



**SERVIÇOS DE SAÚDE E O DESAFIO  
DE EDUCAR PARA A COMPREENSÃO HUMANA**

Joanira M Silva.<sup>1</sup>

Marina Patricio de Arruda.<sup>2</sup>

**Resumo:** Os serviços de saúde tem como finalidade o cuidado integral do ser humano, prefigurado na pessoa do usuário, profissional da saúde e gestor, esta gama de sujeitos envolvidos neste empenho, fazem saúde e caminham na busca por melhores condições de vida, qualidade na saúde e dignidade humana, perfazendo no cotidiano o intento de educar e aprender a compreensão humana. Sendo assim, a relevância do tema se impõe por si só como imperiosa, uma vez que dada à evolução e técnica nos serviços de saúde, ainda hoje é possível deparar-se com situações flagrantes de incompreensão, descuido e desumanização na prestação de tais serviços. Diante disto, torna-se relevante um sério questionamento de como a compreensão humana pode tornar os serviços de saúde mais humanizados. A metodologia deste artigo teve como intuito o estudo bibliográfico, descritivo e de natureza qualitativa. No tocante a normatização dos serviços de saúde, a Constituição da República Federativa do Brasil promulgada no ano de 1988, apresenta a saúde como um direito social, “Artigo 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2012). No tópico da humanização o que se pretende é propor uma reflexão aos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde acerca deste tema, para que corações e mentes se abram a uma nova prática em saúde. Foi com este intuito de intervir neste cenário que o Ministério da Saúde elaborou o documento “HumanizaSUS” Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS”. Nesta perspectiva, faz-se necessário introduzir o “cuidado como modo-de-ser que perpassa toda a existência humana” (BOFF, 1999, p. 109). Por fim, nesta diversidade de reflexões houve o intento de expressar que a compreensão humana poderá tornar os serviços de saúde mais humanizados.

**Palavras-Chave:** Serviços de Saúde. Humanização. Compreensão Humana.

## **1 INTRODUÇÃO**

---

<sup>1</sup>Bacharel em Direito e pós-graduanda em Gestão e Serviços de Saúde pela Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC.

<sup>2</sup> Especialista em Trabalho na Sociedade Brasileira, mestre e doutora em serviço Social pela PUCRS. Docente junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/ Mestrado da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC. Membro do Grupo de Educação Permanente (EDUPE) do Curso de Medicina, responsável por pesquisas de extensões universitárias voltadas à educação, saúde e ambiente.

Os serviços de saúde tem como finalidade o cuidado integral do ser humano configurado na pessoa do usuário. Por sua vez o profissional da saúde e o gestor se empenham em fazer saúde buscando as melhores condições de vida, qualidade na saúde em prol da dignidade humana.

Trata-se de um estudo reflexivo que reúne esforços para a discussão acerca do tema compreensão humana e serviços de saúde tendo como intuito tecer problematizações que envolvam usuários, profissionais ou gestores.

Esta pesquisa é relevante para a área da saúde, pois além de tratar de assuntos emergentes, também aponta novos modos de ver, sentir, compreender, cuidar e amar o ser humano como um ser possuidor de uma dignidade única. Por isso, o artigo científico que segue parte do pressuposto de que a compreensão humana pode tornar os serviços de saúde mais humanizados.

Para que isso se torne possível, serão abordados três tópicos que se convergem em torno da compreensão humana nos serviços de saúde, são eles: os serviços de saúde, a humanização e a compreensão humana. Todos eles serão abordados com ênfase a partir de conceitos, apresentando a realidade e apontando possíveis soluções e novos caminhos de educar para a compreensão humana.

A relevância do tema se impõe por si só, uma vez que dada à evolução e técnica nos serviços de saúde, ainda hoje é possível encontrarmos situações flagrantes de incompreensão, descuido e desumanização na prestação de tais serviços. Diante disto, guia essa discussão o questionamento “como a compreensão humana pode tornar os serviços de saúde mais humanizados?”.

O presente artigo teve como respaldo um estudo bibliográfico, descritivo e de natureza qualitativa. Na pesquisa bibliográfica foram consultadas várias literaturas relativas ao assunto em estudo, artigos publicados na internet e que possibilitaram que este trabalho tomasse forma para ser fundamentado.

Segundo Marconi e Lakatos (1992), a pesquisa bibliográfica é o levantamento de bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações *online*. Renomados pensadores, como: Morin(2000); Boff(1999)e Maturana(2002)não poderiam ficar esquecidos neste estudo, uma vez que fazem sentido para a discussão do tema que aqui apresentamos.

O levantamento bibliográfico e a elaboração deste artigo se deram entre dezembro do ano de 2015 e início do mês de fevereiro de 2016.

## 2. SERVIÇOS DE SAÚDE

A Constituição da República Federativa do Brasil promulgada no ano de 1988, que aqui para facilitar a leitura deste artigo será tratada apenas como Constituição Federal (CF/1988), apresenta a saúde como um direito social, uma vez que a inclui no título da ordem social, e assim o faz: “Artigo 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2012).

