



Revista Latino-Americana de Enfermagem

On-line version ISSN 1518-8345

Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.14 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2006

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000200019>

ARTIGO DE REVISÃO

A humanização na assistência à saúde

Humanization in health care

La humanización en la atención a la salud

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira^I; Neusa Collet^{II}; Cláudia Silveira Viera^{III}

^IEnfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente, e-mail:
lb.toso@certto.com.br

^{II}Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Docente

^{III}Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem. Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste

Services on Demand

Journal

- SciELO Analytics
- Google Scholar H5M5 (2018)

Article

- Portuguese (pdf)
- Article in xml format
- How to cite this article
- SciELO Analytics
- Curriculum ScienTI
- Automatic translation

Indicators

Related links

Share

More

More

Permalink

RESUMO

Este estudo busca estabelecer uma reflexão sobre a humanização na assistência à saúde. Traz um resgate histórico sobre o entendimento do homem, do humano e da humanidade, até a humanização na humanidade e na saúde. Aborda o programa nacional de humanização da assistência hospitalar e tece reflexões sobre essa proposta e a questão da humanização na assistência à saúde no Brasil atual. Conclui-se que a comunicação é fator imprescindível para o estabelecimento da humanização, assim como as condições técnicas e materiais. É dar lugar tanto à palavra dos usuários quanto aos profissionais de saúde, construindo uma rede de diálogo que pense e promova ações singulares de humanização. Para que esse processo se efetive é necessário o envolvimento do conjunto que compõe um serviço de saúde, que compreende profissionais de todos os setores, gestores, formuladores de políticas públicas, além dos conselhos profissionais e instituições formadoras.

DESCRIPTORES: saúde; prestação de cuidados de saúde; comunicação

ABSTRACT

This study aims to reflect on humanization in health care, recovering the history of understanding about mankind, the human and humanity, until humanization in humanity and health. We discuss the national humanization program in hospital care and reflect on this proposal and on the issue of humanization in Brazilian health care nowadays. Communication is indispensable to establish humanization, as well as technical and material conditions. Both users and health professionals need to be heard, building a network of dialogues to think and promote singular humanization actions. For this process to take effect, there is a need to involve the whole that makes up

the health service. This group involves different professionals, such as managers, public policy makers, professional councils and education institutions.

DESCRIPTORS: health; delivery of health care; communication

RESUMEN

Este estudio busca establecer una reflexión a cerca de la humanización en la atención a la salud. Buscó traer un rescate histórico respecto al hombre, al humano y a la humanidad. Presenta el programa nacional de humanización en la atención hospitalaria y hace reflexiones acerca de esa propuesta, así como la cuestión de la humanización en la atención a la salud en Brasil actualmente. La conclusión es que la comunicación es indispensable para el establecimiento de la humanización. Significa dar lugar a las palabras tanto del usuario como del profesional de salud, construyendo una red de conversación que piense y promueve acciones singulares de humanización. Para que ese proceso se efectúa, es preciso involucrar el conjunto que construye el servicio de la salud, esto es compuesto por diferentes profesionales, tales como gerentes, creadores de las políticas públicas, consejos profesionales e instituciones formadoras.

DESCRIPTORES: salud; prestación de atención de salud; comunicación

INTRODUÇÃO

As palavras têm muitos sentidos, que tanto têm a ver com os significados que o dicionário lhes atribui com relação às coisas que designam quanto com o enunciado ou frase, ou com o discurso, ou com o texto todo, no qual estão incluídas e entram em relação com outras palavras. Mas, principalmente, as palavras se caracterizam pelo seu "uso", ou seja, por quem as pronuncia, onde, quando, para quem, para que, como, quanto são ditas.

E, ainda, as palavras mudam totalmente de sentido se a especificidade de seu "contexto" é filosófico, científico, literário, político, religioso ou mitológico, popular, ou seja, pelo "gênero" do texto ou discurso que integram.

Nas diferentes épocas ou eras da História, os sentidos das palavras humano e humanidade têm muito mais de diferente do que de comum.

Precisa-se estabelecer o que é o humano e a humanidade. O que é um homem? Poder-se-ia defini-lo justamente como aquele que se coloca essa pergunta. Quem é ele? Diferente de todos os outros seres vivos para os quais não há a necessidade de responder essa pergunta e, cuja possibilidade de formulá-la é inexistente, o homem passa a vida tentando respondê-la.

