

A humanização na assistência à saúde: uma revisão histórica da literatura

The humanization of healthcare: a historical review of literature

Isabela Perin Sarmiento^{1*}, Rebecca Perin Sarmiento¹, Kálita Oliveira Lisboa¹, Vitória Rezende Megale Bernardes¹, Giovanna Garcia Manso¹, Hígor Chagas Cardoso².

1. Discente da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA. Anápolis, Goiás, Brasil.

2. Docente do curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA. Anápolis, Goiás, Brasil.

Resumo

Introdução: No Brasil, o ambiente do serviço de saúde vive um paradoxo no que tange o relacionamento da medicina com a humanização. Pode-se perceber o crescimento de um movimento em busca da modificação desta realidade. **Objetivos:** Analisar e revisar a história da humanização nos cuidados médicos, as questões éticas e legislativas e evidenciar a realidade e os desafios para a sua implementação. **Fontes de dados:** Revisão integrativa da literatura sobre “humanização na medicina”. Foram selecionados 17 artigos, publicados entre 2010 e 2021. Em busca de desvendar se a assistência médica é humana no Brasil a pesquisa utilizou os termos “Humanização da Assistência Hospitalar; Educação em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Empatia; Acadêmicos de medicina nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS e BDTD. **Síntese dos dados:** A virada do século foi considerada histórica ao implementar a Política de Humanização do Ministério da Saúde. Percebeu-se que era necessário um maior contato do estudante com o paciente para desenvolver empatia, assim nasceram estratégias como o método de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e outras. **Conclusões:** As diretrizes curriculares e as políticas públicas se ajustaram à nova realidade promovendo a visão holística. A mudança do ensino tradicional para o método ABP associado à busca pelas novas estratégias de ensino, faz do acadêmico de hoje um ser protagonista da sua própria formação. Faz-se necessário pesquisas constantes em ambos os ambientes de ensino em prol de metrificar a evolução dos alunos em relação à empatia dentro da medicina

Palavras-chave:

Humanização da assistência hospitalar. Educação em saúde. Políticas públicas de saúde. Empatia.

Abstract

Introduction: In Brazil, the health service's environment lives a paradox when it comes to the medicine's relationship with humanization. the introduction of the term “humanization” in public policies concerning health shows how big the movement to change this reality is. **Objectives:** analyze and review the history of humanization, ethical and legislative questions, as well as showing reality and challenges for its implementation. **Data sources:** It is an integrative literature review about the theme “humanization in medicine”, 17 articles, published between 2010 and 2021 were selected. In order to understand if medical care is humanized in Brazil, the research used the terms "Humanization of Hospital Care; Health Education; Public Health Policies; Empathy; Medical students in Pubmed, SciELO, LILACS and BDTD databases. **Synthesis of the data:** The turn of the century is considered historical for the implementation of the Humanization Policy of the Ministry of Health.. some strategies as PBL (Problem Based Learning) method were born, and many others such as the use of the seventh art, tutoring and different shapes of anamnesis. **Conclusion:** the curricular guidelines were adjusted to the new reality, promoting the holistic vision of the patient as well as the public policies. The current question is searching for the best way of changing a student 's behaviour effectively. The process of changing traditional teaching to the PBL method makes today's academics protagonist of their own formation. It is necessary to do some constant work in both environments of teaching in favor of metrifying the student's evolutions towards empathy inside medicine.

Keyword:

Humanization of assistance. Health education. Public health policv. Emphathv.

*Correspondência para/ Correspondence to:

Isabela Perin Sarmiento: isabelapsarmiento@gmail.com

INTRODUÇÃO

A saúde passa por um momento favorável para a discussão acerca da humanização na saúde. A grande demanda por acesso a esse serviço deixa escancarada a insatisfação do usuário com o atendimento recebido. Tudo isso, muitas vezes, é mais questionado do que a própria falta de leito e medicamento devido à infraestrutura precária. Tal cenário é percebido tanto em instituições privadas quanto públicas. O próprio Ministério da Saúde revela os altos índices de reclamações.. Nesse sentido, a medicina convencional está sendo corroída devido a modernidade que traz consigo a ciência, a tecnologia e as novas formas de pensar¹.