Os conceitos de promoção, proteção e recuperação nos serviços de saúde tomam clarividência no pensamento de Paim (2009, p. 45), conforme segue:

*Promover* saúde significa fomentar, cultivar, estimular, por intermédio de medidas gerais e inespecíficas a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das comunidades. [...] No caso da promoção da saúde, importam boas condições de vida, educação, atividade física, lazer, paz, alimentação, arte, cultura, diversão, entretenimento e ambiente saudável, entre outras. Supõe atuar sobre as “causas das causas”, ou seja, os determinantes socioambientais, cultivando o bem-estar e a qualidade de vida. Já *proteger* a saúde significa reduzir ou eliminar riscos por meio de ações específicas, como vacinação, combate a insetos transmissores de doenças, uso de cintos de segurança nos veículos, distribuição de *camisinha* para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, bem como o controle da qualidade da água, alimentos, medicamentos e tecnologias médicas. Essas medidas são baseadas em conhecimentos científicos que permitem identificar fatores de risco e proteção. [...] *Recuperar* a saúde requer diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação do dano (doença ou agravo), evitando complicações ou seqüelas. A atenção à saúde na comunidade e a assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar representam as principais medidas para a recuperação da saúde.

Os serviços de saúde expressos na Carta Magna (BRASIL, 2012), tem por objetivo alcançar a todos os brasileiros o direito de usufruí-los de forma a promover, proteger e recuperar a saúde. Deste modo o inciso II, do artigo 198 da Constituição Federal CF/1988), prevê “o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 2012). A Lei 8.080/1990 em seu artigo 1º dispõe que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 2016).

Daí a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o qual vem para fomentar a esperança e tentar tornar real o direito de saúde para todos, sem discriminação de qualquer espécie. “Pode-se dizer que o movimento que deu origem ao SUS, apesar dos avanços no escopo da institucionalidade dos serviços sociais, abranda-se sem reverter a lógica de crescente desigualdade no acesso aos serviços de saúde” (PIRES; DEMO, 2006, p. 61).

A implantação do SUS baseia-se e deve ser regida pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade. E o que se quer ressaltar quando se diz universalidade é que a “saúde é para todos” (PAIM, 2009, p. 45). A equidade se expressa na igualdade do atendimento e a universalidade vislumbra o atendimento do paciente como um ser integral, ou seja, biológico, psicológico e social.

Neste ponto, faz-se necessário abrir-se a perspectivas positivas no tocante ao princípio da integralidade através da educação em saúde. A integralidade não é apenas uma diretriz constitucionalmente definida pelo SUS, é um baluarte deste sistema que vem “atrelado ao ideário do desejo, repleto de sentimento, de emoção e de motivação para uma construção coletiva na defesa da saúde” (MACHADO et al., 2007, p. 336).

Parafrazeando o entendimento de Machado (2007) na integralidade entendida como cuidado de pessoas, grupos e coletividade, encontra-se o usuário, como sujeito e protagonista histórico, social e político de seu meio, deste modo a integralidade passa a ser um norte das ações voltadas para a educação em saúde. Sendo assim, a educação em saúde passa a envolver vários atores: o indivíduo, família, comunidade e Estado, que passam a desenvolver valores. Desta feita, a promoção em saúde responsabiliza de forma tripartite as esferas governamentais para oferecerem serviços de qualidade e essenciais a comunidade por meio do SUS.

Assim, é preciso desmistificar o saber cuidar como posse somente dos profissionais da saúde, mas unificar este saber e modo de ser universal. Daí cria-se um novo paradigma de atenção a saúde através do SUS, para escutar, compreender e atender as necessidades das pessoas.

A educação em saúde urge um pensar crítico e reflexivo, que dê autonomia ao indivíduo como sujeito histórico e social, detentor do respeito de opinar e decidir conscientemente acerca do cuidado com a sua saúde, de sua família e da coletividade. Isso traduz exatamente o significado de integralidade e educação em saúde que vem sendo postulado pelo SUS, desde a sua criação.

Entretanto, como assevera Campos (2014, p. 16), acerca do Sistema Único de Saúde:

O SUS, hoje, é um mercado imperfeito, um mosaico ingovernável em que mais de oito mil agentes de produção em saúde, com diferentes modalidades organizacionais [...], operam com baixo grau de planejamento, com subfinanciamento, sobreposição de papéis e de responsabilidades, compondo um caos de governança impossível.

Neste mesmo tom, alude Pires e Demo (2006, p. 64), como se lê:

Pode-se dizer que o movimento que deu origem ao SUS, apesar dos avanços no escopo da institucionalidade dos direitos sociais, abrandasse sem reverter a lógica de crescente desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Universalidade, equidade, integralidade e participação social, princípios do SUS que denotam forte compromisso ético com o bem comum, seguem como utopias realizáveis, operando entre o possível-real-medíocre e o real-ideal-concretizável.