O que é ser homem? Com quem vai se casar? Vai ter filhos? Quantos? Qual seu hábitat? Qual será a sua língua? Qual o sentido da vida e da morte? Para todas essas questões, as quais terá que ir respondendo ao longo de sua vida, o homem conta com os limites de seu corpo biológico e um saber parcial que lhe vem de seus semelhantes, a respeito do qual ele deverá formular sua versão singular adaptada (ou não) ao grupo cultural no qual nasceu.

Nesse trabalho, busca-se resgatar o sentido da humanização na assistência à saúde do ser humano, refletindo sobre as práticas do serviço de saúde hospitalar no cuidado ao humano, resgatando a história da humanização até à proposta do Estado de um programa nacional de humanização para os hospitais da rede pública.

Para subsidiar essa proposta realizou-se busca bibliográfica digital em bases de dados e textual no período dos últimos dois anos, a partir das quais selecionou-se o referencial para dar sustentação à reflexão que, aliada à prática profissional permitiu estabelecer as considerações que se traça nessa abordagem sobre a humanização da assistência.

Atualmente discute-se a necessidade de humanizar o cuidado, a assistência, a relação com o usuário do serviço de saúde. O SUS instituiu uma política pública de saúde que, apesar dos avanços acumulados, hoje, ainda enfrenta fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, fragmentação da rede assistencial, precária interação nas equipes, burocratização e verticalização do sistema, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, entre outros aspectos tão ou mais importantes do que os citados aqui, resultantes de ações consideradas desumanizadas na relação com os usuários do serviço público de saúde.

Nesse sentido, justifica-se a reflexão sobre a humanização, que deve considerar a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

O HOMEM, O HUMANO E A HUMANIDADE: ABORDAGEM HISTÓRICA

Em muitas comunidades primitivas a diferença entre os animais, os deuses da terra (*humus*) e os homens (tanto entre os vivos como entre os mortos) era relativamente pouco clara. Em algumas delas, o pronome pessoal eu não existia na língua e o equivalente do que para nós é um ser humano, era grupal ou coletivo. Não obstante, algo equivalente à condição de humano era reservada aos membros do clã ou da tribo, sendo que os "outros", às vezes, não eram considerados humanos. Seus médicos eram os xamãs, ou os bruxos da tribo, e a noção e a vivência de saúde ou de enfermidade estavam estreitamente ligadas à harmonia ou desarmonia com os deuses da terra, com os antepassados e com o cumprimento dos códigos que regiam a vida da comunidade⁽¹⁾.

Nos grandes Impérios Orientais, o imperador déspota era filho direto do Deus e, ao mesmo tempo que divino, ele era o único ser parecido ao que hoje se chama de humano, nem os nobres nem os escravos eram "humanos" nessa magnitude. Seus médicos eram "magos" e algo vagamente equiparável ao que se chama de saúde ou enfermidade só interessava no concernente à família imperial e à nobreza. A saúde e a enfermidade tinham a ver com a harmonia ou desarmonia com os deuses das alturas, os prêmios e castigos correspondentes⁽¹⁾.

Na Grécia Antiga e na Clássica, as mulheres, as crianças, os escravos e estrangeiros não eram cidadãos e, em graus variáveis, não eram tidos como humanos. Tal tradição discriminatória se prolongou no Império Romano, especialmente em suas numerosas colônias, assim como com os bárbaros que, decididamente, não eram considerados humanos (apesar de, aliás, ter uma organização nômade muito mais "democrática" que a imperial). A palavra "bárbaro" quer dizer, "que não fala latim"⁽¹⁾.

Com o surgimento das grandes cidades comerciais ou mercantis, seus habitantes "cidadãos" tornaram-se privativamente sinônimos de humanos, seu modo de organização social era uma "civilização" (de *civitas*, cidade) e sua forma de comportar-se se qualificava pela "urbanidade" (*urbe*), assim resulta clara a propriedade da natureza humana pelos civilizados em oposição aos bárbaros e aos selvagens⁽¹⁾.

A Reforma, constituída pelo protestantismo luterano, calvinista ou puritano, ao mesmo tempo em que "mundanizou" as relações do homem com a divindade e que criticou e racionalizou a mediação da Igreja católica obscurantista e corrupta, preparou um conceito de homem próprio da Modernidade, dotado de todas as potências da razão científica, mas submetido ao culto ao trabalho e à produção de bens de troca. Na Modernidade, a categoria humano tendeu a universalizar-se, todos os tipos de homens foram considerados humanos e integrantes de uma espécie comum, a humanidade⁽¹⁾.

