

Desafios da humanização nos cuidados em saúde: revisão da literatura

Marcel Ronaldo Morelli de Meira¹

1. Centro Universitário São Camilo, São Paulo/SP, Brasil.

Resumo

Este estudo apresenta revisão conceitual acerca da humanização no cuidado em saúde, com ênfase na produção científica brasileira vinculada às áreas das humanidades médicas e saúde coletiva. O objetivo é refletir criticamente sobre os desafios que permeiam a implementação da humanização no contexto contemporâneo. Adotou-se a metodologia de revisão narrativa, que contemplou 16 artigos publicados a partir de 2003, quando foi instituída, no Brasil, a Política Nacional de Humanização, que intensificou o debate em torno da temática. Enquanto modo de agir, a humanização caracteriza-se pela construção de relações mais simétricas entre os sujeitos envolvidos no cuidado e pela orientação de práticas pautadas por acolhimento, respeito e empatia. No entanto, sua efetivação no cotidiano dos serviços de saúde é tensionada por diversos desafios, entre os quais a fragilidade estrutural das instituições de saúde, a persistente centralidade do modelo biomédico e a crescente incorporação de tecnologias nas relações entre profissionais e usuários.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Humanismo. Atenção à saúde. Ética. Violência.

Resumen

Desafíos de la humanización en la atención sanitaria: revisión de la literatura

Este estudio presenta una revisión conceptual sobre la humanización en la atención en salud, con énfasis en la producción científica brasileña vinculada a las áreas de las humanidades médicas y la salud colectiva. El objetivo es reflexionar críticamente sobre los desafíos que atraviesan la implementación de la humanización en el contexto contemporáneo. Se adoptó la metodología de revisión narrativa, que incluyó 16 artículos publicados desde 2003, cuando se instituyó en Brasil la Política Nacional de Humanización, intensificando el debate en torno al tema. Como modo de actuación, la humanización se caracteriza por la construcción de relaciones más simétricas entre los sujetos involucrados en el cuidado y por la orientación de prácticas basadas en la acogida, el respeto y la empatía. Sin embargo, su implementación en la rutina cotidiana de los servicios de salud se ve tensionada por diversos desafíos, entre los cuales se destacan la fragilidad estructural de las instituciones de salud, la persistente centralidad del modelo biomédico y la creciente incorporación de tecnologías en las relaciones entre profesionales y usuarios.

Palabras clave: Humanización de la atención. Humanismo. Atención a la salud. Ética. Violencia.

Abstract

Challenges of humanization in healthcare: a literature review

This study presents a conceptual review on humanization in healthcare, with an emphasis on Brazilian scientific production linked to the fields of medical humanities and public health. The objective is to critically reflect on the challenges that permeate the implementation of humanization in the contemporary context. A narrative review methodology was adopted, encompassing 16 articles published since 2003, when the National Humanization Policy was established in Brazil, intensifying the debate on the topic. As a mode of action, humanization is characterized by the construction of more symmetrical relationships among the subjects involved in care and by the orientation of practices guided by welcoming, respect, and empathy. However, its implementation in the daily routine of health services is challenged by several factors, including the structural fragility of healthcare institutions, the persistent centrality of the biomedical model, and the increasing incorporation of technologies in the relationships between professionals and users.

Keywords: Humanization of assistance. Humanism. Delivery of health care. Ethics. Violence.

Declararam não haver conflito de interesse.

O termo “humanização” vem sendo usado com frequência no campo da saúde. Embora faça parte de um amplo conjunto de iniciativas, o conceito ainda precisa de definição mais clara. De modo geral, o conceito de humanização na saúde é usado para se referir a um tipo de assistência que valoriza *a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes*¹.

O debate em torno da humanização na saúde ganhou relevância quando o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2000, ano em que o tema também foi incluído na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Mais adiante, em 2003, o programa passou a constituir uma Política Nacional de Humanização (PNH), também chamada de Humaniza SUS².