Contrário ao ideal do SUS, infelizmente “no Brasil, apesar das leis e declarações que colocam a saúde e a educação como prioridade para a promoção da vida, esses direitos estão longe de ser uma realidade, principalmente para a população mais pobre” (ZOMBONI et al., 2012, p. 82). Isto pode ser observado no fragmento a seguir:

Esse modelo de desatenção se expressa em um caleidoscópio de maus tratos e desrespeito ao direito à saúde: filas vergonhosas para a assistência médica desde a madrugada ou o dia anterior; descortesia nos guichês dos hospitais e unidades de saúde; desatenção de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais da saúde diante de pessoas fragilizadas pela idade avançada, pelo sofrimento e pelas doenças; corredores superlotados de macas nos serviços de pronto-socorro; disputas por fichas para exames complementares tantas vezes desnecessários; longas esperas em bancos desconfortáveis para a realização de uma consulta ou exame; *via crucis* do paciente entre diferentes unidades de saúde, médicos e especialistas; “cortejo fúnebre” de *vans* e ambulâncias em frente aos hospitais públicos das capitais para transferência de doentes e familiares de outros municípios; pagamento por consulta e exames em clínicas particulares de periferias por preços “módicos” ou “por fora” nos serviços do SUS; mercantilização da doença e do sofrimento por planos de saúde e prestadores privados; [...] (PAIM, 2009, p.89).

Este cenário demonstra a necessidade de humanizar os serviços de saúde, por conta disto é que será abordado a seguir o tópico da humanização, dando leves pinceladas no tema, para ao final se verificar a necessidade de convergência da humanização e da educação para a

compreensão nos serviços de saúde, para assim, “[...] tornar possível a utopia do SUS Brasil” (CAMPOS, 2014, p.17).

### **3. HUMANIZAÇÃO**

O que se pretende ao falar em humanização é propor uma reflexão aos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde acerca deste tema, para que corações e mentes se abram a uma nova prática em saúde.

Para tal envergadura faz-se conveniente permitir que se façam alguns questionamentos, quais sejam:

E por que falar em humanização quando as relações estabelecidas no processo de cuidado em saúde se dão entre humanos? Estaríamos com esse conceito querendo apenas ‘tornar mais humana a relação com o usuário’, dando pequenos retoques nos serviços, mas deixando intocadas as condições de produção do processo de trabalho em saúde? (BRASIL, 2004, p.6).

Os questionamentos apresentados parecem estar divergindo de forma dialética, uma vez que, tais relações se dão entre humanos, aparentemente torna-se entranho ousar falar em não humanização, sendo que esta decorre exatamente do fato dos sujeitos envolvidos serem humanos. Como se vê, “se assim se formula o problema, coloca-se a embaraçosa tarefa de “humanizar humanos” como se alguns destes homens fossem menos humanos” (PASCHE et al., 2011, p. 4545).

Neste tocante Pasche (2009, p. 36) diz que, “humanizar é, pois, possibilitar aos sujeitos das práticas a experimentação de outras perspectivas de construção da existência, mais em lateralidade em relação aos outros, forjando em si e em outros novas atitudes, novas éticas”. Assim sendo, vê-se como necessário a busca de novos caminhos, novas alternativas de forma horizontalizada para a compreensão e re-descoberta de que “a relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito” (BOFF, 1999, p. 95), humano-humano. Não se pode conceber nos serviços de saúde indiferença ou discriminação no cuidado, por conta de classe social, cor, sexo ou qualquer outro motivo que se possa parecer “relevante”, porque o que está em questão é a vida, a existência do outro com suas necessidades e possibilidades.

Elucidando este aspecto de forma muito coerente, continua Pasche (2009, p. 36):

Humanização é, assim, propositura para a criação, *poiesis*. Criação de novas práticas de saúde, de novos modos de gestão, tarefas inseparáveis da produção de novos sujeitos. Tarefa de tornar homens e mulheres mais capazes de lidar com a heterogeneidade do vivo, de reinventar a vida, criando as condições para a emergência do bem comum. Esta é a aposta ética da humanização da saúde.

Foi com este intuito de intervir neste cenário que o Ministério da Saúde elaborou o documento “HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS”. Uma vez que, “a humanização depende do estabelecimento de determinadas condições político-institucionais cujo efeito é o reposicionamento dos sujeitos nas relações clínicas e de trabalho” (PASCHE, 2009, p.37).

Ademais, é de suma importância a contribuição de Souza e Mendes (2009, p. 683) que assim aduz:

Para além das questões formais, é preciso pensar, no âmbito da PNH, o humano em sua condição, simultaneamente, complexa, exuberante e problemática, sobretudo em relação aos processos de saúde/doença. A partir daí, abrem-se possibilidades efetivas para uma humanização que não fique restrita à polidez “politicamente correta” e à suposta completude que, às vezes, é atribuída ao conjunto: competência técnica e suficiência de recursos humanos, materiais e tecnológicos”.

É mais do que isto, afirma Garcia et al. (2009, p. 79), como se lê:

O que se pode concluir é que a busca da humanização do humano está sim relacionada ao estabelecimento de relações sociais, objetiva e subjetivamente, que possibilitem uma “vida digna”. Ter saúde faz parte disso, portanto, humanizar os serviços de saúde é também condição para tal. Parece também que a compreensão da humanização como reflexo das relações sociais historicamente estabelecidas expressa melhor a concepção de humanização em PNH, o que, na nossa compreensão, ultrapassa a noção de existência de uma natureza humana.