Pode-se dizer ainda que o humano é o efeito da combinação de três elementos: a materialidade do corpo, a imagem do corpo e a palavra que se inscreve no corpo.

O que diferencia o ser humano da natureza e dos animais é que seu corpo biológico é capturado desde o início numa rede de imagens e palavras, apresentadas primeiro pela mãe, depois pelos familiares e em seguida pelo social, que vai moldando o desenvolvimento do corpo biológico, transformando-o num ser humano, com estilo de funcionamento e modo de ser singulares⁽²⁾.

O fato de se ser dotado de linguagem torna possível a todos a construção de redes de significados que se compartilha em maior ou menor medida com os semelhantes e que dão certa identidade cultural. Em função da dinâmica de combinação desses três elementos, o homem é capaz de transformar imagens em obras de arte, palavras em poesia e literatura e sons em fala e música, ignorância em saber e ciência, sendo capaz de produzir cultura e, a partir dela, intervir e modificar a natureza. Por exemplo, transformando doença em saúde⁽³⁾.

O saber de cada sociedade veio mudando ao longo dos tempos e nas diferentes civilizações. Assim, como se viu anteriormente, ser homem na Antiguidade não foi o mesmo que na Idade Média e nos dias de hoje; ou ser homem na África não é o mesmo que ser homem na Ásia. Cada sociedade, cada cultura nas diferentes épocas propuseram um certo modo de saber, certas respostas acerca do mundo, das coisas, das relações com os semelhantes, o prazer, os sentimentos, o bem e o mal, o destino, a vida e a morte. Ou seja, constituíram pontos de referência para se orientar precisamente naquilo que o ser humano nasce ignorando. Essas referências são o que legitima, nos diferentes campos da produção humana (no campo da arte, da ciência e da moral), a atuação de cada indivíduo⁽¹⁾.

As grandes descobertas realizadas pelo homem no Renascimento: a descoberta das Américas, a perspectiva na pintura, a descoberta de Copérnico de que o Sol não gira ao redor da Terra, foram deslocando Deus do centro do universo e colocando em seu lugar o homem racional⁽¹⁾.

Surge o ideal de autonomia do homem e a crença de que toda sabedoria pode ser transformada em conhecimento. Os avanços da ciência vão assim firmando-se como promessa de resolver as angústias humanas e dominar a vida e a morte. A ciência passa a formalizar e legitimar a produção humana. Nesse sentido, toda a subjetividade fica no imperativo de ser trocada pela objetividade. As manifestações subjetivas, então, encontram dificuldade de se expressar de forma legítima.

Tal aposta, endereçada a um conhecimento científico que poderia responder por todo o campo do humano e das relações sociais, implica também na geração de um novo homem: o homem moderno. Aquele que se instala na ilusão de uma autonomia fictícia, um homem supostamente construído por si mesmo. Na verdade, trata-se de um delírio de autonomia que, para se sustentar, acaba implicando em relações humanas mais distantes e menos significativas, isto é, num homem muito menos "humanizado", um homem centrado em si e em seu trabalho, cada vez mais distante de quem está a seu lado, do cotidiano em família, da vida entre amigos e sem perceber as relações interpessoais como a fonte de vida e a interação entre os homens como forma de contribuir para o crescimento da humanidade.

A HUMANIZAÇÃO NA HUMANIDADE

Foi no seio do Império e a partir da religião judaica das colônias do Oriente Médio que nasceu o humanismo do Cristianismo primitivo, cuja concepção das virtudes que eram paradigma de humanidade (por imagem e semelhança com a divindade) teve influência incalculável na cultura ocidental. Apesar de sua fundamentação deísta, transcendente e ultraterrena, teológica e metafísica, com suas limitações moralizantes e piedosas, a ética e a organização social implícitas nesse Cristianismo primordial foram uma contribuição irreversível ao conceito de Humanidade e à prática da Humanização, matizados depois pela Reforma e a Contra-reforma⁽¹⁾.