Praticar a humanização no atendimento significa, segundo Deslandes, *ir contra a violência, visto que esta representa a antítese do diálogo, a negação do “outro” em sua humanidade*³. Nesse sentido, a humanização seria o oposto da violência física ou simbólica, esta última caracterizada como um tipo de atendimento em que o paciente não é compreendido em suas demandas e expectativas.

Historicamente, a organização hierárquica dos hospitais no século XIX desencadeou determinadas situações que os transformaram em “lugar de sofrimento”, na expressão de Rios⁴. Ainda que tenha aumentado o acesso da população ao atendimento e propiciado significativos avanços técnicos, a institucionalização dos hospitais era pautada por uma estrutura organizacional rígida, a qual contribuiu para práticas marcadas por controle, ausência de direito ou recurso das decisões superiores, forma de circulação da comunicação apenas descendente, descaso pelos aspectos humanísticos e disciplina autoritária, o que fez do hospital um lugar onde as pessoas são tratadas como coisas e prevalece o não respeito à sua autonomia e a falta de solidariedade⁵.

Como resposta a esse cenário, vários hospitais começaram a desenvolver ações denominadas humanizadoras. Tais ações visavam tornar o ambiente mais acolhedor, com atividades lúdicas e melhorias no recinto. Como aponta Rios⁴, ainda

que não conseguissem mudanças significativas na estrutura organizacional e na gestão, essas iniciativas serviram para atenuar o sofrimento causado pelo ambiente hospitalar. Pouco a pouco, como mostra a autora, o tema da humanização foi ganhando relevância, o que resultou em mudanças mais estruturais, modificando de fato a rotina dos profissionais e usuários dos serviços de saúde.

A proposta da humanização consiste em substituir as diferentes formas de violência simbólica por um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores, [o qual] busca instituir uma “nova cultura de atendimento”³.

Apesar da polissemia e da falta de demarcação conceitual do que se convencionou chamar de humanização, esse projeto pode contribuir para a melhoria da qualidade da atenção na saúde, uma vez que representa um novo modelo de comunicação e relacionamento interpessoal entre profissionais e pacientes.

De modo geral, os valores que norteiam o projeto da humanização na saúde são: autonomia, justiça, corresponsabilidade entre os sujeitos, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão. Na prática, é importante a incorporação de determinadas atitudes consideradas fundamentais por parte dos sujeitos envolvidos, como acolhimento, solidariedade, alteridade e empatia⁶.

Em uma rápida revisão, humanizar a atenção à saúde significa: 1) valorizar a dimensão subjetiva e social, em ambas as práticas de atenção e gestão; 2) garantir o acesso de usuários a informações sobre saúde; 3) estabelecer vínculos solidários e participação coletiva, por meio da gestão de participação, articulando profissionais e usuários neste processo⁶.

A questão que emerge deste debate, entretanto, é: haveria espaço para a implementação de novas práticas voltadas para a humanização do cuidado em saúde? No Brasil, por exemplo, um dos aspectos mais importantes a serem considerados na relação médico-paciente é a questão de classe, uma vez que vivemos em uma sociedade marcada por extrema desigualdade social.

A crítica feita pelos autores não se dirige a modelos de atenção à saúde desumanizados, mas aos diferentes obstáculos para a realização

prática desse projeto. Deslandes e Mitre⁷ refletem acerca de seus desafios buscando compreender o que pode ser considerado a antítese da humanização, ou seja, o que “desumaniza”, “aliena” e “objetifica”, uma vez que a proposta da humanização pressupõe uma relação mais simétrica de poder entre os sujeitos envolvidos no cuidado.

Assim, a perspectiva que se pretende admitir neste estudo considera a humanização em sentido amplo, isto é, permeando as diferentes dimensões teóricas e operacionais. É, sobretudo, uma perspectiva filosófica, segundo a qual o ideal de humanização é um compromisso das ciências da saúde com a realização de valores humanistas e democráticos relacionados ao bem comum.

Este estudo tem como propósito refletir, por meio de revisão crítica da literatura brasileira, acerca dos desafios inerentes à humanização na produção dos cuidados em saúde. A análise busca identificar fatores que dificultam a efetiva implementação desse projeto, dentre os quais estão a organização e a estrutura física das instituições de saúde, a predominância do modelo biomédico nas práticas assistenciais e as condições laborais a que os profissionais de saúde estão submetidos.