Em outras palavras, não querendo divagar sobre este tema, porém refletir e compreender sempre mais, é que os fundamentos aqui postos vão se afinando e conduzindo a reflexão novamente a profundidade da busca de mostrar a fragilidade e a grandeza de ser unicamente humano. Neste compasso, “seria imprescindível compreender o trabalho em saúde como, fundamentalmente, trabalho afetivo, de produção de afetos e de modos de afetar

e ser afetado pelo outro na criação de redes sociais, de formas de vida (biopoder), de novas subjetividades e sociabilidades” (SOUZA; MENDES, 2009, p. 683).

Neste diapasão faz-se importante dar ênfase a vivência diária dos profissionais da saúde, que na visão de Garcia et al. (2009, p. 81), os mesmo estão:

Frequentemente submetidos a uma rotina impregnada de tensões que envolvem toda a equipe. Têm em seu ambiente de trabalho muitas pessoas circulando, vários tipos de sons, queixas de colegas e paciente, angústia, tristeza, dor, morte e, ainda, longas jornadas de trabalho, seja por possuir duplo ou triplo vínculo ou por optarem pela hora plantão e sobreaviso a fim de garantir uma melhor remuneração e, por conseguinte, uma “suposta” melhor qualidade de vida.

A propósito faz-se conveniente explorar este aspecto do ambiente laboral no qual os profissionais da saúde estão inseridos, e ali fazem suas vivências cotidianas. Em tempos hodiernos, é indispensável ponderar que a qualidade de vida vai se perdendo à medida em que o trabalho deixa de ser prazeroso, que a remuneração fica aquém do necessário para uma vida digna. O profissional vai perdendo seu vigor, deixando-se atribular por tais questões e também o trabalho passa a carecer de qualidade, sendo realizado como algo automático, puramente mecânico. Perde-se a sensibilidade e a capacidade de compreensão, quando não, a dignidade.

Nesta linha de pensamento, Sarlet (2003, p. 113) salienta que “as coisas têm preço; as pessoas, dignidade”. Assim, importa neste momento, registrar que “é uma dignidade inerente à espécie humana” (SARLET, 2003, p. 110) e com propriedade adverte Andrade (apud ROMITA, 2005, p. 252) que “a dignidade não é algo que alguém precisa postular ou reivindicar, porque decorre da própria condição humana. O que se pode exigir não é a dignidade em si – pois cada um já traz consigo – mas respeito e proteção a ela”.

Sendo assim, é preciso repensar o modo de trabalho, as condições do ambiente laboral, para que o profissional tenha a possibilidade de se reestabelecer, e buscar um novo modo soberanamente eficaz para superar tais dificuldades e nesta dinâmica reaprender o cuidado consigo mesmo e com o outro. Como se percebe, “o viver está permeado de diversos fatores os quais se mostram a cada dia em estado de deterioração” (SILVA et al., 2006, p.617).

Assim, “este é um aspecto de suma importância, pois se a proposta é humanizar o atendimento, não têm como pô-la em prática se aquele que presta o atendimento não estiver em condição para tal” (GARCIA et al., 2009, p. 85).



No mesmo viés, a humanização pede mudanças emergenciais para a construção de um novo modo de se pensar e fazer saúde. Em face disto:

Humanizar a saúde também significa profunda mudança de atitude dos indivíduos. Essas mudanças, por sua vez, serão criadoras de novos profissionais, e estes, por seu turno, mais capacitados a aprimorar o sistema de saúde para que se inaugurem novos modos de fazer e de sentir (FERREIRA; ARAÚJO, 2014, p. 202).

Por conseguinte, é preciso enfatizar a importância da gestão como processo criativo para efetivar tais ações, no intuito de produção de novos sujeitos nos serviços de saúde. Desta forma, define Pasche (2009, p. 38):

A gestão pode ser espaço importante para a produção de novos sujeitos, mais livres, mais criativos, mais solidários, mais capazes de se deslocarem de interesses imediatos, portanto, mais capazes de suportar a existência em panoramas mais heterogêneos, nos quais a expressão do humano como força social e política é mais diversa. A gestão teria, nessa direção, a capacidade de produzir sujeitos melhores.

No mesmo teor afirmam os estudiosos Santos Filho e Barros (2012, p. 107):

Ao problematizar a gestão dos serviços e dos processos de trabalho, o desafio colocado pela PNH é o de superar os obstáculos enfrentados no próprio processo de construção do SUS. Como “obra aberta”, essa política constrói-se a partir da inclusão de experiências no SUS e das inovações da Saúde Coletiva. Portanto, é um permanente processo de invenção das práticas e de nós mesmos e do mundo que se vai criando no e com o trabalho.

Ora, torna-se evidente a partir desta compreensão, que o caminho para a humanização no contexto em tela passa pela educação e conseqüentemente pela comunicação, pois “a busca de uma nova postura diante do mundo precisa de outras verdades e modos de pensar, ser e fazer” (SILVA et al., 2006, p. 614). Deste modo, é de bom tom trazer em evidência que:

A comunicação expressa pelo diálogo é ferramenta essencial da humanização nas práticas de saúde. O diálogo humaniza a relação entre os sujeitos, promovendo a aproximação e a confiança necessárias para uma abordagem mais ampla e adequada ao processo de restabelecimento da saúde. A comunicação dá a oportunidade de expressar necessidades e emoções que se manifestam diante do sofrimento (ZOMBINI et al., 2012, p. 75).

