

Humanização em saúde:

conceitos e preconceitos

Marilda Marques Luciano Marvulo
Mércia Ilias

Como citar: MARVULO, Marilda Marques Luciano; ILIAS, Mércia. Humanização em saúde: conceitos e preconceitos. *In:* CHACON, Miguel Claudio Moriel; MARIN, Maria José Sanches (org.). **Educação e saúde de grupos especiais.** Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 91-99. DOI: <https://doi.org/10.36311/2012.978-85-7983-253-6.p91-99>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E PRECONCEITOS

*Marilda Marques Luciano Marvulo
Mércia Ilias*

CONCEITOS

Quando o termo “humanização” começou a ser veiculado de forma mais frequente em nosso local de trabalho, ouvíamos, também, comentários de alguns profissionais: “Humanização, tudo agora é humanização...” “Precisamos trabalhar de forma humanizada! Por acaso nós somos bichos para humanizar?” “Humanização, essa é a nova moda agora!!!!” Assim, enquanto alguns acolhiam a ideia reconhecendo que, na prática, faltava algo que desse um novo tom à frieza dos processos, outros exibiam evidentes preconceitos sobre o tema. O interessante era que aqueles que mais criticavam eram os quais observávamos ter um relacionamento com o paciente de modo autoritário, desrespeitoso, com pouco vínculo. Eram os que apresentavam uma postura individualista, com baixa valorização do trabalho de outros profissionais. Depoimentos como esses, por si só, justificam a importância de se ter clareza

do conceito de humanização. Talvez tenhamos, até então, utilizado com mais frequência o termo “desumano” que o termo “humanização”. Casate & Correa (2005), no artigo em que analisam a humanização do atendimento em saúde, veiculado na literatura brasileira de enfermagem, ressaltam a necessidade de humanização, considerando haver nos Serviços de Saúde, situações “desumanizantes”. Dentre os aspectos apontados na literatura levantada por essas autoras estão aqueles relacionados ao atendimento e às condições de trabalho. Em relação às falhas na organização do atendimento, aparecem as consultas e exames, a ausência de regulamentos, normas e rotinas, a deficiência de instalações e equipamentos, bem como as falhas na estrutura física. Além disso, apontam características “desumanizantes” ligadas à relação com o doente, que fica no anonimato, despersonalizado, sem privacidade. Às vezes, o paciente permanece em aglomerado, sem um preparo psicológico e sem informação, sofrendo a falta de ética por parte de alguns profissionais, sendo tratado como um número, um caso, um objeto e permanecendo, geralmente, sem esclarecimentos e sem explicação do que lhe é imposto. As autoras também resgataram os fatores “desumanizantes” relacionados às condições de trabalho dos profissionais de saúde. Dentre esses, citam os baixos salários, as dificuldades na conciliação da vida familiar e profissional, a jornada dupla ou tripla, a tensão no ambiente de trabalho, a deficiência de recursos humanos e materiais, o ambiente inadequado e a falta de oportunidades para o aperfeiçoamento profissional. A racionalização, a mecanização e a burocracia, a modalidade de trabalho funcional (por tarefas) também são apontadas como aspectos desumanizantes.

Ainda falando sobre desumanização, Howard (1975) apresenta onze práticas produtoras de desumanização dos cuidados. Dentre elas o “tratar as pessoas como coisas”, ou seja, não reconhecer o doente como pessoa e sujeito; “a desumanização pela tecnologia”, em que o cuidado é predominantemente realizado por máquinas e procedimentos e a interação entre o doente e o cuidador é considerada eventual e dispensável; a “desumanização pela experimentação”, que se dá por pesquisas clínicas antiéticas; o “ver a pessoa como problema” quando se reduz o doente à sua patologia, fato que também desumaniza o cuidado, uma vez que as necessidades subjetivas e os conflitos da pessoa doente não são considerados.

O tratar as pessoas como se fossem “pessoas de menor valor” é destacado também dentre as práticas desumanizadoras.