As deformações do conceito e o valor de humanidade próprios da Idade Média (e ainda até metade do século XVII) foram muito negativas. Simultaneamente, coexistiam as campanhas de evangelização humanitária com os genocídios da conquista e das cruzadas. Ao mesmo tempo em que os animais eram julgados pelos tribunais como responsáveis por delitos (como se fossem humanos), os não católicos, os heréticos, as supostas feiticeiras eram qualificados como demônios e não como membros da humanidade⁽¹⁾.

Na civilização contemporânea, as condições objetivas e subjetivas para obter um alto grau de humanidade para todos os membros da espécie humana estão já dadas pelo alto grau de potência produtiva. Para essas orientações, humanizar consiste simplesmente em canalizar tais capacidades no sentido de estender e distribuir, integral e igualitariamente à humanidade uma série de benefícios e resultados considerados propriedades *sine qua non* da condição humana.

Essas podem ser definidas como: atenção às necessidades básicas de subsistência, por mais variáveis que elas sejam (alimentação, moradia, vestuário...), educação, segurança, justiça, trabalho, acesso à liberdade de associação, de pensamento e de expressão, de ir e vir, de prática política, científica, arte, esporte, tempo livre, culto religioso e, para o que aqui interessa especialmente: o cuidado à saúde. É claro que a definição da qualidade e quantidade dessas necessidades é histórica e culturalmente produzida, e deve ser concebida e realizada de acordo com o que manifestam os homens, e não apenas determinada por "alguns".

Há uma definição que resume a humanidade como o funcionamento de toda a espécie humana que vise conseguir que "a todos seja dado acesso ao que precisam, segundo suas necessidades e a cada um as condições para desenvolver e exercitar suas capacidades". Especialmente, as necessidades daqueles cujas capacidades sejam decididamente significativas para contribuir a que todos tenham suas necessidades satisfeitas e que tais necessidades se definam mais e mais além do que historicamente se considera como "básicas"⁽¹⁾.

Tal proposta responsabiliza toda a humanidade por esse objetivo, em proporção com o grau de potência da qual cada segmento social dispõe atualmente. Não há relação com a proposição apenas da igualdade de oportunidades para competir no mercado, tão em voga atualmente, deixando exclusivamente para o Estado (afetado por considerável impotência) o dever de velar pela satisfação das necessidades e pela capacitação elementar dos menos favorecidos (que são a imensa maioria da população mundial). Tal proposta deixa toda ação de ajuda (além das obrigações tributárias) ao livre critério e vontade dos que mais podem e sabem, mas apenas quando, quanto e como queiram⁽⁴⁾.

Humanizar é, ainda, garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo para serem humanizadas precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem faz-se as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que se desumaniza reciprocamente⁽⁵⁾.

Isto é, sem comunicação não há humanização. A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interações humanas o diálogo, não apenas como uma técnica de comunicação verbal que possui um objetivo pré-determinado, mas sim como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco.

Em determinado momento da história, a saúde passa a ser valorizada como um bem acima de qualquer discussão, justificando assim formas coercitivas de controle social em nome da utilidade e da felicidade do maior número, da piedade compassiva pelos que sofrem e do condicionamento de comportamentos considerados mais saudáveis pelo saber médico científico higienista do momento. Tudo isso sem qualquer tipo de questionamento a respeito do que as pessoas envolvidas pensam e têm a dizer sobre o assunto⁽³⁾.

A utopia da saúde perfeita surge de forma clara na própria definição da saúde proposta pela OMS, em 1948, como sendo o "estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade". Essa definição tem o mérito de ampliar o escopo de um modelo estritamente biomédico de saúde como presença/ausência da doença ou enfermidade enquanto desvio da normalidade, causada por uma etiologia específica e única, tratada pela suposta neutralidade científica da ciência médica. O aspecto utópico está contido na idéia de um estado de completo bem-estar. Sabe-se que um estado de completo bem-estar é quase impossível de existir, a não ser na morte, como estado absoluto de ausência de tensão. Bem ao contrário do que a utopia da saúde perfeita propõe, a civilização moderna vem exigindo da humanidade cada vez mais renúncias às satisfações de seus impulsos e oferecendo cada vez menos referências simbólicas em nome das quais essas renúncias poderiam ser suportadas⁽³⁾.

A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

O propósito ou meta de humanizar, em todos os sentidos apontados, mais objetivamente no caso da saúde, implica aceitar e reconhecer que nessa área e nas suas práticas, em especial, subsistem sérios problemas e carências de muitas das condições exigidas pela definição da concepção, organização e implementação do cuidado da saúde da humanidade, tanto por parte dos organismos e práticas estatais, como da sociedade civil.