A comunicação não se dá somente através de palavras, em muito se vê a comunicação através de gestos, reações, emoções. Desta feita, “o trabalho na área da saúde exige do profissional o conhecimento desse processo chamado *comunicação interpessoal* e de seus fundamentos básicos” (SILVA, 1996, p. 20).

Assim, a busca pela humanização se dá “por meio das práticas de educação em saúde, utilizadas não apenas na educação continuada dos profissionais de saúde e educação, como também para a população em geral” (ZOMBINI et al., 2012, p. 79). No mesmo sentido é que se pode extrair do fragmento abaixo, como se lê:

A educação e o ensino na área da saúde têm merecido, nas duas últimas décadas, atenção especial nos debates e nas produções dos educadores envolvidos com a formação dos profissionais, visando a superar um modelo predominantemente técnico, linear, compartimentalizado, ainda frequente nos currículos de alguns cursos e que já tem atendido aos anseios e necessidades dos profissionais e da população usuária dos serviços de saúde (BAGNATO; MONTEIRO, 2006, p. 248).

É de vital importância, evidenciar que dentre os sujeitos protagonistas da humanização em saúde, não se encontram somente os profissionais da saúde, mas também a população enquanto usuários.

Deste modo, “a educação em saúde cria vínculos entre a ação técnica e o pensar e fazer cotidiano da população, permitindo um rico aprendizado dos atores envolvidos. Valorizando o respeito, a autonomia e a criatividade dos sujeitos [...]” (ZOMBINI et al., 2012, p.79). Isto posto faz-se salutar expressar que:

Caminhar por essas perspectivas na formação dos profissionais da área da saúde pode ajudar na ruptura da linearidade, das verdades absolutas, na fecundação recíproca de diferentes campos de conhecimento, trazendo para o palco cenas de outros fazeres, de outros entendimentos, outras possibilidades, outras relações e articulações, outras dimensionalidades, movimentando nossos olhares, nossas práticas (BAGNATO; MONTEIRO, 2006, p. 254).

Desta forma, é de bom tom salientar que, a humanização deve partir de todos, pois se pensar a fundo, todos são usuários dos serviços de saúde, e isto é inerente a sua condição.

Tratar-se-ia, então, de refletir e de agir sobre modos de pertencer e de circular no plano institucional, nas relações interprofissionais e com os

usuários, examinando a pertinência e a atualidade de nossos saberes, de nossas atitudes, de nossas formas de “ser-em-grupo”, e de “fazer com o outro” (não pelo outro), produzindo alternativas (individuais e coletivas) para posições e ações (SOUZA; MENDES, 2009, p. 683).

E assim, fica lançado o desafio de humanizar os serviços em saúde, de forma abrangente, dando ênfase a comunicação e a educação em âmbito geral, que atinja gestores, profissionais e usuários da saúde. “Tamanha pretensão parece pedir, como contraface que não se deve recusar, doses de prudência e de simplicidade (o simples, não o simplório), para se estar em condição de responder pelos efeitos concretos dos mundos que ajudamos a engendrar [...] (SOUZA; MENDES, 2009, p. 687).

#### **4. COMPREENSÃO HUMANA**

Sem buscar fugir do rigor científico que este trabalho exige, vê-se como importante conceituar a compreensão humana, solidificada em temas convergentes como o cuidado e o amor.

Neste sentido, iniciamos falando do amor, no qual Maturana sabiamente nos indica que “o amor não é um fenômeno biológico eventual nem especial, é um fenômeno biológico cotidiano. Mais do que isto, o amor é um fenômeno biológico tão básico e cotidiano no humano, que frequentemente o negamos culturalmente criando limites na legitimidade da convivência, em função de outras emoções” (MATURANA, 2002, p. 67).

No mesmo teor, Boff (1999) também comunga do pensamento de Maturana e preconiza o amor como sendo um fenômeno biológico.

Nesta perspectiva, cumpre, antes de mais nada, enfatizar que: “o homem da racionalidade é também o da afetividade. [...] O homem prosaico é também o da poesia, isto é, do fervor, da participação, do amor, do êxtase” (MORIN, 2000, p. 58).

Por ser o amor um fenômeno biológico é que dizemos que ele é puramente humano que não há como dissociá-lo do ser humano em sua essência, pois “aqui chegamos ao ponto de que talvez devêssemos ter partido. O do inacabamento do ser humano. Na verdade, o inacabamento do ser ou sua inconclusão é próprio da experiência vital. Onde há vida, há inacabamento” (FREIRE, 2015, p. 50). E acrescenta Boff (1999, p. 159) “somos seres da incompletude”, pois isto, é próprio da condição humana, só nos completamos na relação com

o outro, com o cosmos e conosco mesmos. Deste modo, “as relações reais têm o caráter apaixonante de serem vitais e significativas” (ROGERS, 1997, p. 21).

Nesta linha de pensamento, Morin (2000, p. 51) salienta que “somos originários do cosmos, da natureza, da vida, mas devido à própria humanidade, à nossa cultura, à nossa mente, à nossa consciência, tornamo-nos estranhos a este cosmos, que nos parece secretamente íntimo”.