Método

Para a seleção do material bibliográfico, recorreu-se ao banco de dados SciELO, em que utilizaram-se os descritores “humanização da saúde”, “humanização da assistência” e “humanização dos cuidados em saúde”.

A seleção dos artigos ocorreu ao longo de 2024, período em que a pesquisa foi conduzida. O processo de escolha considerou, em um primeiro momento, o descritor “humanização” e, em seguida, o título dos artigos e a autoria, priorizando a produção de pesquisadores brasileiros reconhecidos como referências no campo da humanização dos cuidados em saúde. Ao final, foram selecionados 16 artigos publicados a partir de 2003, ano em que foi instituída, no Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH), marco que fomentou e ampliou o debate sobre a temática. Tais trabalhos, que apresentam distintas abordagens teóricas e metodológicas, problematizam aspectos específicos da humanização da saúde e oferecem contribuições relevantes

para este estudo. Excluíram-se editoriais, manuscritos e cartas ao editor.

Discussão

A humanização dos cuidados em saúde constitui tema amplamente debatido na literatura científica brasileira, sobretudo após a instituição da PNH, que consolidou o debate em torno da produção de práticas de cuidado mais integrais e centradas no usuário. A análise conceitual apresentada neste estudo busca contribuir para a compreensão dos múltiplos desafios que atravessam a implementação da humanização no contexto contemporâneo.

Os artigos selecionados foram examinados mediante leitura crítica e sistemática, com base em princípios da análise temática, de modo a identificar e organizar categorias analíticas representativas das principais tensões presentes no debate. Essa estratégia metodológica possibilitou não apenas a síntese dos resultados, mas também a articulação entre diferentes dimensões teóricas e práticas relacionadas à humanização.

Dessa análise, emergiram três eixos centrais: 1) o impacto da crescente incorporação de tecnologias nas relações entre profissionais e usuários; 2) a distância entre os princípios norteadores da PNH e as fragilidades estruturais persistentes no Sistema Único de Saúde (SUS); e 3) a valorização recorrente do modelo biomédico em detrimento de práticas de cuidado integrais e participativas. Esses eixos, embora analisados separadamente, revelam-se interdependentes, uma vez que as fragilidades institucionais e o predomínio do paradigma biomédico condicionam a forma como tecnologias são incorporadas e utilizadas nos serviços de saúde. A discussão, a seguir, busca aprofundar tais aspectos e evidenciar os entraves e as possibilidades para a consolidação da humanização no contexto brasileiro.

Conceitos de humanismo e humanização em saúde

O emprego histórico do termo “humanização” está associado a correntes de pensamento voltadas à recuperação e à valorização dos princípios fundamentais da condição humana, sobretudo em

cenários de crise humanitária. Sob a perspectiva filosófica, o conceito de humanização remonta às raízes do humanismo, corrente intelectual surgida no século XV, no contexto do renascimento italiano, caracterizada pela defesa da dignidade do ser humano e por concebê-lo como a medida de todas as coisas⁴.

No entanto, para além de seu significado original, o termo adquire novos contornos na contemporaneidade. O conceito de humanização passou a ganhar protagonismo diante da crise dos referenciais éticos até então vigentes. Como observa Rios⁴, as transformações sociais decorrentes do capitalismo multinacional e globalizado implicaram um reordenamento das formas de sociabilidade, marcado por expansão da indústria cultural, do setor de serviços, das finanças e da informação. Essas dinâmicas, ao privilegiarem o efêmero, o consumismo e o individualismo, fragilizaram os ideais utópicos da modernidade, que depositavam no projeto iluminista a expectativa de um mundo melhor, sustentado pelo progresso científico e tecnológico.

Cabe acrescentar aqui os horrores observados com o Holocausto e a emergência dos governos totalitários na segunda metade do século XX, que fizeram com que a sociedade se tornasse descrente da política e das ideias revolucionárias e não mais buscasse seus valores nos movimentos sociais e coletivos, mas no individualismo exacerbado pelo consumo. Na sociedade atual, é possível observar o culto ao corpo, a supervalorização da aparência estética, a reprodução exaustiva de imagens e o comportamento social hedonista, os quais se realizam como espetáculo.