O cotidiano do ambiente do serviço de saúde brasileiro esbanja um paradoxo da medicina: há falta de atenção e de escuta por parte do agente responsável pela liderança do processo de cura do paciente justo no momento em que o paciente deveria ser rodeado de empatia e de conforto em prol do seu cuidado e reestabelecimento da sua saúde física e mental. Além disso, dentro do trabalho em equipe o ato de respeitar o conhecimento e as competências de cada profissão que compõe a rede de cuidado do paciente faz com que a interprofissionalidade seja um pilar muito importante para a consolidação do Sistema Unificado de Saúde (SUS) dentro do panorama da empatia e cordialidade entre os atuantes deste cenário².

É fato incontestável que o termo “humanização” só começou a ser empregado

nos textos de programas em políticas recentemente. A sua relação estabelecida com a integralidade centrada no paciente pôde proporcionar em 2000 uma Conferência Nacional de Saúde com a temática que versa sobre o assunto por meio do título: “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Aquela década ainda contou com o lançamento dos programas Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar e de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.³

Nesse sentido, a Política de Humanização implantada no SUS debate que não basta apenas expandir a rede e o acesso à saúde, mas investir na qualidade do atendimento. Apesar da humanização não ser um princípio fundamental do SUS, ele é essencial para o bom funcionamento e sucesso da saúde pública. O atendimento baseado na problematização é essencial para se encontrar um equilíbrio entre as tecnologias duras e leves que compõem todo o atendimento em saúde⁴.

Destaca-se a grande importância, por exemplo, de um tempo de consulta que possibilite um vínculo maior entre o profissional de saúde e o usuário, dando espaço para as demandas e experiência particular do adoecer do paciente, além de possibilitar ao profissional alcançar o desejado com a consulta. Um maior tempo de consulta não garante a humanização, porém permite que o profissional extrapole um modelo de consulta engessado e olhe para o paciente de forma individualizada. Humanizar,

então, é o respeito à individualidade de cada um e não apenas um princípio filosófico.¹

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo analisar e revisar a história da humanização nos atendimentos em saúde, destacando as questões éticas e legislativas, bem como evidenciar a realidade e os desafios para a sua implementação. A relevância atual desta discussão se dá em decorrência das novas bases legais da qualidade da assistência e dos debates em torno da formação do médico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura acerca da humanização do ensino e implementação de empatia na formação médica. Utilizou-se os seguintes descritores em ciências e saúde (DECS) e palavras-chave, isolados ou combinados, com o operador booleano “and”: humanização da assistência hospitalar; educação em saúde; políticas públicas de saúde; empatia; acadêmicos de medicina, assim como seus correspondentes em inglês; nas bases de dados pubmed, scientific electronic library online (scielo), literatura latino-americano e do caribe de informação em ciências da saúde (lilacs) e biblioteca digital brasileira de teses e dissertações (bdtd). Após a busca, 35 artigos foram encontrados e, dentre esses, foram selecionados 17 artigos originais com base nos critérios de inclusão e exclusão. Títulos e resumos da pesquisa foram examinados, e os textos completos dos artigos relevantes foram

revisados. As pesquisas foram limitadas a artigos publicados em periódicos revisados por pares.