Nisto consiste a beleza e a complexidade do ser humano. E pode se argumentar ainda, aduzindo que “é impossível conceber a unidade complexa do ser humano pelo pensamento disjuntivo, que concebe nossa humanidade de maneira insular, fora do cosmos que a rodeia, da matéria física e do espírito do qual somos constituídos” (MORIN, 2000, p. 48).

Não obstante, cumpre assinalar que “o humano continua esquartejado, partido como pedaços de um quebra-cabeça ao qual falta uma peça” (MORIN, 2000, p. 47). Neste norte, é importante pensar os problemas existentes do ser humano, suas mazelas, como a tristeza, o egoísmo, o mal querer, a desmotivação, o desamor, para compreender o humano em sua inteireza e introduzi-lo no universo da compreensão, para a partir de então, buscar educar para a compreensão humana nos serviços de saúde.

O mesmo ser humano supracitado é também capaz de amar, cuidar, preocupar-se com o outro, e é exatamente neste ponto que nos deparamos com a compreensão humana. “[...] Quando é assim, talvez também seja possível lembrar que somos, simultânea e inexoravelmente, o outro do outro e aquilo que fazemos estando juntos” (SOUZA; MENDES, 2009, p. 687).

Faz-se necessário relatar que os seres humanos estão cada vez mais intolerantes e insensíveis aos demais, porém, sensíveis a tudo que lhes diz respeito, isto está fazendo com que as relações interpessoais se tornem enfadonhas e por vezes, quase insuportáveis. Mesmo podendo afirmar que “a comunicação triunfa, o planeta é atravessado por redes [...]”. Entretanto, a incompreensão permanece geral” (MORIN, 2000, p. 93).

Neste contexto, pensar os serviços de saúde é desafiante, uma vez que, “humanizar o humano é algo inerente à própria história humana, o que, por sua vez, implica em uma reflexão complexa em torno dessa busca” (GARCIA et al., 2009, p. 71).

Há de se lembrar que, o ser humano se faz e perfaz no cotidiano, passo a passo, e compreendê-lo “é compreender sua unidade na diversidade, sua diversidade na unidade (MORIN, 2000, p. 55).

Neste mesmo contexto, assume relevo a lição de Morin (2000, p. 55), conforme se lê:

A complexidade humana não poderia ser compreendida dissociada dos elementos que a constituem: todo desenvolvimento verdadeiramente humano significa o desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertencer a espécie humana.

Nesta perspectiva, faz-se necessário introduzir o “cuidado como modo-de-ser que perpassa toda a existência humana” (BOFF, 1999, p. 109). Não obstante, cabe lembrar que não há possibilidade de existir serviços de saúde, sem cuidado. O cuidado imbuído de sensibilidade, ternura e vigor; como bem sustenta Boff (1999, p. 118), “a ternura vital é sinônimo do cuidado essencial”.

Além disto, e a partir das considerações já tecidas, vale evidenciar que nos serviços de saúde, “não existimos, co-existimos, con-vivemos e co-mungamos com as realidades mais imediatas (BOFF, 1999, p. 118) do outro. E ainda, isso “[...] implica em auxiliar as pessoas a buscarem um caminho que lhes dêem o sentido do cuidado de si [...] cuidando e se cuidando” (SILVA et al., 2005, p.473), uma vez que “o cuidado está na essência da existência humana, sendo inerente ao homem” (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010, p. 446).

Ademais, como salienta Pasche (2009, p. 39) é importante “compreender que o cuidado é sempre singular e sua potência como promotora da vida decorre da qualidade da relação entre os sujeitos”. Nesta tonalidade, faz-se mister, lembrar que as relações que se efetivam entre usuários dos serviços de saúde e trabalhadores da saúde é sempre singular, pois esta advém da necessidade do usuário que é sempre única.

Evidencia Santos Filho e Barros (2012, p. 119) que “é vital procurar produzir coletivamente uma especial atenção aos modos como cuidamos e ao que pretendemos cuidar e, principalmente, que tipo de vida potencializamos ao cuidar”.

Sendo assim, o papel da compreensão neste teor é urgente, uma vez que, “compreender inclui, necessariamente, um processo de empatia, de identificação e de projeção. Sempre intersubjetiva, a compreensão pede abertura, simpatia e generosidade” (MORIN, 2000, p. 93). Neste ponto, se insere fortemente o papel dos gestores e profissionais dos serviços de saúde, os quais exercem uma função de extrema importância, qual seja, a de gerir conflitos, de propiciar alívio, de fomentar esperança. Atitudes que só se viabilizam através do cuidado e do diálogo.

Em igual senda, afirma Arruda (2008, p. 23) que “[...] o diálogo surge como um ato de co-criação de significados, processo que envolve uma compreensão ativa, pois quem conversa

tem que compreender o outro para seguir conversando. O diálogo compreensivo seria então esta capacidade geradora da mediação”. E acrescenta Morin (2000, p. 94), “a compreensão humana vai além da explicação”. E ainda, finaliza Morin (2000, p. 16): “a compreensão é a um só tempo meio e fim da comunicação humana”.