No campo das relações sociais, intolerância e preconceito em relação a diferenças também criaram condições para a perda de referenciais éticos. Como contraponto, a partir da segunda metade do século XX, começaram a ser elaboradas respostas para esse cenário. Movimentos relacionados a direitos humanos, bioética, cidadania e proteção ambiental foram cada vez mais ganhando espaço, convidando sociedades para a construção de novas utopias.

Já no campo da saúde, o conceito de humanização inclui as prerrogativas definidas pela PNH, que consiste em um conjunto de princípios que afirma: 1) valorização e autonomia dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde

(trabalhadores, gestores e usuários); 2) aumento da corresponsabilidade na produção de saúde por parte desses sujeitos, além do estabelecimento de vínculos solidários entre eles; 3) participação coletiva no processo de gestão da saúde; e 4) caracterização das demandas sociais dos usuários e dos trabalhadores, junto do compromisso com a melhoria das condições de atendimento e trabalho⁷.

A PNH pretende, assim, servir como base para mudanças nas relações entre profissionais e usuários, por meio de princípios norteadores: acolhimento, autonomia, protagonismo e corresponsabilidade. Como observam Deslandes, Mitre e Alves, *é uma política que coloca em questão as práticas em saúde, construídas com base no modelo biomédico, principal referencial epistemológico para a formação dos profissionais*⁸. De modo geral, a principal meta da humanização da saúde é *a dignidade do ser humano e o respeito por seus direitos, uma vez que a pessoa humana deve ser apreciada em primeiro lugar, pois a dignidade da pessoa, a liberdade e o bem-estar são fatores a serem ponderados na relação entre o doente e o profissional da saúde*⁹.

Dito de outro modo, os princípios da humanização na saúde defendem como ideal um atendimento acolhedor, que visa combater a despersonalização a que são submetidos os usuários dos serviços do SUS, assegurando-lhes seus direitos, além da participação coletiva nos processos de gestão. Para tanto, faz-se necessária a escuta autêntica, que exige dos profissionais sentimento de empatia; portanto, o profissional que pretende criar uma relação humanizada com seu paciente deve escutá-lo com atenção.

Contudo, diversos estudos realizados por brasileiros revelaram obstáculos à implementação do projeto da PNH, como *problemas relacionados a ambiência, tempo de espera e espaço físico, assim como aqueles relacionados ao trabalhador, como quantidade excessiva de atribuições, cansaço e mecanização do trabalho*¹⁰. Em resumo, para que o profissional possa atender de forma humanizada, é necessária a garantia de condições satisfatórias de trabalho.

Autores destacam obstáculos para a efetivação desses programas, como Deslandes¹, que argumenta a respeito dos principais desafios para sua implementação, como mudança na cultura

organizacional de instituições de saúde, diminuição de relações assimétricas de poder entre profissionais e usuários, além da hegemonia de uma objetividade científica utilitarista, temas que serão discutidos a seguir.

Impacto das novas tecnologias na humanização da saúde

Ao longo dos séculos XIX e XX, muitos avanços tecnológicos foram aplicados na área da saúde, em todos os níveis de atenção, seja no diagnóstico de doenças ou na reabilitação de pacientes. Atualmente, assiste-se a um desenvolvimento tecnológico intenso, com a utilização de inteligência artificial, telessaúde, robótica etc. Por outro lado, diversas discussões emergem desse cenário, como o acesso de usuários a essas tecnologias, seu custo para o sistema de saúde e o risco de eliminar o contato direto entre pacientes e profissionais. No entanto, não há como minimizar, ou até mesmo desconsiderar, as importantes contribuições dos avanços tecnológicos no campo da saúde.