Para os critérios de inclusão, foram considerados artigos originais e completos tendo relação direta ou indireta com o tema, em língua portuguesa e inglesa, publicados em revistas indexadas nos anos de 2010 a 2021. Os critérios de exclusão foram artigos em forma de revisões, artigos que não tinham relação com o tema, artigos publicados em anos anteriores à 2010 e trabalhos duplicados. Após a leitura dos resumos, foram selecionados estudos que estavam em conformidade com os objetivos do presente artigo bem como a sua importância e abrangência em relação aos tópicos de interesse, que abordassem sobre a história, os obstáculos e implantação da humanização nos serviços de saúde do Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A história da humanização no Brasil: entre políticas e diretrizes

Momentos marcantes compõem a história da humanização médica na área da saúde. Esta teve início nos anos 60, com a busca da implantação de um olhar mais atento à saúde da mulher. Mais tarde, a década de 80 foi marcada por um debate técnico-político nessa área. Somando-se a essa cronologia, a virada do século foi considerada histórica ao se implementar a PNH do Ministério da Saúde, que trouxe a violência como algo além do físico, englobando as formas psicológica e simbólica. Apesar de todo esse histórico, ainda hoje é

possível perceber uma dificuldade de inserir a humanização na área da saúde⁵.

A medicina está cada dia mais fragmentada, o que pode ser exemplificado pela existência de 53 especialidades médicas, de acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM). Isto traz um ar tecnicista ao atendimento, podendo gerar uma desumanização da consulta médica. Assim, o paciente é visto como uma doença ou um órgão e não mais como uma pessoa inteira digna de atenção e de respeito. A anamnese, o exame físico e o contato médico-paciente são substituídos por pedidos de exames e de procedimentos. Além de provocar um distanciamento do médico com o doente gerando uma falta de confiança entre ambas as partes, torna-se oneroso para o SUS, uma vez que uma história bem colhida e um exame físico bem feito muitas vezes podem ser resolutivos⁶.

Como não há o estabelecimento da confiança entre o médico e o paciente, a adesão ao tratamento torna-se difícil. Segundo Ferreira e Artman (2018)⁴, a adesão ao tratamento é um passo de muita expectativa por parte da equipe multiprofissional que acompanha o paciente, o qual é visto como o principal ator deste momento. Para que o tratamento seja eficaz é de grande valia que o acadêmico entenda precocemente o significado da adesão, culminando no estabelecimento de uma comunicação eficaz que trará autonomia e humanização.

Em prol da tentativa de resolução do problema, o Humaniza SUS criou a estratégia da Clínica Ampliada e Compartilhada, objetivando a

humanização por meio de 5 eixos: compreensão holística do processo saúde-doença, compartilhamento da estruturação dos diagnósticos e das terapêuticas delimitadas, expansão do objeto de trabalho, modificação dos meios e dos instrumentos de trabalho e apoio aos profissionais da área da saúde⁷.

Os cursos de graduação em saúde buscam a formação de egressos críticos, reflexivos, generalistas e humanistas. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) destes cursos preconizam a formação de um profissional que tenha uma visão holística da saúde, com destaque ao SUS. Desta forma, a humanização em saúde já é um objetivo claro do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação do Brasil.⁷

Aplicação na prática médica brasileira

Apesar de todo esse aparato teórico, a inserção desses quesitos na prática ainda é conturbada. Os alunos não possuem interesse nas matérias que tratam de tal assunto e ainda as acham dispensáveis. Porém, pode-se explicar tal fato pela forma como a matéria é abordada em sala de aula: superficialmente⁵. Devido a esse ensino cada vez mais mecanizado, o recém aprovado no vestibular de medicina mergulha em um curso cada vez mais ríspido, perdendo a essência do que o levou a ser médico⁸.

As faculdades buscam introduzir em seus Programas Político Pedagógicos (PPP) temas propensos a preencher esta necessidade de humanização do futuro profissional médico. Entretanto, somente incluir nas ementas

conceitos sobre humanização não é o bastante para que formandos em medicina sejam humanizados.⁶ A humanização está intrinsecamente relacionada com empatia e a empatia com as emoções do indivíduo. Tendo este panorama em vista, para que o acadêmico seja realmente humanizado, além de ter contato com a teoria bem embasada sobre humanização, este deve ter uma boa saúde emocional. Desta forma, o acadêmico estará apto a entender o sofrimento do paciente tendo uma resposta empática efetiva, amparando-se no autoconhecimento, que é essencial para o desenvolvimento da empatia.⁹