Ao referir-se acerca do trabalhador da saúde (SANTOS FILHO; BARROS, 2012, p. 108), assim o fazem:

O trabalhador da saúde é tomado como gestor de seu trabalho, sempre considerando o impacto e os efeitos produzidos na sua convivência diária com o sofrimento e com a morte. A luta por um trabalho digno, que amplie o poder de agir, e não apenas a dor e o sofrimento patogênicos, impõe-se nessa análise.

É salutar evocar que, a partir do fragmento acima citado, impõe-se como necessário um novo agir do trabalhador da saúde voltado não somente à patologia do paciente, mas reconhecê-lo como um sujeito social, possuidor de uma identidade histórica, que merece ser reconhecida e respeitada.

Não diferente disto, e focado no trabalhador da saúde, assim frisa Pasche (2009, p. 36):

Incluir trabalhadores nos processos de decisão, na perspectiva de não manipulá-lo, mas de composição, de acessar e de produzir um plano comum, é desafiante na medida em que se convoca o outro para que ele incida e interfira sobre processos de gestão, considerando a heterogeneidade de interesses e desejos. Provocar em “pacientes” atitudes na direção da construção de mais autonomia no cuidado de si é trazer para a relação clínica a emergência de um sujeito que disputa o cuidado. É exatamente o que produz a inclusão – a perturbação, o estranhamento – que permite a produção de mudanças, pois ela tende a desestabilizar o “estado das coisas”. Incluir é, pois, tomar a perturbação da inclusão, as tensões que aí se produzem como matéria-prima para a construção de modos de gestão afinados com interesses coletivos e práticas clínicas mais aproximadas das práticas da vida dos sujeitos que se singularizam nessa relação. Não como pares em oposição, mas como sujeitos em relação, em composição de consensos que permitem, mesmo que provisoriamente, operar sobre realidades concretas.

A inclusão dos diferentes sujeitos nas práticas de gestão dos serviços de saúde, apresenta-se antes de tudo, como um passo para a compreensão humana, pois é neste misto de sensações, embates, discussões, trocas de saberes que se concretiza o papel do gestor como

mediador de emoções. Deste, resulta a igualdade nas relações, não existindo distância, nem disputa de poder, mas tão somente a força de lutar por qualidade e efetividade no campo dos serviços de saúde. Uma vez que, “descobrimos que somos todos seres frágeis, frágeis, insuficientes, carentes, então podemos descobrir que todos necessitamos de mútua compreensão” (MORIN, 2000, p. 100).

E por sua vez, continua Pasche (2009, p. 36) trabalhando a questão da inclusão numa perspectiva democrática dizendo:

Inclusão, na perspectiva democrática, significa acolher e incluir as diferenças, a diversidade. Diversidade da manifestação do vivo, do vívido, da heterogeneidade do humano. Incluir o outro, alteridades, o que não sou eu que me estranha, que em mim produz estranhamento e que provoca tanto o consentimento e a alegria como mal-estar e tristeza. Assim, a inclusão produz a emergência de movimentos ambíguos e contraditórios os quais devem ser sustentados por práticas de gestão que suportem o convívio da diferença e a partir dela sejam capazes de produzir o comum.

Na mesma esteira Santos Filho e Barros (2012, p. 110) preconizam que:

O método da inclusão considera que incluir, participar, propicia a criação de uma experiência comum, o que não significa homogeneizar e, muito menos, dissipar singularidades ou evitar controvérsias, mas sustentar a instabilidade entre o que comunga e o que difere, considerando que a última palavra jamais é dita.

Sendo assim, para enriquecer esta temática convém trazer em pauta o pensamento de Arruda (2008, p. 23) que elucida que, “para os profissionais de todos os contextos sociais, resta ainda o desafio de pensar e agir, principalmente, em termos de uma prática transdisciplinar”.

Para os profissionais gestores da saúde é de extrema importância trabalhar por uma cultura transdisciplinar, pois esta, “pode contribuir para eliminar tensões que ameaçam o nosso planeta; para tal, impõe-se um novo tipo de mediação capaz de reestabelecer a compreensão entre os seres humanos” (ARRUDA, 2008, p. 26).

Por fim, nesta diversidade de reflexões teve o intento de expressar a possibilidade da compreensão humana para os serviços de saúde e sua humanização.

### **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo do estudo foi possível verificar que muitas são as formas de incompreensão e desumanização nos serviços de saúde, porém, muitos são os instrumentos que buscam dar respostas afirmativas frente a tais situações. Neste contexto, os sujeitos envolvidos neste processo de fazer saúde, desempenham importante papel educativo nesta prática.

O problema suscitado por esse artigo, qual seja: “como a compreensão humana pode tornar os serviços de saúde mais humanizados?” deu respaldo para toda a pesquisa, sendo que a resposta a este questionamento indicou a pertinência em se estudar e buscar investir numa educação para a compreensão humana.

Todo o conhecimento adquirido ao longo da pesquisa só vem corroborar para que se mantenha sempre viva a chama que impele empreender a luta pela humanização dos serviços de saúde.

A partir do recompensado empenho para construção destas reflexões, foi possível verificar que existem muitas perspectivas para abordar práticas positivas e renovadas nos serviços de saúde. Como foi possível averiguar, a legislação brasileira é bastante clara neste quesito e transparece o grande sonho de saúde para todos.