Outro tipo de desumanização é a alienação do paciente, especialmente quando este fica internado por longo tempo, despersonalizado, recluso, solitário, sem reciprocidade entre as pessoas doentes, sendo traduzido como “pessoas isoladas”. É desumanizante, também, a prática de considerar as “pessoas como recipientes de cuidados subpadronizados”, ou seja, dar a elas um cuidado inferior, de menor qualidade frente ao conhecimento e tecnologia disponíveis, quer por discriminação, indiferença ou negligência.

Considerar as pessoas sem direito à escolha – “pessoas sem escolhas”, considerar o “ambiente como se fosse estático e estéril”, além de se negar o direito à preservação da vida são outros fatores desumanizantes que não podem ser negados. Desenha-se, desse modo, um cenário em que a desumanização figura ativamente na prática dos cuidados à saúde. O desumano é entendido, assim, como relações sociais em que há um grande desequilíbrio de poder e o lado poderoso aproveita-se dessa vantagem para desconsiderar interesses e desejos do dominado. Essas evidências nos remetem à importância da humanização na saúde, especialmente quando a tecnologia se interpõe, dificultando as relações humanas, tornando-as frias, calculistas e impessoais.

Urge, então, resgatar os conceitos de humanização para o hoje, de forma a contribuir para um melhor entendimento e estimular mudanças de atitudes, não por “modismo”, mas por conscientização, revertendo a escala de valores dominante e colocando o outro e a si mesmo em lugar digno e respeitoso. Partindo, então, do mais elementar, uma consulta ao dicionário, encontramos que a humanização é o ato de humanizar, ou seja, tornar humano; dar condição humana a; humanar; tornar benévolo, afável, tratável; adquirir hábitos polidos; civilizar (FERREIRA, 1986). A despeito dessas definições, as palavras mudam totalmente de sentido conforme o seu contexto. No senso comum pode significar “ser bom com o outro que sofre”, configurando uma mistura de altruísmo caritativo e de humanismo. Na área de saúde, o conceito de humanização se evidencia na dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética nas relações entre pacientes e profissionais de saúde (WHO, 1994). Dessa forma, o termo humanização, com diferentes enfoques, foi ganhando espaço, seja

na política institucional com o Programa Nacional de Humanização Hospitalar, publicado pelo Ministério da Saúde em abril de 2000 e, depois, como política de humanização (HumanizaSus), – seja como campo de interesse de pesquisadores da Saúde Coletiva (LACAZ; SATO, 2006).

Os programas de humanização acabaram evidenciando caráter fragmentado de iniciativas de baixa horizontalidade, organizadas de modo vertical dentro do Ministério da Saúde e do SUS. Isso, por sua vez, deu lugar à banalização do tema da humanização na saúde e na forma como vinha sendo construída. Diante desse cenário, o Ministério da Saúde propôs a criação do PNH, que deveria então, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Desse modo, impôs-se um novo desafio conceitual sobre humanização. Do conceito limitante, baseado nos valores caritativos, enfatizando o interesse humano pelo próximo, repudiando-se a tecnologia, a humanização passa a ser considerada como uma articulação indissociável do uso correto das tecnologias duras (equipamentos, máquinas, aparelhos), leve duras (procedimentos e saberes) e tecnologias leves (relacional, de cumplicidade, de responsabilização e de estabelecimento de vínculos), segundo Deslandes (2006), Casate & Correa (2005). Deslandes (2005) coloca que o PNH não demarca, no entanto, um conceito de humanização. Apenas afirma um “entendimento” do seu coletivo de formuladores, compreendendo-a como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudanças nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; o compromisso com a ambiência, com melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

Barros & Passos (2005) ressaltam que a redefinição do conceito de humanização a coloca como estratégia de interferência nas práticas e que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades e de

transformarem-se a si próprios neste processo. Por outro lado, colocam a necessidade de sintonizar “o que fazer” com “o como fazer”. Campos (2005), corrobora essa ideia quando coloca que a Humanização deve contemplar tanto a capacidade de produzir utopias (imaginários ideológicos), como a de interferir na prática real dos sistemas de saúde. A Humanização, dessa maneira, requer uma transformação política que enfoque a saúde em uma dimensão ampliada, relacionada ao contexto sócio-político e econômico (CASATE; CORREA, 2005) e requer a “produção de cuidados mais resolutivos”, centrada em uma comunicação que articula a troca de informações e saberes, diálogo e escuta de expectativas e demandas, além de exigir a partilha de decisões entre profissionais, gestores e usuários (BENEVIDES; PASSOS, 2005; DESLANDES, 2004, 2005).

