humanização do cuidado em saúde mental: Cartografando as Intervenções de Apoiadores Institucionais

- [dissertação]. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
- 67.**Ribeiro PFGV. Treinamento da equipe assistencial visando humanização e acolhimento no atendimento primário à saúde [trabalho de conclusão de curso]. Campo Grande: Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul; 2019.
- 68.**Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cad. Pagu*. 2005; 24: 105-25.
- 69.**Pereira A. O cotidiano profissional do enfermeiro: das aparências às diferenças de gênero [tese]. Santa Catarina: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
- 70.**Souza LL, Araújo DB, Silva DS, Bêrredo VCM. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. *Ciências & Cognição*. 2014; 19(2): 218-32.
- 71.**Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. *Athenea Digital*. 2013; 13(2): 239-44.
- 72.**Tarnowski KS, Próspero ENS, Elsen I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2005; 14(spe): 102-8.
- 73.**Dittz E, Madeira LM, Duarte ED. Alojamento materno: construindo uma estratégia de humanização da assistência. *Rev. Min. Enf*. 2004; 8(4): 490-4.
- 74.**Silva MCM; Gomes ARS. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estud. psicol. (Natal)*. 2009; 14(3): 239-48.
- 75.**Torres AR, Ruiz T, Müller SS, Lima MCP. Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(2): 264-75.
- 76.**Maciel RH, Santos JBF, Sales TB, Alves MAA, Luna AP, Feitosa LB. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(5): 950-6.



77. Cabana MCFL, Ludermit 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.
78. Gomes AMA, Caprara A, Landim LOP, Vasconcelos MGF. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro).* 2012; 22 (3): 1101-19.
79. Chernicharo Isis de Moraes, Silva Fernanda Duarte da, Ferreira Márcia de Assunção. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. *Esc. Anna Nery [Internet].* 2014; 18(1): 156-62.
80. Fontesse S, Demoulin S, Stinglhamber F, Maurage P. Dehumanization of psychiatric patients: Experimental and clinical implications in severe alcohol-use disorders. *Addict Behav.* 2019; 89: 216-23.
81. Almeida BI, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Rev. bras. enferm.* 2007; 60(5): 546-55
82. Beck CLC, Gonzales RMB, Denardin JM, Trindade LL, Lautert L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 2007; 16(3): 503-10.
83. Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de Enfermagem em serviços hospitalares. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2008; 16(6): 966-72.
84. 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.
85. Sá AC, Pereira LL. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. *O MUNDO DA SAÚDE São Paulo.* 2007; 31(2): 225-37.
86. Reginato V, Benedetto MACD, Gallian DMC. ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA E ENFERMAGEM. *Trab. educ. saúde [internet].* 2016; 14(1): 237-55.

87. Dezorzi LW, Crossetti MGO. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2008; 16(2): 212-7.
88. Gontijo AML, Paula MAB. As representações sociais sobre a interdisciplinaridade e a prática da humanização por enfermeiros. *Revista Ciências Humanas – UNITAU (TAUBATÉ)*. 2011; 4(1): 170-88.
89. Almeida DV, Chaves EC. O ensino da humanização nos currículos de graduação em enfermagem. *Einstein*. 2009; 7(3): 271-8.
90. Feldmann MA, Toniello S., Azevedo DO, Silva DD, Oliveira ID. Aspectos de humanização do serviço de enfermagem no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. *Rev. Bras. Enferm.* 1973; 26(6): 515-26.
91. Goulart. MBS. *Histórias da Psicologia no Brasil: As raízes italianas do movimento antimanicomial*. 1ª ed. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2007.
92. Magnago C, Tavares CMM. A formação de enfermagem direcionada para os ideais da reforma psiquiátrica. *Rev. Enferm. Brasil*. 2011; 10(2): 99-107.
93. Lima LV, Amorim WM. A prática de enfermagem psiquiátrica em uma instituição pública no Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2003; 56(5): 533-7.
94. Casate JC, Correa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005; 13(1): 105-11.
95. 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.
96. Santos BM, Silva RMCRA, Pereira ER, Joaquim FL, Goés TRP. A percepção dos estudantes de Enfermagem sobre o cuidado humanizado: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018; 71(Suppl 6): 2800-7.
97. 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.

98. Ferreira S, Condori R, de Souza F. Políticas públicas para saúde e educação: conceito de humanização na formação de enfermeiros. *Revista @mbienteeducação*. 2019; 12(3): 154-69.
99. Medeiros LMOP, Batista SHSS. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. *Trab. educ. saúde*. [internet]. 2016; 14(3): 925-51.
100. Lacerda NM, Senra LX. A psicologia da saúde e hospitalar no processo de humanização da assistência às vítimas de acidente. *Psicologia.pt*. 2015.
101. Romero NS, Pereira-Silva NL. O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização. *Psicol. I soc.* 2011; 23(2):332-9.
102. Alves FL, Mioto RCT, Gerber LML. A política nacional de humanização e o serviço social: elementos para o debate. *Serviço Social & Saúde (Campinas)*. 2007; 6(1): 35-52.
103. Moreno RCB, Assis SFM. A demanda de atendimento do serviço social em um hospital público: o desafio da humanização e da gestão da assistência direta ao paciente. In: *Anais do III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (IIISIGEP) e II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)*. São Paulo; 2014.
104. Cardozo PS, Ferraz F, Yasui S, Souza DF, Soratto J. Agir educativo-comunicativo na relação de assistentes sociais com familiares e usuários: a integralidade no cuidado em saúde mental. *Saúde e Sociedade* [internet]. 2019; 28(4): 160-73.
105. Pekelman R. Caminhos para uma ação educativa emancipadora: a prática educativa no cotidiano dos serviços de atenção primária em saúde. *Rev. APS*. 2008; 11(2): 295-302.
106. Freire PRN. O Papel da educação na humanização. Tradução de Carlos Souza. *Paz e Terra (Rio de Janeiro)*. 1969: 4(9):123-32.
107. Chiarella T, Bivanco-Lima D, Moura JC, Marques MCC, Marsiglia RMG. A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino-Aprendizagem na Educação Médica. *Rev. bras. educ. med.* 2015; 39(3): 418-25.