Existe ainda uma questão diferente a ser observada: os docentes que ministram essas disciplinas. A simples modificação das ementas e doutrinas com a inserção do tema da humanização não faz com que a formação se modifique instantaneamente, já que grande parte dessa mudança passa pela conduta e conteúdos acolhidos pelos professores em sala de aula. Professores esses que frequentemente se formaram sem receber esses aparatos teórico-humanísticos e que assim não têm bagagem para administrá-lo ou mesmo não veem sentido em falar sobre humanização para futuros médicos.⁶

É de extrema relevância valorizar este tema dentro das universidades, visto que um profissional com instrução teórico-humanista, na presença de situações limites, tem sucesso em ofertar a seus pacientes o apoio e o emprego qualificado da técnica necessária, e é capaz de trazer alternativas que irão repercutir

diretamente na qualidade de vida. Ademais, ações humanísticas no decorrer da formação acadêmica têm importância para atribuir qualidade e humanizar os atendimentos ofertados pelos futuros médicos no momento em que estiverem no mercado de trabalho. O conhecimento elaborado no decorrer destas faz com que os futuros profissionais médicos fiquem mais perto de atingir soluções para os problemas da população do país.¹⁰

No intuito de resgatar a alegria que os acadêmicos trazem dentro de si e sabendo que o processo saúde-doença é carente de humanização, nascem projetos que visam a melhoria da qualidade de vida de pacientes em estado de agravo. a presença de palhaços gera uma atenuação de um clima de sofrimento, que muitas vezes o hospital passa para os pacientes. Desde a sociedade egípcia com o Deus da alegria “Bess”, sabe-se que há a necessidade da busca pelo equilíbrio humano. Em Atenas, o santuário de Asclépio – Deus da Medicina – era procurado não apenas para a cura da carne, mas também do espírito. Desta forma, acadêmicos de medicina, criam trabalhos como o “Doutores da Gargalhada” um projeto autoral de estudantes de medicina, desde 2015, no Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, com o objetivo de levar alegria aos hospitais da região.¹¹

Uma estratégia diferente que pode ser empregada com a finalidade de humanizar os acadêmicos de medicina é a monitoria, visto que, a partir dela, é praticável a integração dos conhecimentos aprendidos na semiologia e na psicologia médica, tanto que o monitor é apto a

pôr em prática os princípios aprendidos nessas cadeiras, com a finalidade de preparar um especialista com uma visão voltada ao aspecto biopsicossocial do ser humano e não unicamente na doença. A monitoria, por mostrar aspectos análogos às vivenciadas na carreira médica, representa um instrumento interessante no restabelecimento da humanização médica, necessitando ser refletida com mais atenção, pois propicia ao monitor a ocasião favorável de praticar os conceitos lecionados em outras disciplinas, já que os alunos levam em sua companhia complexas emoções, similares aos pacientes.¹²

Obstáculos, realidade e perspectivas

A rotina é tratada como um inimigo das mudanças por Ferreira e Artmann (2018) que traz a incorporação de más práticas ao longo dos anos como uma barreira que deve ser quebrada. Tal estudo cita que há um processo de desumanização do atendimento composto por filas enormes, profissionais insensíveis e desrespeito. O alvo da humanização, além da cura e da prevenção, seria atingir a qualidade de vida. Por outro lado, De Benedetto e Gallian (2018)⁷ trazem que o modelo de atuação humanístico em ambientes hospitalares pode ser adquirido através da observação de familiares e de professores que aplicam a empatia rotineiramente. Adicionado a isso, tem-se que na fase precoce de formação a visualização de atitudes consideradas “erradas” executadas por professores motiva o acadêmico a se esforçar para evitá-los. Muitas vezes os estudantes

chocam-se quando vêem a diferença entre o discurso e a prática do atendimento.