A humanização da saúde requer a aceitação e o reconhecimento de que, nessa área e nas suas práticas, em especial, subsistem sérios defeitos e carências (BAREMBLITT, 2003). Infelizmente em vários aspectos da sociedade contemporânea, as pessoas são esquecidas, relegadas a um segundo plano. Não há uma real preocupação política em melhorar suas condições de vida, não se pensa no bem-estar delas e, assim, na saúde não é incomum vermos as pessoas serem reduzidas a objetos manipuláveis. Campos (2005) relaciona a humanização com o conceito de defesa da vida e com o de Paideia. O primeiro, como uma meta a ser buscada por qualquer política ou projeto de saúde. O segundo, como um conceito que impulsiona o pensar modos e maneiras que proporcionem aos seres humanos, sejam eles doentes, cidadãos ou trabalhadores de saúde, a possibilidade de se desenvolverem integralmente. Para esse autor, não há humanização sem democratização das relações interpessoais; sem o aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada; sem que se aumente o poder do doente ou da população frente ao poder e à autoridade do saber e das práticas sanitárias; sem que se valorize a presença de acompanhantes no processo de tratamento; sem que se tome por base os direitos dos usuários; enfim, não há humanização sem mecanismos que previnam e que dificultem o abuso de poder.

Concordamos com Feitosa (2001), quando afirma não ser a humanização a solução de todas as patologias, nem que esta exima o medo e a dor, mas também cremos que com a humanização presente a cada passo do tratamento, esses sentimentos se diluirão e isso ajudará a

discriminar as reais possibilidades entre o ideal e o possível. A humanização é um processo amplo, demorado e complexo. Implica mudança, vencer resistências. A humanização é, assim, um desafio contra a violência, um desafio de reconhecer e de não negar o outro, de oferecer atendimento de qualidade, de articular as tecnologias duras, leve-duras e leves; de melhorar as condições de trabalho do cuidador; de valorizar e ampliar a comunicação no atendimento, de reconhecer e valorizar as intersubjetividades na relação e, também, de se construir e efetivar uma gestão participativa. Nesse desafio devemos incluir também a luta contra preconceitos que se colocam na contramão de tudo o que foi destacado sobre humanização, pois humanizar não é apenas amenizar, mas lutar contra a inumanidade, independentemente da forma com que ela se apresente.

A humanização requer aprendizagem, e aprender é modificar-se, olhar com um olhar novo, perceber as informações visuais e cuidar da trilha da conversa. É sorrir para facilitar a interação e, ao mesmo tempo, encontrar-se, pois somente aquele que sabe quem é, aonde quer chegar e o que quer fazer é capaz de guiar o outro. (FEITOSA, 2001).

PRECONCEITOS

Quando se pensa em humanização em saúde é importante considerar a questão do preconceito, condição presente nas relações humanas em sociedade. Ferreira (1986) define preconceito como conceito ou opinião formado antecipadamente sem maior ponderação ou conhecimento dos fatos; ideia preconcebida; julgamento ou opinião formada sem se levar em conta o fato que os conteste. O preconceito aparece em diferentes contextos na prática em saúde, tanto em relação aos profissionais quanto em relação aos próprios usuários e em situações que muitas vezes impossibilitam o cuidado integralizado por afetar as relações entre os envolvidos.

Se visitarmos os diferentes cenários de prática, com facilidade observaremos evidências de preconceito. No cotidiano dos ambulatórios e outras unidades, enfermarias de obstetrícia, por exemplo, é comum ouvirmos profissionais emitirem julgamento sobre as escolhas de vida das usuárias, especialmente as que envolvem atividades sexuais. Dessa forma, as mulheres em trabalho de parto, quando se queixam de dores,

são tratadas, muitas vezes, de maneira sarcástica, como se a dor fosse o merecido pagamento por suas escolhas sexuais.