108. IMPORTÂNCIA. In: Dicionário Online de Português (DICIO) [internet]. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/importancia/>
109. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ama Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5a ed. ampliada. São Paulo: Cortez - Oboré; 1992.
110. Ruas R. Mestrado modalidade profissional: em busca da identidade. Rev. adm. empres. 2003; 43(2) 55-63.
111. Barroso ACO, Gomes EBP. Tentando entender a gestão do conhecimento. **Rev. de Adm. Pública**. 1999; 33(2): 147-70.
112. Ferraz APCM, Belhot RV. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. Gest. Prod. 2010; 17(2): 421-31.
113. Silva AB, Bispo ACKA, Ayres SMPM. Desenvolvimento de carreiras por competência. Brasília (DF): ENAP, 2019. (Coleção Gestão Pública).
114. Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência. Rev. adm. contemp. (Curitiba). 2001; 5 (spe): 183-96.
115. Luckesi, CC. Avaliação da aprendizagem: componente do ato pedagógico. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.
116. Perrenoud, P. *Construir as competências desde a escola*. Tradução de Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artmed; 1999.
117. Haque OS, Waytz. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspect Psychol Sci*. 2012; 7(2): 176-86.

## APÊNDICE

---

## APÊNDICE I



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise quanto ao domínio, conhecimento e importância do desenvolvimento das ações de humanização, antes e após uma capacitação de um grupo de profissionais da saúde.

**Pesquisador:** André Malbergier

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 69242317.7.0000.0068

**Instituição Proponente:** HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA U S P

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.169.168

#### Apresentação do Projeto:

Estudo que terá como participantes o o Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas GREA, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPqHC-FMUSP). Este Grupo atende usuários de álcool e outras drogas, sendo essencial o enfoque da temática da humanização neste serviço. O estudo pressupõe que ao ampliar o conhecimento da PNH facilita-se a implantação desta política e prática no cotidiano dos funcionários e usuários do hospital. O IPqHC-FMUSP participa do Núcleo Técnico e Científico de Humanização da Rede Humaniza FMUSPHC, criado em 2012. O presente estudo será um dos primeiros a avaliar os conhecimentos antes e depois da capacitação profissional em nas ações de humanização. A ação educativa, que será a intervenção da pesquisa, envolve duas aulas sobre os princípios norteadores da humanização, sendo a coleta de dados feita por meio de questionário aplicado antes da primeira aula e 15 dias após a segunda. Para análise dos dados coletados será aplicada a estatística descritiva.

#### Objetivo da Pesquisa:

Capacitar profissionais de saúde para desenvolver ações de humanização. Avaliar o conhecimento, domínio e importância que os profissionais de saúde atribuem as ações de humanização antes e após a capacitação.

**Endereço:** Rua Ovidio Pires de Campos, 225 5º andar  
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 2.169.168

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: os pesquisadores informam que o risco é mínimo, correspondendo aos riscos de responder a um questionário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A Folha de Rosto e a de Informações Básicas dizem que o financiamento será próprio, entretanto, o orçamento informa custos zerados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE está incluído e adequado. O diretor executivo do IPq autorizou a pesquisa.

O cronograma não apresenta datas de início e término previsto do projeto.

**Recomendações:**

Sem recomendações adicionais.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pela aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_803053.pdf	02/06/2017 15:51:35		Aceito
Outros	parecersp3.pdf	02/06/2017 15:44:33	André Malbergier	Aceito
Outros	formularioonline.pdf	02/06/2017 15:42:09	André Malbergier	Aceito
Outros	anuencia.pdf	02/06/2017 15:39:35	André Malbergier	Aceito
Folha de Rosto	2697_0001.pdf	02/06/2017 15:31:14	André Malbergier	Aceito

**Endereço:** Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar  
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 2.169.168

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novotcleenviar.pdf	26/05/2017 15:33:02	André Malbergier	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoenviar.pdf	07/10/2016 17:38:05	André Malbergier	Aceito
Orçamento	orcamentoenviar.pdf	07/10/2016 17:36:35	André Malbergier	Aceito
Cronograma	cronogramaenviar.pdf	07/10/2016 17:34:20	André Malbergier	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 12 de Julho de 2017

---

**Assinado por:**  
**ALFREDO JOSE MANSUR**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar  
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br