



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

A Evolução do Conceito de Humanização

- Revisão em Literatura Científica Portuguesa -

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde
da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

por
João Tiago Bompastor Ferreira

Sob orientação da Professora Doutora Margarida Vieira

Julho de 2013



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

A Evolução do Conceito de Humanização

- Revisão em Literatura Científica Portuguesa -

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde
da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

por
João Tiago Bompastor Ferreira

Sob orientação da Professora Doutora Margarida Vieira

Julho de 2013



Índice

INTRODUÇÃO	1
1 – MATERIAL E MÉTODOS	3
2 – RESULTADOS.....	9
2.1 – A Revista Portuguesa de Saúde Pública.....	9
2.2 – A Revista Servir	15
2.3 – A Revista Acção Médica.....	27
3 – DISCUSSÃO	33
4 – CONCLUSÃO	37
BIBLIOGRAFIA	41



Resumo

As políticas públicas de humanização da atenção à saúde têm sido consolidadas nos últimos anos. Para melhor atingirem os seus objetivos, devem orientar-se pelo denominado princípio da humanidade, no qual o homem deve ser considerado como o centro da ação ética. Assim sendo aceita-se a aplicação do imperativo kantiano que afirma que a ação eticamente adequada deve considerar o homem como um fim em si mesmo, e não somente como um meio de satisfação dos interesses das diversas forças sociais atuantes na atenção em saúde.

É neste quadro que se apresenta a humanização como realidade presente nos cuidados de saúde, que se revela um tema de relevante estudo, na medida em que é uma necessidade real para as boas práticas no exercício profissional dos grupos em estudo.

Para isso estudamos três publicações de diferentes grupos profissionais – enfermeiros, médicos e administradores hospitalares. Escolheram-se as revistas *Servir*, *Acção Médica* e *Revista Portuguesa de Saúde Pública* pelo tempo em que foram publicados.

Os cuidados devem, por isso, ter qualidade humana, que seja tomada em conta a sua liberdade e responsabilidade, em suma, que seja respeitada e valorizada a sua dignidade como pessoa.

Falar de humanização nos sistemas de saúde é escutar o grito do homem ou da mulher frágil e vulnerável que quando sofre, enferma ou morre, quer ser considerado, valorizado, tratado como pessoa humana até ao fim.



Abstract

The fact that the public policy of humanization of health care have been consolidated in recent years, and that to best achieve their goals, should be guided by the so-called principle of humanity, whereby man must be regarded as the center of the action ethics, accepting the application of the Kantian imperative that states that the ethically appropriate action must consider man as an end in itself, not only as a means of satisfying the interests of the various social forces active in health care.

It is in this context that presents the humanization as a present reality in health care, proves to be a subject of relevant study to the extent that it is a real need for good practice in professional groups under study.

For this study three publications of different professional groups - nurses, doctors and hospital administrators. Chose whether *Servir*, *Acção Médica* and *Revista Portuguesa de Saúde Pública* magazines by the time they were published.

Care must therefore have human quality, that consideration should be given their freedom and responsibility, in short, who is respected and valued his dignity as a person.

Speaking of humanization in health systems is to listen to the cry of the man or the woman weak and vulnerable when suffering, sick or dies, wants to be considered, valued, treated as a human person until the end.



Agradecimentos

Estou consciente de que a realização deste trabalho de investigação seria difícil, ou mesmo não seria possível, sem um grande empenho e abnegação pessoal e para o qual também contribuíram a dedicação e os esforços de muitos, a quem gostaria de retribuir deixando algumas palavras de agradecimento.

A minha gratidão e apreço, em particular à Professora Doutora Margarida Vieira, pela mestria com que me orientou, pela paciência demonstrada, pela eficiência das respostas quando o tempo urgia e também pelo “reforço positivo”, que me motivou ao longo do desenvolvimento do trabalho.

Um agradecimento muito especial a minha Esposa, Pais, Família, Amigos e Colegas, pela compreensão e apoio que demonstraram nos momentos mais difíceis, pelo suporte emocional, pelo apoio logístico e, acima de tudo, também pelos dias em que foram privados da minha companhia e disponibilidade.

A todos aqueles que de alguma forma, contribuíram para levar a bom termo o desenvolvimento e exploração da temática em estudo, o meu muito obrigada.



*“Acima de tudo, um
sistema humanístico de valores
sustenta a construção da ciência do cuidado.”
(Watson, 1979)*



INTRODUÇÃO

Ao longo do meu percurso profissional como enfermeiro, vi-me não raras vezes confrontado com questões que me levaram a reflectir sobre se a minha prática estaria conforme os cânones.