A medicina já passou por diversas mudanças com o intuito de criar acadêmicos mais humanos. Percebeu-se que era necessário um maior contato do estudante com o paciente para desenvolver uma maior empatia e sensibilidade. O modelo para isso foi o do PBL, onde se criou grupos conhecidos como tutoria e aulas interdisciplinares onde se exige do aluno uma maior participação, envolvimento e proatividade. Isso acaba por criar no acadêmico um perfil de agente transformador da realidade, ampliando assim o seu poder de ação como médico no futuro, superando a visão rasa de apenas curar uma doença e sim de poder ajudar o paciente como um todo, em uma visão global e humanística.⁶

A área de saúde também desenvolveu o modelo de Medicina Baseada em Narrativas (MBN) que, basicamente, é escutar atentamente o que o paciente diz mesmo que seja algo não relacionado à história clínica. Tal mecanismo entende que o médico deve ter a capacidade de reconhecer as dificuldades do paciente e que possa, por meio da assimilação das histórias que o doente conta, estabelecer um instrumento terapêutico baseado em atenção e empatia. É de suma importância associar ao modelo biomédico de ensino tradicional as abordagens pessoais e afetivas que o estudante cria durante a sua formação. A aprendizagem ocorre por meio da discussão de narrativas reais e fictícias (como por exemplo a leitura do livro “A morte de Ivan Ilitch”) promovendo a reflexão⁷.

Outro aspecto, apontado por diversas pesquisas, seria a inclusão do cinema na prática acadêmica. A sétima arte representa uma realidade de forma a gerar reflexão no telespectador a fim de introduzir conceitos teóricos, criar sentimentos humanizados e extrair de quem assiste, a motivação para refletir uma nova perspectiva. A história dramatiza assuntos delicados como a morte, a eutanásia e a dependência química promovendo a discussão e ressignificando atitudes no estabelecimento de planos de ações do futuro médico⁸. O estudo de Lima et al. (2014)¹³, confirma que a arte é capaz de gerar comoção emocional nos estudantes, a ponto de incorporar em seu cotidiano mudança de mentalidade e de comportamento, favorecendo assim o desenvolvimento da humanização naturalmente.

Um método de enorme importância que está sendo executado tanto nos campos de estágios universitários como em outros setores profissionais é a interdisciplinaridade. Executando-a a partir da graduação, para a construção de um bom profissional médico, leva-se em conta a colaboração entre diferentes cursos para que, no futuro, o mercado de trabalho seja constituído por profissionais mais humanos.¹⁰ Isto é possível uma vez que por meio da interdisciplinaridade encontra-se uma filosofia de trabalho que possibilita uma experiência de convergência entre saberes. Esta é cobiçável para a horizontalização dos atos executados por profissionais, com o desmonte das relações fundamentadas em “ilhas de saber”

e da predominância de poder de uma especialidade sobre a outra.¹⁴

É necessária uma discussão acerca do porquê debater a humanização de um ato médico se essa é a essência por trás de quem exerce a profissão. Para entender sua importância basta observar a consequência que sua falta gera. Os pacientes saem dos consultórios insatisfeitos pois a consulta não atingiu suas expectativas e ir ao médico torna-se um dever exaustivo e longo. O médico, por sua vez, sai esgotado do plantão e ambas as partes são consumidas por um ambiente desumanizado⁸. De Benedetto e Gallian (2018)⁷ apresentam como já no meio acadêmico é extremamente natural a instrução de que se empregue uma distância com a finalidade de evitar o sofrimento profissional. O atendimento em oncologia se mostra especialmente delicado pois se trata de uma situação em que há incerteza, dor e sofrimento. A falta de norte e de orientação pode fazer com que o estudante “bloqueie” após presenciar um quadro em que não consiga lidar bem com o sofrimento alheio.

Muitos pensam que humanizar é decorar o ambiente com quadros, colocar música ambiente ou investir em uniformes para os funcionários. O conceito de humanização não envolve gastos financeiros e sim o fator humano⁸. É preciso apostar esforços na empatia, ou seja, sensibilizar-se com a situação na qual o paciente está vivendo. Tal sentimento se baseia em compreender as emoções e ter altruísmo para tentar ajudar. Todas essas formas de se colocar no lugar do outro geram no paciente um

acolhimento que contribui para que se atinja melhores resultados, tanto no diagnóstico como na terapêutica e no prognóstico da doença ¹⁵.