As organizações, agentes e práticas contemporâneas da saúde variam entre um tratamento (dito em geral e particularmente comunicacional, entre si e com os usuários) que vai desde o uso de uma linguagem técnica impessoal (que supõe expressar certos ideais de cientificidade) até outro autoritário ou paternalista que infantiliza os usuários, passando por modalidades que vão da homogeneização à indiferença (os agentes não chamam o paciente pelo seu nome, não olham para seu rosto quando falam, gritam com ele etc).

Se os hospitais começaram sendo "derivados" dos cárceres, dos abrigos para indigentes e de espaços de clausura e isolamento para enfermos de doenças epidêmicas incuráveis, estabelecimentos esses nos quais o tratamento correspondia à intenção de castigo, eliminação ou segregação social, os hospitais "modernos" correm o perigo de se tornarem equipamentos de controle social sobre "grupos de risco", para a identificação e manipulação das "minorias" excluídas, marginalizadas, desinseridas, desfiladas, que ameçam a ordem instituída dominante e as pessoas dos seus proprietários e beneficiários⁽⁶⁾.

Se tivesse que resumir a missão de humanização num sentido amplo, além da melhora do tratamento intersubjetivo, dir-se-ia que se trata de incentivar, por todos os meios possíveis, a união e colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos, dos gestores, dos técnicos e dos funcionários, assim como a organização para a participação ativa e militante dos usuários nos processos de prevenção, cura e reabilitação. Humanizar não é apenas "amenizar" a convivência hospitalar, senão, uma grande ocasião para organizar-se na luta contra a inumanidade, quaisquer que sejam as formas que a mesma adote.

Por outro lado, o problema em muitos locais é justamente a falta de condições técnicas, seja de capacitação, seja de materiais, e torna-se desumanizante pela má qualidade resultante no atendimento e sua baixa resolubilidade. Essa falta de condições técnicas e materiais também pode induzir à desumanização na medida em que profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando uma situação que já é precária.

Nesse sentido, humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade.

A possibilidade de se colocar no lugar do outro, de abrir espaço para que o outro saiba algo que não se sabe de antemão depende de se aceitar que todo saber é limitado: algo que não se sabe e que, portanto, poderá vir de outro. Apenas quando se corre o risco de não pretender tudo saber é que se pode compreender o outro, aceitando que ele tem algo a dizer, com toda a dimensão de falta que coloca a palavra, mas também de um saber que, por não ser total, pode se expandir infinitamente.

O contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações. Se ele não tomar contato com esses fenômenos correrá o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa, que podem prejudicá-lo tanto no âmbito profissional quanto no pessoal. Os profissionais da saúde submetem-se, em sua atividade, a tensões provenientes de várias fontes: contato frequente com a dor e o sofrimento, com pacientes terminais, receio de cometer erros, contato com pacientes difíceis. Assim, cuidar de quem cuida é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de projetos e ações em prol da humanização da assistência.

Contratação de profissionais em número suficiente para atender à demanda da população, aquisição de novos equipamentos médico-hospitalares, abertura de novos serviços, melhoria dos salários, das condições de trabalho e da imagem do serviço público de saúde junto à população são outros objetivos a serem buscados para a melhoria da assistência.

O PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Ao apresentar essa proposta, o Estado coloca que a dimensão humana e subjetiva, inserida na base de toda intervenção em saúde, das mais simples às mais complexas, tem enorme influência na eficácia dos serviços prestados pelos hospitais. Para cuidar dessa dimensão fundamental do atendimento à saúde, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Sua implantação envolveu o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e entidades da sociedade civil, prevendo a participação de gestores, profissionais de saúde e comunidade⁽²⁾.

Embora se saiba que a assistência à saúde não está centrada apenas na instituição hospitalar, é nesse espaço onde se percebe que a desumanização no cuidado com o outro se faz mais evidente. Ainda que haja longas filas de espera nos serviços públicos ambulatoriais, para citar apenas um dos problemas, quando o ser humano necessita de hospitalização, encontra-se fragilizado pelo processo de adoecimento, o que se agrava com a falta de humanização da assistência⁽⁷⁾.