É neste quadro que se apresenta a humanização como realidade presente nos cuidados de saúde, revela-se um tema de interessante estudo, na medida em que é uma necessidade real para as boas práticas no exercício profissional dos grupos em estudo. Merece, por isso, a nossa atenção enquanto profissionais e prestadores de cuidados. No nosso ponto de vista, mediante a prática profissional exercida, esta problemática pareceu-nos de maior interesse, uma vez que é uma questão recorrente que se nos apresenta, e que levanta uma série de interrogações na nossa prática e experiência pessoal.

A escolha da problemática, não depende do acaso ou da simples inspiração pessoal, integra esta época e os seus problemas, assim como acontecimentos marcantes, debates, sensibilidades e correntes de pensamento em evolução (Quivy & Campenhoudt, 1998). Neste trabalho, a problemática levantada foi a noção de “*humanização*” em três diferentes áreas profissionais. Para isso estudamos os três grupos profissionais mais relevantes na realidade hospitalar – enfermeiros, médicos e administradores hospitalares – cruzando informação de cada uma das revistas – referência nacional de cada um dos grupos profissionais - em estudo.

Decidimos utilizar três publicações periódicas de referência para cada um dos grupos estudados (Enfermeiros, Médicos e Administradores Hospitalares) e considerando os recursos existentes (tempo limitado, acesso) e utilizando como critério diferenciador para escolha da revista o de a mais antiga em circulação. Escolheram-se as revistas *Servir*, *Acção Médica* e *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Foi utilizada a revista *Servir* – para estudar a realidade dos enfermeiros; a revista *Acção Médica* – para estudar a realidade dos médicos e a *Revista Portuguesa de Saúde Pública* – para estudar a realidade dos administradores hospitalares.



No decorrer da pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras chave: Humanização e Gestão. O processo de seleção começou pela revisão bibliográfica de todos os números e artigos das revistas, efectuados individualmente por revista. Seleccionámos os artigos que contêm no título Humanização, assim como qualquer derivado deste termo, e/ou Gestão, num total de 67 artigos:

- 32 artigos da revista Servir
- 23 artigos da revista Acção Médica
- 12 artigos da Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Foi realizada uma seleção posterior, baseada no conteúdo dos artigos. Sendo assim, foram excluídos alguns dos artigos previamente seleccionados pelo título, mas cujo conteúdo não se demonstrou relevante para a questão do trabalho.

Foram lidos, mediante os critérios de inclusão, três artigos da Revista Portuguesa de Saúde Pública, dezanove artigos da revista Servir, e cinco artigos da revista Acção Médica.

Após selecção cuidada dos artigos, procedemos à leitura cruzada dos mesmos, com o objectivo de entender as diferentes visões de humanização retratadas e compará-las entre si.

Queremos com este trabalho compreender o “conceito” de humanização e a relevância do mesmo na estrutura duma instituição de saúde.



1 – MATERIAL E MÉTODOS

Este capítulo tem como finalidade referir os pressupostos metodológicos em que esta investigação se apoia, justificando a escolha e descrição do método de investigação mais adequado ao problema previamente descrito. Apresenta os procedimentos adoptados na seleção dos instrumentos de recolha de dados, caracterizando-os em termos de vantagens e desvantagens, apresenta o desenho da pesquisa, o contexto e amostra, o papel do investigador, a estratégia de análise de dados.

Metodologia Adoptada

Uma das constantes preocupações do investigador é tentar definir o seu objecto de estudo com clareza e precisão e decidir como garantir a aplicação dos fundamentos da ciência e os princípios do método científico ao campo, neste caso específico, o da Gestão de Serviços de Enfermagem. Ao descrever o problema da investigação, foi necessário pensar qual seria a metodologia mais adequada para resolver a questão colocada. Enquanto a investigação quantitativa atua sobre os níveis de realidade e tem como objetivo básico trazer à luz, dados, indicadores e tendências observáveis, a investigação qualitativa, pelo contrário, trabalha com valores, com crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (Moura, 2003) (Cohen & Manion, 1994). Sendo assim, foi escolhida a investigação qualitativa para a realização deste estudo.

Os métodos quantitativos são frágeis em termos de validade interna, são no entanto, fortes em termos de validade externa e procuram seguir com rigor um plano de ação previamente estabelecido. Hoje, porém, pode-se identificar outra forma de abordagem que se tem afirmado como uma promissora possibilidade de investigação: trata-se da pesquisa identificada como qualitativa. Este tipo de pesquisa, surgido inicialmente no seio da Antropologia e da Sociologia, ganhou nos últimos anos espaço em áreas como a Saúde, a Educação e a Administração de Empresas.