De acordo com Rios⁴, o tecnicismo existente na prática da medicina atual desconsidera aspectos humanísticos relacionados ao cuidado, ainda que tenha propiciado inúmeras conquistas. Para ela, os recursos tecnológicos ampliaram o acesso de pessoas a serviços de saúde, embora tenham criado um abismo entre médico e paciente⁴. Nas palavras da autora:

*A tecnologia, que é determinante para aumentar a sobrevida humana e para a diminuição drástica do sofrimento devido aos males que acometem a saúde, tornou-se um intermediário que afasta os profissionais do contato mais próximo e mais demorado com o paciente, não só porque agiliza o atendimento e aumenta a produtividade contada em números, mas também porque fascina e captura o interesse dos profissionais da saúde, particularmente dos médicos*¹¹.

Na contemporaneidade, segundo Rios¹², a prática médica está pautada no modelo da linha de produção, que, aliado a avanços tecnológicos, teria produzido uma erosão da relação médico-paciente, que passou a ser caracterizada como entre empresa e consumidor.

Por outro lado, Deslandes e Mitre⁷ se posicionam contrárias a argumentos que defendem o uso de tecnologias como desfavorável ao processo comunicacional entre profissionais e usuários. As autoras se referem a críticas segundo as quais a prática clínica estaria sendo substituída por novas tecnologias, que estariam eliminando, assim, o encontro entre sujeitos. Para elas, esse argumento pode ser relativizado na medida em que hoje nossa cultura é cada vez mais mediada por tecnologias. Assim, as inovações tecnológicas vistas atualmente não são exclusivas da área médica, uma vez que são usadas nas mais diferentes esferas do cotidiano.

Para Deslandes e Mitre⁷, é necessário ponderar que as novas tecnologias utilizadas na área da saúde não são benéficas ou maléficas por si só. O mais importante, segundo elas, é compreender o papel representado por essas novas tecnologias nas relações entre sujeitos e na qualidade do atendimento. É necessário, portanto, observar como essas intervenções tecnológicas podem ser usadas na produção de cuidado, como em escuta, acolhimento e experiência com o outro. Para tanto, seu uso deve estar pautado em reflexão crítica, visto que, por si só, não garante o sucesso do tratamento⁷. Em outras palavras, o uso das tecnologias em saúde deve estar fundamentado em princípios éticos, e não apenas técnicos.

Nessa direção, a humanização é vista como capaz de articular os avanços tecnológicos com um atendimento ético e acolhedor. A própria PNH, em seu texto, destaca a importância de conciliar tecnologia e o fator humano e de relacionamento: as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo em uma área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento². Desconsiderar as possibilidades que surgem do uso de novas tecnologias na humanização da saúde seria, portanto, ignorar o quão potentes são, por exemplo, as tecnologias de escuta e de negociação de regras comportamentais e organizacionais¹. Partindo-se do princípio de que humanização pressupõe ampliação do processo comunicacional, são inegáveis suas possíveis contribuições para a área da saúde.

Valorização do modelo biomédico nas práticas de saúde

É necessário refletir um pouco sobre as concepções que fundamentam o modelo biomédico na saúde. Reforça-se a importância de considerar criticamente sua prevalência na formação de profissionais de saúde, servindo como modelo no qual foram construídas relações médico-paciente. Essas reflexões aplicam-se, igualmente, à formação de profissionais das áreas de enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia etc. O modelo baseado em pressupostos biomédicos enraizou-se em instituições de ensino dos vários cursos de graduação da saúde.

Muito embora os conhecimentos fundamentais da prática da saúde tenham base nas ciências biomédicas, é incontestável que essa prática se dê sob a influência dos contextos sociais nos quais estão inseridos os processos de saúde e adoecimento. O desempenho do profissional também depende das condições institucionais em que realiza seu trabalho. Partindo desse pressuposto, é possível dizer que a prática médica, além de prática técnica, é também prática social, prática da sociedade¹³.