Espera-se com a implantação do referido programa, a oferta de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos que atendem o usuário não apenas como direito, mas como etapa fundamental na conquista da cidadania. Para os profissionais que atuam nos hospitais há a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de suas práticas, sentido e valor de se trabalhar numa organização de saúde. Como todo trabalho, esse é produzido por sujeitos e produtor de subjetividade. Não há humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. Não há humanização sem um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e, nele, se (re)valorize. É seu objetivo fundamental resgatar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, da instituição com os profissionais e do hospital com a comunidade.

Os multiplicadores do programa de humanização têm como função a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização em cada um dos hospitais, constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais, cujas tarefas são: difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da instituição; propor uma agenda de mudanças que possa beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; divulgar e fortalecer as iniciativas humanizadoras já existentes; melhorar a comunicação e a integração do hospital com a comunidade de usuários⁽²⁾.

A divulgação das iniciativas humanizadoras existentes é propiciada por meio da rede nacional de humanização, que tem como função primordial o intercâmbio de informações e conta com um portal, no qual, além de se obter informações sobre humanização e o andamento do Programa, pessoas e hospitais interessados podem se cadastrar para receber mais informações via *e-mail*.

No entanto, mesmo contando com um grau razoável de sensibilização das instituições para sua inserção numa rede ampla de trabalho e troca de informações e experiências com outras instituições (seja com instituições de saúde ou com instituições representativas de outros setores da comunidade), há um segundo desafio a enfrentar, que se constitui no processo de capacitação das instituições e de seus profissionais.

Toda instituição pública é uma organização idealmente destinada a atender a comunidade, embora nem sempre isso aconteça da forma desejada. Pressionadas por grandes demandas, por carências de recursos materiais e humanos e atuando, muitas vezes, em situações-limite, as preocupações de muitas dessas instituições, especialmente as instituições hospitalares, acabam freqüentemente se circunscrevendo às questões que acontecem em seu espaço interno, o que as torna isoladas e pouco permeáveis a um contato mais aberto e efetivo com a comunidade da qual fazem parte e para a qual atuam. Por melhor que seja a ação dessas instituições os resultados de seu trabalho permanecem pouco conhecidos e pouco compartilhados com outras instituições.

Outra peculiaridade essencial do Programa de Humanização, tanto nos hospitais como na formação e funcionamento da Rede, é o trabalho com equipes interdisciplinares. Nessas equipes, tende-se à mútua formação elementar contínua dos seus membros nas teorias, métodos e técnicas das suas respectivas especificidades e profissões, com o fim de, sem provocar nenhum tipo de confusão, propiciar tanto a exploração das interfaces das suas capacidades e funções, como a mobilidade, a substitutividade dos papéis teórico-técnicos e, ainda, a invenção de novos papéis requeridos pela tarefa. Essa equipe inclui, eventual ou regularmente, os que desempenham os denominados "ofícios" (não qualificados como profissões) e, ainda, da mesma forma, os usuários e/ou seus representantes, assim como representantes da comunidade organizada⁽⁸⁾.

Os principais obstáculos para a constituição e desenvolvimento das equipes interdisciplinares são: o individualismo, as hierarquias injustas dadas pela divisão técnica e social do trabalho, a onipotência de cada profissão que acredita paradoxalmente ser "a única e a melhor", o sentimento de superioridade dos *experts* por relação ao saber e o saber fazer espontâneo dos usuários, o medo da perda da identidade e à suposta caotização das diferenças, o temor à crítica quando o dispositivo propicia a plena exposição das limitações e erros de cada especialidade e de cada agente, a possível perda de privilégios etc.

Outro aspecto fundamental a ser destacado diz respeito às condições estruturais de trabalho do profissional de saúde, quase sempre mal remunerado, muitas das vezes pouco incentivado e sujeito a carga considerável de trabalho. Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência. As idéias de humanização favorecendo a não-violência e a comunicabilidade reforçam a posição estratégica das ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos e rumos da produção de cuidados em saúde⁽⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na humanidade, a palavra pode fracassar e quando a palavra fracassa o ser humano é capaz também das maiores barbaridades. A destrutividade faz parte do humano e a história testemunha a que ponto o homem pode chegar em nome de destruir os humanos que considera diferentes e por isso mesmo acha que constituem ameaça a ser eliminada.