Entre os métodos conhecidos, optamos por utilizar como base de trabalho a análise documental. Sendo este o método mais adequado, foi realizada uma pesquisa aprofundada, num processo quase de “trabalho arqueológico”. Foi efectuada uma pesquisa sistemática, tendo em conta a referência das revistas utilizadas, e os termos de pesquisa previamente designados, com recurso à utilização da metodologia qualitativa. Foram registados os conceitos, as observações efectuadas, assim como toda a informação contida nos artigos individualmente.

O material recolhido foi analisado e tratado de forma a redigir esta dissertação, para permitir a observação dos resultados que mais adiante serão relatados.



O Método de Pesquisa Histórica

Os estudos de natureza sócio-histórica, compreendem o estudo dos grupos humanos no seu espaço temporal e preocupam-se em discutir os variados aspetos do quotidiano das diferentes classes e grupos sociais. O método de pesquisa histórica caracteriza-se como uma abordagem sistemática do meio de coleta, organização e avaliação crítica de dados que têm uma relação com ocorrências do passado (Lobiondo-Wood G, 2001). Três passos são considerados essenciais na produção do trabalho histórico, ou seja:

1. Levantamento de dados;
2. Avaliação crítica destes dados;
3. Apresentação dos factos, interpretação e conclusões (Bornstein, 1995).

Um dos objectivos da investigação histórica é lançar luzes sobre o passado para que este possa clarear o presente, inclusive fazer perceber algumas questões futuras. A metodologia histórica é lançar luzes sobre o passado para que este possa clarear o presente, inclusive fazer perceber algumas questões futuras. A metodologia histórica pode surgir dentro de uma abordagem qualitativa ou quantitativa, não obstante, a natureza da história é fundamentalmente narrativa (qualitativa) e não numérica (quantitativa) (Lobiondo-Wood G, 2001).

Partindo então, sobretudo de uma conceção de que o conhecimento é produzido socialmente, e que o pesquisador ao produzir o conhecimento sobre qualquer tempo, estará a trabalhar a perspetiva do passado com o seu presente. Esta relação de passado e presente estabelece-se na busca do conhecimento, de forma a que se possa questionar o passado numa série de questões que são o “agora”.

Para problematizar a historiografia ou fazer uma tese historiográfica é necessário saber o que procuramos, ou seja, a definição de uma situação histórica que se configure na possibilidade de realização de uma pesquisa. A problematização é um ponto de partida para o trabalho, e não uma ideia inconclusiva relativa a historiografia, livros ou revistas que já foram escritos. Passa-se, por outras palavras, pelo teste do real, mas apoiado na teoria, nos supostos teóricos fundamentais, que tem a ver com o presente que queremos compreender, com a nossa vivência presente. Ou seja, ao olhar o passado, fazemo-lo com o olhar, as ideologias e a ausência de neutralidade do presente. O campo da história é um campo de possibilidades com “os agoras” a serem investigados (Bornstein, 1995).



Abandonamos a ideia de que vamos reconstruir o passado, tal e qual aconteceu – mesmo porque isso é impossível – mas, ao mesmo tempo, o que fazemos do passado é uma leitura, em termos de referências recentes, que abrangem o hoje e o agora, com perspectiva sociais, teóricas, ou uma concepção de vida e de mundo, e trabalhar deste ângulo, é trabalhar a história de “uma forma”, reconhecendo que nela existe todo um sem número de abordagens (Padilha, 1999).

Percebe-se que a concepção de verdade sofre uma grande mudança, como também a aceitação do que vem a ser o resultado da produção do conhecimento, além da concepção, não só da ciência, como de valor do conhecimento que é produzido. O historiador busca as chaves das estratégias comunitárias, dos sistemas de valor, das organizações coletivas, isto é, de todas as condutas que constituem uma cultura rural ou urbana, popular ou elitista (Ariés, 1990). Os estudos de natureza socioeconómica compreendem, o estudo dos grupos humanos no seu espaço temporal e preocupam-se em discutir os aspetos do quotidiano das diferentes classes e grupos sociais. É o fazer que identifica a classe, com homens reais, vivendo as suas experiências quotidianas. E essas experiências, absolutamente, não podem ser traduzidas apenas através de movimentos políticos, ou no partido, associação ou sindicatos. O seu movimento no quotidiano, historicamente, está presente em todas as suas ações, considerando que o movimento social é mais amplo. A pesquisa histórica tem o propósito de demonstrar os sucessos e os fracassos, ocorrências em geral ou eventos no âmbito do interesse do historiador.