Outra situação preconceituosa ocorre quando a mulher provoca o abortamento. Os profissionais se veem tomados por sentimentos de indignação, raiva e incompreensão que acabam se manifestando em atitudes ríspidas e interferindo no relacionamento do profissional com a usuária, desfavorecendo assim, o cuidado. Semelhantes sentimentos podem ocorrer quando o profissional de saúde se vê responsável pelo cuidado de presidiários (as). O medo e a desconfiança, nestes casos, acabam resultando em um cuidado interpretado como inferior, em que o usuário (a) é classificado, inconscientemente, como uma pessoa de menor valor.

Assim, os preconceitos dos profissionais de saúde interferem, e muito, no sucesso do tratamento dos usuários (as). Por outro lado, estes últimos também trazem em si preconceitos que acabam causando sérios prejuízos para si mesmos (as). Esses preconceitos, podem constituir em uma barreira que dificulta o relacionamento entre o usuário e a equipe, diminuindo a adesão ao serviço de saúde e ao tratamento. É o caso, por exemplo, dos portadores de doenças estigmatizantes como a AIDS, a tuberculose e outras doenças sexualmente transmissíveis. O medo que as pessoas têm de adquiri-las, por desconhecimento das informações em relação ao contágio, diagnóstico e tratamento, assim como a insegurança por conviver com essas doenças e a dificuldade que apresentam para contar para a familiares e amigos que são portadoras delas - por medo de serem rejeitadas - tudo isso faz com que haja demora no diagnóstico ou no início do tratamento.

O primeiro passo para rompermos preconceitos é admitir sua existência e o posterior é proporcionarmos momentos de discussão, ofertando informações para as equipes, nos diferentes cenários da prática em saúde. A proposta de educação permanente em saúde, que utiliza momentos de reflexão, problematizando-se situações, como as que abordamos anteriormente, pode ajudar a romper preconceitos e possibilitar um cuidado mais integralizado aos usuários. Outras estratégias como grupos de apoio aos usuários e cuidadores, podem, também, ajudar na desmistificação de preconceitos e na aceitação da doença bem como oferecer esperança e boa qualidade de vida.

É importante ressaltar que a formação de profissionais da área de saúde tem um papel fundamental quando se pensa em mudança de paradigmas em relação ao cuidado integralizado e livre de preconceitos. As escolas devem promover mudanças curriculares incorporando a vivência e a reflexão da prática em saúde, favorecendo discussões sobre ética, humanização e os aspectos psicológicos, sociais e culturais e não apenas os biológicos, enfatizando a boa relação entre o profissional de saúde e o usuário. Dessa forma, os novos egressos serão capazes de, efetivamente, ajudar nesse processo de humanização.

REFERÊNCIAS

- BAREMBLITT, G. *Que se entende por humanidade e humanização?* São Paulo: Instituto A Casa, 2003. Disponível em: < <http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=46>>. Acesso em: 12 ago. 2010.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 30 ago. 2010.
- CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev. Latinoam. Enferm.* Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./feb. 2005.
- CAMPOS, G.W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface Comun. Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface, Comun. Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 401-403, 2005.
- DESLANDES, S. F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da Sociologia médica. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 33-47.
- FEITOSA, L. *Humanização nos hospitais*. Fortaleza: Premius, 2001.
- HOWARD, J. Humanization and dehumanization of health care: a conceptual view. In: HOWARD, J.; STRAUSS, A. (Ed.). *Humanizing health care*. New York: John Wiley & Sons, 1975. p. 57-102.
- HUMANIZAÇÃO. In: FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p. 908.

LACAZ, F. A. C.; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 109-139.

PRECONCEITO. In: FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p. 1380.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Patients Rights in Europe: European Consultation on the Promotion of patients, Amsterdam, 28-30 March 1994. Genova, 1994. Disponível em: <http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration_1994.pdf>. Acesso: em 12 ago. 2010.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, jul./set. 2005.