O desafio que se lança é o de fazer saúde de forma diferenciada, partindo-se do pressuposto de que o cuidado, a compreensão e a humanização são elementos determinantes para tal intento.

Para que isto se torne real, é indispensável que todos os gestores em saúde, priorizem a educação como base para novas relações nos ambientes de saúde, para que “novos” sujeitos despertem do “sono” e nesta dinâmica façam a diferença na vida de todos aqueles que por eles forem cuidados.

Sendo assim, com “novos” sujeitos se tornará possível novas práticas, novo olhar, renovado cuidado e imensurável amor na proposta de “humanizar o humano” (PASCHE et al., 2011, p. 4545) e conseqüentemente os serviços de saúde.

## 6. REFERENCIAS

ARRUDA, M. P. **O mediador de emoções**. 1. ed. Pelotas: Editora Livraria Mundial, 2008.

BAGNATO, M. H. S.; MONTEIRO, M. I. Perspectivas interdisciplinar e rizomática na formação dos profissionais da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 4, n. 2, p. 247-258, set. 2006. Disponível em:<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MOXr2uZ2eBMJ:www.scielo.br>



/scielo.php%3Fscript%3Dsci\_arttext%26pid%3DS1981-77462006000200003.Acesso em: 18 dez. 2015.

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, SP, v. 34, n. 4, p. 444-450, mês 2010. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/79/444a450.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/444a450.pdf). Acesso em: 30 dez. 2015.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Promulgada em 5 de outubro de 1988. Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Luiz Roberto Cúria, Livia Céspedes e Juliana Nicoletti. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/legislacao\\_sus/leis/LEI-8080.htm](http://www.saude.sc.gov.br/legislacao_sus/leis/LEI-8080.htm) Acesso em: 28 janeiro 2016.

CAMPOS, W. S. C. Uma utopia possível: o SUS BRASIL. **REVISTA RADIS Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro, RJ, n. 145, p. 16-17, out. 2014. Disponível em: [WWW.ensp.fiocruz.br/radis](http://WWW.ensp.fiocruz.br/radis). Acesso em: 23 dez. 2015.

FERREIRA, J. A.; ARAÚJO, G. C. Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, RS, v. 13, n. 1, p. 199-213, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/16519>. Acesso em: 10 dez. 2015.

FREIRE. P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

GARCIA, A. V. et. al. Humanizar o humano: bases para a compreensão da proposição de humanização na assistência à saúde. **Saúde Pública Santa Catarina**, Florianópolis, SC, v. 2, n. 1, p. 70-90, jan./jul. 2009. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/40/83>. Acesso em: 06 dez. 2015.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde coletiva**, Brasília, DF, v. 12, n. 2, p. 335-342, ano 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2>. Acesso em: 01 dez. 2015.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalhocientífico**. São Paulo: Editora Atlas, 1992.

MATURANA. H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Tradução José Fernando Campos Fortes. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

MORIN. E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo/Brasília: Cortez/UNESCO, 2000.

PAIM. J.S. **O que é o SUS**. 4. ed. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2009.

PASCHE, D. F. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. **Rev. Med.**, Minas Gerais, MG, v. 19 (4 Supl 2), p. 33-41, ano 2009. Disponível em: file:///C:/Users/GERAL/Downloads/v19n4s2a06%20(1).pdf. Acesso em: 10 jan. 2016.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON. E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde coletiva**, Brasília, DF, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, ano 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2015.

PIRES, M. R. G. M.; DEMO, P. Políticas de Saúde e Crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**. Brasília, DF, v. 15.n. 2, p. 56-71, maio/ago. 2006. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/250053955 Politicas de saude e crise do Estado de Bem-Estar repercussoes e possibilidades para o Sistema Unico de Saude](https://www.researchgate.net/publication/250053955_Politicas_de_saude_e_crise_do_Estado_de_Bem-Estar_repercussoes_e_possibilidades_para_o_Sistema_Unico_de_Saude) Acesso em: 01 dez. 2015.

ROGERS. C.R. **Tornar-se pessoa**. Tradução Manuel José do Carmo Ferreira e AlvarLamparelli. 5 ed. São Paulo: 1997.

ROMITA, A. S. **Direitos fundamentais nas relações de trabalho**. São Paulo: LTr, 2005.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 101-122., ano 2012. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1117/1030>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SARLET, I. W. **Constituição, Direitos Fundamentais e Direito Privado**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

SILVA, L. C. et. al. Pensamento Complexo: um olhar em busca da solidariedade humana nos sistemas de saúde e educação. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 14 , n. 4, p. 613-619, out./dez. 2006. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/21671962>. Acesso em: 08 dez. 2015.

SILVA, L. W. S. et. al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58 , n. 4 , p. 471-475, jul./ago. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000400018> Acesso em: 22 dez. 2015.

SILVA. M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 6. ed. São Paulo: Editora Gente, 1996.

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface– Comunicação, Saúde, Educação.**, São Paulo, SP, v.13, n. 1. p. 681-688, ano 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180115446018.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2015.

ZOMBONI, E. V. et al. Classe Hospitalar: a articulação da saúde e educação como expressão da política de Humanização do SUS. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v.10, n. 1, p. 71-86, mar./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n1/v10n1a05.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2015.