Como observa Rios¹⁴, na cultura ocidental moderna a medicina se desenvolveu a partir de um modelo científico-positivista que separou os domínios físico e abstrato do existir humano e que priorizava a dimensão biológica sobre a dimensão psicossocial. De acordo com a autora, os benefícios trazidos por seus avanços técnicos lhe garantiram legitimidade, mas, a partir da metade do século XX, transformações ocorridas na sociedade e na saúde criaram demandas para as quais a medicina precisou se adaptar. Isso porque, de acordo com a autora, *quando se colocou o ser humano na totalidade da sua existência, como centro das atenções no campo da saúde, percebeu-se que tais rupturas deixaram grandes lacunas no saber médico e insuficiência em lidar com os aspectos subjetivos referentes à saúde e ao seu cuidado*¹⁴.

Schraiber¹⁶, a seu modo, também destaca a clássica divisão entre o componente científico-tecnológico e o componente humanístico na prática da medicina. A autora aponta que essa dicotomia tem como resultado uma hierarquização em que o componente científico-tecnológico acabou prevalecendo sobre o humanístico.

Entretanto, reconhece, a despeito de esse modelo científico-tecnológico ter se afirmado hegemônico na prática clínica, a necessidade de identificar o caráter interativo das práticas de saúde e as particularidades de cada caso clínico, o que não pode ser resolvido apenas com a aplicação técnica de um saber científico.

Seguindo nessa direção, Ayres¹⁷ considera importante a articulação da intervenção técnica com um modelo de atenção humanizado, que busque um diálogo mais simétrico entre profissionais e usuários do serviço, uma vez que não é possível desconsiderar as dimensões pessoal e social como determinantes dos processos de adoecimento e saúde.

Foi procurando responder a essas demandas que as humanidades entraram no cenário médico há vários anos, propiciando uma compreensão mais ampla das diferentes expressões do sofrimento humano e das determinações socioculturais do adoecimento, assim como das habilidades de comunicação e construção de vínculos solidários entre sujeitos¹⁸.

Considerando, contudo, a necessidade do domínio de disciplinas biomédicas para a prática clínica, assim como o saber humanístico, vem se buscando cada vez mais nos cursos de formação de saúde a implementação de disciplinas e temas ligados às humanidades para a articulação dos conhecimentos técnico-científicos e humanísticos. Isso fez com que as humanidades e as ciências humanas e sociais passassem a ter maior protagonismo na área da saúde. As humanidades médicas, vale dizer, estariam mais preocupadas com as relações humanas no âmbito intersubjetivo, e as ciências humanas e sociais com as determinantes sociais no processo de saúde/doença.

Nas ciências humanas e sociais, são utilizadas disciplinas cujo objetivo seria compreender questões referentes a saúde e adoecimento, como antropologia, história, sociologia, ciências políticas, filosofia, psicologia etc. As ciências humanas e sociais são importantes, também, em áreas específicas da saúde coletiva, como epidemiologia social, planejamento e gestão de saúde, políticas públicas e educação em saúde. Já as humanidades médicas se preocupam, sobretudo, com as *relações comunicativas entre médico e paciente discutidas nos âmbitos educacional e ético*,

e mais recentemente no campo da bioética clínica e em pesquisa¹⁹.

Ficou provado, conforme aponta Rios, que a saúde e o cuidado envolvem aspectos da história e da cultura legitimados pelo desejo das pessoas e que as humanidades médicas teriam os saberes necessários à ligação da ciência com esse mundo da vida das pessoas²⁰. Passou a ser consenso, portanto, entre os currículos dos cursos de saúde, a presença de temas humanísticos durante a formação de estudantes, partindo do modelo biomédico, mas ampliando-o, uma vez que é necessário considerar não apenas o organismo doente, mas a pessoa e sua subjetividade.

Obstáculos para a humanização da saúde

Outra questão levantada por autores diz respeito às condições de trabalho dos profissionais de saúde, pois estes muitas vezes não se encontram em condições de garantir atendimento humanizado, por estarem submetidos a processos mecanizados de trabalho, que os impedem de se transformar em pessoas mais críticas e sensíveis, bem como se encontram fragilizados no conviver contínuo com a dor, o sofrimento, a morte e a miséria²¹.

Seguindo nessa direção, Campos argumenta que há, atualmente, um processo de burocratização e, em muitos casos, até mesmo de embrutecimento das relações interpessoais no SUS, quer sejam relações entre profissionais, quer seja destes com os usuários²²; na área da saúde, critica o autor, é comum reduzir as pessoas a objetos para serem manipulados pela clínica.