Outro questionamento frequente é a relação entre a humanização e o gênero, e até mesmo em relação à localização geográfica. Sendo assim, Peixoto, Ribeiro e Amaral (2011)¹⁶ apresentaram que há diferença entre os sexos feminino e masculino no que tange a evolução do escore da Escala de Orientação Médico Paciente (EOMP) no decorrer do curso. Comparando com os primeiros períodos e também com os acadêmicos do método tradicional o sexo masculino dos períodos finais do PBL apresentaram atitude mais centrada no paciente. Este escore elevado se equiparou com o das mulheres no final da graduação, grupo que teve pontuação mantida e que é igual nos dois métodos de ensino. Além disso, demonstrou que o escore total da EOMP é variável entre populações distintas. Na literatura foi apresentado que os acadêmicos asiáticos e brasileiros não têm redução do escore total conforme a evolução do curso enquanto os estudantes gregos e americanos apresentam redução do escore no final da graduação.

De acordo com De Benedetto e Gallian (2018)⁷, há uma dicotomia entre a opinião acerca da empatia. Esta pode ser tanto caracterizada como algo inato quanto como um estado pessoal. Na segunda visão acerca da empatia, entende-se que as atitudes particulares de cada um podem fazer com que ela diminua ou aumente com o passar dos anos. A melhora de tal característica pode advir do meio exterior por

intermédio de atividades da faculdade direcionadas para tal objetivo.

Diante deste fato, nos últimos anos, houve uma melhor visibilidade da humanização no ensino médico, onde, desde os primeiros períodos da faculdade, a relação médico-paciente vem sendo incentivada e ensinada. Nos últimos tempos, as universidades estão incorporando cada vez mais as visitas domiciliares, que estão incluídas no método clínico centrado na pessoa, na realidade dos acadêmicos, para que estes possam, por meio da prática, exercitar a empatia. Outro método utilizado é a anamnese abordando os pontos: Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano (SOAP), onde é possível investigar melhor não só a doença, mas também como o paciente lida com os sentimentos vindos junto com o diagnóstico, se preocupando não só com o corpo físico, mas também com o psicológico que engloba todo o indivíduo como um ser único e merecedor de atenção. ¹⁵

Tendo em vista a estruturação do atendimento em uma visão humanizada, pode-se ainda estender o método SOAP para algo mais abrangente, o método Subjetivo, Exames, Análise, Meta, Ação (SEAMA), proposto pelo professor doutor Marcelo Fouad Rabahi. Essa nova proposta tem como inovação o incremento da meta, um objetivo tangível, que aborda, não só a ação do médico, mas também de toda a equipe médica, predispondo assim há um atendimento mais humanizado a partir de uma visão mais empática e humanística do profissional de saúde ¹⁷. Este acrônimo seria de

grande utilidade se os acadêmicos fossem estimulados a usá-lo em seu aprendizado, estruturando assim uma política de humanização dentro do ensino médico, sem esquecer assim da técnica que é parte da performance médica.

CONCLUSÃO

Após análise e revisão da história da humanização nos atendimentos em saúde por meio do destaque das questões éticas e legislativas, assim como da realidade permeada por desafios para a sua implementação. Observa-se que o primeiro passo em busca da humanização dos atendimentos em saúde foi dado a partir das diretrizes curriculares que se ajustaram à nova realidade promovendo a visão holística do paciente, além disso as políticas públicas passaram a seguir vertentes que respeitam o ser humano como um todo. A questão atual é buscar a melhor forma de mudar o comportamento dos alunos de forma efetiva em prol de seguir o que é preconizado pelos documentos vigentes. A mudança do ensino tradicional para o método PBL associado à busca pelas novas estratégias de ensino mescladas com os aspectos funcionais das metodologias tradicionais, faz do acadêmico de hoje um ser protagonista da sua própria formação.