Pode falhar também quando a comunicação não consegue se estabelecer de forma efetiva. As instituições de assistência pública de saúde, por exemplo, se fundamentam há dois séculos, nos critérios de bem-estar geral, urgência social e de felicidade e interesse comuns. E suas ações, campanhas e programas partem das certezas de que sempre atuam em nome e pelo bem daqueles a quem pretendem ajudar, sendo que supõem conhecer esse bem de um modo claro e distinto, sem necessidade de consultar (comunicar-se) antes os (com os) "beneficiados". Uma política de assistência fundamentada sobre esses pressupostos prescinde de argumentos, exclui a palavra e emudece qualquer diálogo.

Tal prática, por si só, é desumanizante, pelo fato de colocarem os princípios acima dos sujeitos envolvidos, banindo as decisões tomadas coletivamente com base no diálogo e argumentação, pois que consideram que os princípios utilizados são os únicos que podem determinar de antemão o que deve ser levado em consideração e efeito.

Outro aspecto que precisa ser abordado é trazido pelo discurso técnico-científico e o sentimento que a suposição de objetividade e neutralidade da ciência desperta no homem moderno. O desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido uma série de benefícios, sem dúvida, mas tem como efeito colateral a inadvertida promoção da desumanização. Com a suposta objetividade da ciência pode-se perceber a eliminação da condição humana da palavra, da palavra que não pode ser reduzida à mera informação (de anamnese, por exemplo). Quando se preenche uma ficha de histórico clínico, não se está escutando a palavra daquela pessoa e sim apenas recolhendo a informação necessária para o ato técnico. Indispensável, sem dúvida. Mas o lado humano ficou de fora. O ato técnico, por definição, elimina a dignidade ética da palavra, pois essa é necessariamente pessoal, subjetiva e precisa do reconhecimento na palavra do outro. A dimensão desumanizante da ciência e tecnologia se dá, portanto, na medida em que se fica reduzido a objetos da própria técnica e objetos despersonalizados de uma investigação que se propõe fria e objetiva. O saber técnico supõe saber qual é o bem de seu paciente independentemente de sua opinião.

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança e resistência. É claro que a não adesão envolve, além da relação do paciente com o profissional, fatores relacionados aos pacientes (idade, sexo, estado civil, etnia, contexto familiar, escolaridade, auto-estima, crenças, hábitos de vida), às doenças (cronicidade, ausência de sintomas), aos tratamentos (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera, tempo de atendimento).

Os padrões conhecidos parecem mais seguros, além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização. E se não for singular, não será de humanização. E, ainda, para que esse processo se efetive, devem estar envolvidas várias instâncias: profissionais de todos os setores, direção e gestores da instituição, além dos formuladores de políticas públicas, conselhos profissionais e entidades formadoras.

Para a implementação do cuidado com ações humanizadoras é preciso valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, fomentar a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos, fortalecer o controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS, democratizar as relações de trabalho e valorizar os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baremlitt G. Que se entende por humanidade e humanização? In: Baremlitt G. Manual de orientação do agente multiplicador. Belo Horizonte (MG): PNHAA Regional Centro Oeste; 2001. [[Links](#)]
2. PNHAA. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. [[Links](#)]
3. Betts J. Considerações sobre o que é o humano e o que é humanizar. Humaniza 2003. [Periódico on-line] [citado em 25 ago. 2003] Disponível em: URL: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>. [[Links](#)]
4. Ferreira JM, Mishima SM. O processo de municipalização da saúde sob o olhar do ser humano-trabalhador de enfermagem da rede básica de saúde. Rev Latino-am Enfermagem 2004 março-abril; 12(2):212-20. [[Links](#)]
5. Collet N, Rozendo CA. Humanização e trabalho na enfermagem. Rev Bras Enfermagem 2003; 56(2):189-92. [[Links](#)]
6. Tanji S, Novakoski LER. O cuidado humanístico num contexto hospitalar. Texto Contexto Enf 2000 maio-ago; 9(2):800-11. [[Links](#)]
7. Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. Rev Latino-am Enfermagem 2004 maio-junho; 12(3):469-76. [[Links](#)]
8. Martins MCFN. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2001. [[Links](#)]
9. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc. Saúde Coletiva janeiro-março 2004; 9(1):7-14. [[Links](#)]

Recebido em: 27.9.2004

Aprovado em: 23.1.2006



Av. Bandeirantes, 3900
14040-902 Ribeirão Preto SP Brazil
Tel.: +55 (16) 3315-3451 / 3315-4407



rlae@eerp.usp.br