Nesse sentido, tende-se a caracterizar como desumanas relações sociais em que há grande desequilíbrio de poder entre os sujeitos, de modo que o lado poderoso se aproveita desta vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, reduzindo-o a situação de objeto, a fim de manipulá-lo conforme seus próprios interesses²³.

Partindo desse princípio, é possível concluir que o projeto da humanização não será efetivo se não se levar em consideração a democratização das relações interpessoais e, por consequência, das próprias instituições de saúde. No SUS, conforme observa Campos, a humanização depende do aperfeiçoamento do sistema e gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações

cotidianas²³. É necessária, portanto, a existência de mecanismos para coibir e dificultar o abuso do poder, tornando, assim, possível a humanização.

A humanização da saúde precisa, também, combinar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de operar decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção²³. No plano intersubjetivo, é possível dizer que os valores da sociedade contemporânea teriam produzido uma cultura extremamente individualista, moldada na crença em uma suposta autossuficiência do eu numa suposta salutar desconfiança do outro²⁴.

Seguindo essa direção, pode-se concluir que não há como haver humanização sem que haja a democratização das relações interpessoais. No SUS, o projeto de humanização depende do aperfeiçoamento da gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas²⁵. Desse modo, o projeto da humanização se apresenta enquanto oposição às relações abusivas de poder, para fortalecer a participação democrática dos diferentes atores envolvidos, sobretudo os usuários dos serviços.

É necessário, portanto, alterar a lógica de funcionamento das instituições de saúde, que, em vez de se apresentarem como espaços reprodutores da violência, funcionariam como espaços de liberdade capazes de acolher, amparar, sustentar e dar significado à presença e às ações de profissionais de saúde, gestores e pacientes, ao considerar suas dimensões subjetivas e singulares²⁵. Em resumo, humanizar a assistência requer condições favoráveis para a produção da própria assistência.

Considerações finais

Convém aqui enfatizar a fundamental importância do debate realizado por autores brasileiros, uma vez que possibilita reflexões críticas, além de discutir temáticas problematizadoras do real significado da humanização na saúde em suas diferentes dimensões. Deslandes¹ discutiu os diversos sentidos atribuídos ao termo, como oposição à violência institucional; qualidade do atendimento articulada com excelência técnica; cuidado com as condições de trabalho de profissionais de saúde;

e ampliação da comunicação entre usuários e profissionais. São amplas e diversas as possibilidades e os desafios que se revelam.

A perspectiva deste estudo considera a humanização em sentido amplo, atravessando suas diferentes dimensões teóricas e metodológicas. Esta se refere, basicamente, a uma perspectiva filosófica segundo a qual o ideal de humanização pode ser definido como um compromisso das tecnociências da saúde com seus valores éticos e democráticos.

A polissemia e a plasticidade do conceito de humanização foram amplamente discutidas nos debates entre os autores brasileiros. Estes também refletiram acerca dos obstáculos para a realização

de tal projeto, em linhas gerais, *um modelo de assistência secularmente hierarquizado, fragmentado e calcado numa lógica técnico-burocrática*²⁶.

Talvez o grande desafio se refira à necessidade de desenvolver nos profissionais o interesse pelo paciente. Tarefa difícil sobretudo nos tempos atuais, nos quais, como vimos, prevalecem o individualismo e o consumismo. A humanização depende, portanto, das *mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida*²⁷, apresentando-se como possibilidade real de ampliar a desalienação do processo de trabalho e atendimento. Por isso, o maior desafio seja, em tempos como o nosso, fazer reascender o humanismo e, com ele, a humanização da saúde.