Assim, é possível perceber que dentro da história da humanização no Brasil um grande caminho foi percorrido em relação às questões éticas e legislativas do processo de busca das raízes da empatia na medicina. Os desafios

dentro deste panorama se destacam em relação à dificuldade de suprimir a presença constante da antiga percepção de que o médico é o único que decide e conduz todo o processo saúde-doença quando na verdade percebe-se que o caminho mais humano é compartilhar a decisão juntamente com a escuta ativa do doente em relação à vida dele como um todo.

O fator que muda a chave do jogo é justamente o exemplo e a rotina que os acadêmicos obtêm vendo os seus mestres em campo. Dessa forma, faz-se necessário a capacitação dos docentes em metodologias que desenvolvam a autonomia em seus discentes, além de pesquisas constantes nos ambientes de ensino, em prol de se metrificar a evolução dos alunos em relação à humanização dentro do curso de medicina.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

Forma de citar este artigo: Sarmiento IP, Sarmiento RP, Lisboa KO, Bernardes VRM, Manso GG, Cardoso HC. A humanização na assistência à saúde: uma revisão histórica da literatura. Rev. Educ. Saúde 2021; 9 (2): 78-87.

REFERÊNCIAS

1. Azeredo YN, Schraiber LB. Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde. Interface (Botucatu). 2021; 25.
2. Passos VBC et al. Atendimento humanizado: as concepções de estudantes de Medicina. Rev Bras Promoç Saúde. (Supl.): 2020;33,11560.
3. Gomes ET, Bezerra SMMS. Espiritualidade, integralidade, humanização e transformação paradigmática no campo da saúde no Brasil.

- Rev Enf Dig Cuid Promoção Saúde. 2020;5(1):65-69.
4. Ferreira LR. Artmann E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(5):1437-50.
 5. Rios IC. Sirino CB. A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. *Rev Bras Educ Médica*. 2015;30(3):401-409.
 6. Silva LA. Muhl C. Moliani MM. Ensino Médico e humanização: análise a partir dos currículos de curso de medicina. *Psic Argumento*. 2015;33(80):298-309.
 7. De Benedetto MAC. Gallian DMC. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação*. 2018;22(67):1197-1208.
 8. Blasco PG. É possível humanizar a Medicina? Reflexões a propósito do uso do Cinema na Educação Médica. *O mundo da saúde*. 2010;34(3):357-367.
 9. Moreto G. Blasco PG. A erosão da empatia nos estudantes de Medicina: um desafio educacional. *Revista Brasileira de Medicina*. 2012;69(3):12-17.
 10. Neves SAVM et al. Estudo sobre o ensino de uma formação médica mais humana. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2015;37(2):39-46.
 11. Rodrigues BB et al. Personificação da figura do palhaço para a promoção da saúde humanizada no projeto doutores da gargalhada. *Brazilian Journal of Development*. 2019;5(8):12335-12341.
 12. Ramos FOB et al. A importância da monitoria como instrumento na recuperação da humanização médica. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. 2017;11(1):1-4.
 13. Lima CC et al. Humanidades e humanização em saúde: a literatura como elemento humanizador para graduandos da área da saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(4):139-150.
 14. Mendes ATS. Silva GAS. Especialização em Nefrologia Multidisciplinar. Módulo 8 - Humanização e Qualidade de Vida na Atenção Básica. 1st ed. São Luís, 2015.
 15. De Brito Neto RM et al. Percepção dos internos de medicina sobre as contribuições de um projeto comunitário à prática da empatia na relação médico-paciente. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*. 2018;1(9):21-30.
 16. Peixoto JM. Ribeiro MM. Amaral CFS. Atitude do Estudante de Medicina a respeito da Relação Médico-Paciente x Modelo Pedagógico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011;35(2):229-236.
 17. Rabahi MF. A meta da humanização: do atendimento à gestão na saúde. 1st ed. Rio de Janeiro: DOC Content, 2018.