A construção da história de vida social tem sido em maior ou menor grau atravessada por conflitos sociais que mais do que meros “acidentes de percurso” no caminho do equilíbrio são, na verdade, elementos constitutivos e essenciais da vida social. O conhecimento que se procura por meio da investigação histórica depende inteiramente da informação que tenha sido transmitida ao longo do tempo, por aqueles que, viveram o evento ou assunto que se investiga em lugar e tempo adequado. As diversas formas de transmissão desta informação constituem o que se conhece como fonte de informação. Os assuntos que se estuda não são parte da experiência do historiador, mas sim daqueles que testemunharam a história, dos documentos escritos, filmes, fotos, gravações, mapas, entre outros (Grajales, 2005).

A fim de compreender como efetivamente se deve realizar uma investigação histórica é necessário que o pesquisador siga alguns passos fundamentais.



- 1) Definição, justificativa e delimitação do tema;
- 2) Objetos da pesquisa;
- 3) Quadro teórico e as hipóteses;
- 4) Coleta de dados, as fontes;
- 5) A crítica e a validação dos dados;
- 6) A análise e interpretação dos dados, a síntese (CARDOSO, 1994).

Esta dissertação fundamenta-se numa pesquisa histórica abordando a evolução do conceito de humanização nos serviços de saúde, em três grupos profissionais distintos.

Para a escolha do tema deste projecto, foram considerados alguns critérios, tais como o de relevância, viabilidade, originalidade, para além da coerência e consistência na argumentação.

Em relação à relevância foram considerados dois aspetos: o de relevância social e de relevância científica.

De entre os critérios políticos de demarcação científica, encontra-se a relevância social dos estudos científicos. É importante o confronto com problemas sociais que atualmente enfrentamos: relacionar o passado com o presente e apontar perspectivas para o futuro (Demo, 2000). Este trabalho demonstra este confronto, na medida em que nos permite compreender as diferentes noções de humanização e a relevância social das mesmas em diferentes épocas temporais, assim como a relação entre cada área profissional em estudo, assim como a importância da humanização na relação profissional-doente.

O critério de viabilidade é fundamental. Não basta que o tema seja válido ou interessante, é necessário avaliar os recursos (humanos, materiais e tempo) disponíveis para a realização deste trabalho. Posteriormente ao interesse pelo tema, definimos um plano de trabalho, tendo sido escolhidas revistas de referência nacional. A falta de material e equipamentos poderia ser considerada como uma limitação da pesquisa. Para além disso, no caso da pesquisa histórica, a viabilidade orienta-se na existência e no acesso do investigador aos documentos de um determinado período histórico (Demo, 2000). Poderia ter sido uma dificuldade do trabalho, contudo percebemos que seria viável aceder a todos os artigos em estudo, podendo prosseguir com a análise documental.



O critério de originalidade permite contribuir com algo novo para o corpo de conhecimentos (Demo, 2000). Sendo um tema de relevância social, e pesquisando sobre o mesmo notámos a necessidade de um trabalho de comparação da noção de “humanização” nestas áreas profissionais de tanta proximidade física, porém com ideologias por vezes díspares.

Assim sendo pareceu-nos importante definir claramente a utilização de três revistas de referência para compreender este pensamento em evolução.



2 – RESULTADOS

2.1 – A Revista Portuguesa de Saúde Pública

Iniciamos o nosso estudo pela análise dos artigos publicados pela Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Esta revista é editada desde 1983 pela Escola Nacional de Saúde e é acompanhada a partir de 1999, por um número temático anual, subordinado a diferentes temas de interesse para a área da saúde em geral.

Refira-se que a qualidade técnica e científica da Revista Portuguesa de Saúde Pública - de molde a que esta possa continuar a ser fonte de referência básica na investigação em saúde pública - tem permitido a sua vasta cobertura, em termos de assinantes institucionais e particulares. Do mesmo modo é distribuída, através de permuta e oferta, a mais de trezentos organismos nacionais e internacionais (Escola Nacional de Saúde Pública, 2009).

O objectivo da Revista Portuguesa de Saúde Pública, visa contribuir para a produção do conhecimento científico na área da saúde pública, promovendo a sua discussão e desenvolvimento, em Portugal e no mundo.

É neste contexto que vamos procurar perscrutar e dissecar o emprego da expressão “humanização” ao longo dos anos, tal como aparece descrita nos três artigos: primeiro – “A urgência como fenómeno humano e social a melhor compreender” de Caldeira da Silva, professor universitário e diretor da Escola Nacional de Saúde Pública publicado em 1988; segundo - “O bem-estar ou conforto dos doentes num hospital geral – Notas ao IX Congresso Internacional de Hospitais” de Coriolano Ferreira «pai» da legislação hospitalar de 1968 que deu origem legal à carreira de Administração Hospitalar e fundador da Escola Nacional de Saúde Pública, publicado em 1986; terceiro – “Voluntariado, Humanização e Qualidade” de



Emílio Imperatori, administrador hospitalar e professor da Escola Nacional de Saúde Pública, publicado em 1998.