Referências

1. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Cien Saude Colet [Internet]. 2004 [acesso 8 jul 2024];9(1):7-14. p. 8. DOI: 10.1590/S1413-81232004000100002
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso 15 jul 2024]. Disponível: <https://bit.ly/414mNQj>
3. Deslandes SF. Op. cit. 2004. p. 9.
4. Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2009 [acesso 15 jul 2024];33(2):253-61. DOI: 10.1590/S0100-55022009000200013
5. Rios IC. Op. cit. 2009. p. 256.
6. Rego S, Gomes A, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2008 [acesso 20 jul 2024];32(4):482-91. DOI: 10.1590/S0100-55022008000400011
7. Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. Interface Comunic Saude Educ [Internet]. 2009 [acesso 2 ago 2024];13(supl 1):641-9. DOI: 10.1590/S1414-32832009000500015
8. Deslandes SF, Mitre RMA, Alves CA. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. Interface Comunic Saude Educ. [Internet]. 2009 [acesso 2 ago 2024];13(supl 1):581-94. p. 582. DOI: 10.1590/S1414-32832009000500010
9. Tracera GMP, Silva Júnior AG, Mourão LC. Complexidades na implementação da política nacional de humanização sob a ótica de profissionais de saúde. Rev Gest Saúde [Internet]. 2017 [acesso 8 ago 2024];8(1):76-91. p. 86. Disponível: <https://bit.ly/4ss5VON>
10. Tracera GMP, Silva Júnior AG, Mourão LC. Op. cit. 2017. p. 89.
11. Rios IC. Op. cit. 2009. p. 258-9.
12. Rios IC. Humanidades médicas como campo de conhecimento em medicina. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2016 [acesso 15 ago 2024];40(1):21-9. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n1e01032015
13. Mota A, Schraiber L. Ciências humanas e medicina: as contribuições da história para a formação e a prática do médico. Rev Med [Internet]. 2012 [acesso 20 ago 2024];91(3):189-93. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v91i3p189-193
14. Rios IC. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. Cien Saude Colet [Internet]. 2010 [acesso 20 ago 2024];15(supl 1):1725-32. Disponível: <https://bit.ly/3PHABhb>

15. Rios IC. Op. cit. 2010. p. 1726.
16. Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. Interface Comunic Saude Educ [Internet]. 1997 [acesso 25 ago 2024];1(1):123-38. DOI: 10.1590/S1414-32831997000200009
17. Ayres JRCM. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/aids no município de São Paulo. Cien Saude Colet [Internet]. 2005 [acesso 2 set 2024];10(3):689-98. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300025
18. Ayres JRCM, Rios IC, Schraiber LB, Falcão MTC, Mota A. Humanidades como disciplina da graduação em medicina. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2013 [acesso 2 set 2024];37(3):455-63. DOI: 10.1590/S0100-55022013000300019
19. Rios IC. Op. cit. 2016. p. 24.
20. Rios IC. Op. cit. 2010. p. 1726.
21. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. Cien Saude Colet [Internet]. 2010 [acesso 2 set 2024];15(1):255-68. p. 257. DOI: 10.1590/S1413-81232010000100031
22. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface Comunic Saude Educ. [Internet]. 2005 [acesso 8 set 2024];9(17):389-400. p. 398. Disponível: <https://bit.ly/4tmpU1R>
23. Campos GWS. Op. cit. 2005. p. 399.
24. Rios IC. Op. cit. 2016. p. 22.
25. Rego S, Gomes A, Siqueira-Batista R. Op. cit. 2008. p. 486.
26. Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. Interface Comunic Saude Educ [Internet]. 2005 [acesso 2 set 2024];9(17):401-3. p. 402. Disponível: <https://bit.ly/4maksx2>
27. Campos GWS. Op. cit. 2005. p. 400.

Marcel Ronaldo Morelli de Meira – Doutorando – marcel.morelli@prof.saocamilo-sp.br

 0000-0001-7662-3819

Correspondência

Marcel Ronaldo Morelli de Meira – Rua Marina Ciufuli Zanfelicé, 176, ap. 402, Bloco B, Água Branca, CEP 05040-000. São Paulo/SP, Brasil.

Disponibilidade de dados: Todos os dados utilizados ou gerados na pesquisa estão integralmente descritos e apresentados no corpo do artigo.

Editores responsáveis: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 24.1.2025

Revisado: 28.1.2026

Aprovado: 6.2.2026