A visão de humanização

Desde a sua primeira publicação, a expressão de “humanização” aparece referida em 3 artigos. A primeira referência surge em 1986 (Ferreira) e a última em 1998 (Imperatori). De salientar também, que não existe qualquer referência no séc. XXI, podendo-se deduzir que o tema se tornou estruturante na visão destes profissionais, não sendo por isso abordado na Revista.

Humanizar é olhar para a pessoa humana numa visão holística.

Da análise hermenêutica feita ao artigo de Ferreira (1986) é possível verificar que, tendo sido publicado em 1955 e republicado em 1986, introduz o tema da humanização, sem nunca, no entanto se referir ao termo.

Como podemos ler no artigo, “O Homem é doente mas sobretudo Homem; junção de dois princípios integradores do Homem (matéria e espírito)”. Esta ideia é reforçada ao referir que a “verdadeira visão da pessoa humana excede, pois, a contemplação separada de cada um dos elementos do homem ou princípios componentes para se fixar no conjunto da sua maravilhosa unidade” (Ferreira, 1986).

Note-se que para além do doente está a pessoa humana no seu todo: a indivisibilidade do indivíduo sobrepõe-se à realidade do doente. Repare-se também que é a este princípio que, segundo Ferreira (1986), deve presidir a atuação dos profissionais.

Ferreira (1986) refere também que no hospital «não se devem tratar “doenças” mas sim “doentes” », querendo com isto dizer que não há sistemas terapêuticos de efeitos universais. Também nesta questão de bem-estar, não poderemos ter a pretensão de criar regras uniformes, que a todos os doentes provoquem o desejável estado agradável.

Desta forma, a organização dos serviços deve então primar por excelência o indivíduo, o seu bem-estar. Por outras palavras, a individualidade do ser deverá estar a par de terapêutica individual, para além dos sistemas terapêuticos universais.

Esta observação é contínua neste texto, sendo que o autor nunca utiliza a palavra humanização, referindo-se sempre ao bem-estar do doente e à personalização



do cuidado, como se encontra retratado pelo descrito: “O bem-estar dos doentes deve conceber-se com respeito pela sua unidade física e espiritual e do seu sentido permanente de aperfeiçoamento” (Ferreira, 1986). Será observável mais profundamente esta questão no bem-estar do indivíduo, bem-estar este, que abrangerá pois, o bem-estar físico ou material, o bem-estar espiritual ou intelectual, o bem-estar moral, todos orientados para a “constante evolução e melhoramento da personalidade do doente” (Ferreira, 1986).

Prosseguindo a análise aprofundada do artigo de Ferreira ele apresenta-nos a ideia de que toda a nossa atividade deve tender para diminuir, na medida do possível, a exploração do sentimento de cativo em que os doentes se encontram (Ferreira, 1986).

Termina ainda o autor com uma enunciação de princípios que considera «“muito gerais” e com a crença que “assente o conceito do homem” e do seu “bem-estar”, cada administrador tirará do seu engenho e da sua imaginação os processos práticos de o realizar, tendo como certo que o doente, no hospital, é mais do que hóspede, é verdadeiro senhor”». (Ferreira, 1986)

Em 1988, Caldeira da Silva publica um artigo com referência à humanização, no qual apresenta a visão de que “o homem e a sociedade correm, não se sabe para onde, no “afogadilho” de um sprint permanente e infundável, aos tropeções, às cegas.

O minuto presente – o mais importante – que devia ser construído e vivido, é esquecido em favor do minuto próximo, que pode não chegar, enquanto o minuto passado é atirado para os arquivos mortos ou enterrado na História longínqua”.

O cuidado humanizado implica, por parte do cuidador, a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e de se compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história. Os autores afirmaram que profissionais de saúde devem compartilhar com os seus pacientes experiências e vivências. Estas estão relacionadas com o cuidar e complementam que exercer na prática o ressituar das questões pessoais num quadro ético, em que o cuidar se vincula à compreensão da pessoa na sua peculiaridade e na sua originalidade de ser.

Na perspetiva do autor, “sendo algo que respeita direta e profundamente ao homem, a saúde não podia ficar indiferente a esta atitude humana de esvaziar o conceito da autenticidade do seu conteúdo” (Caldeira da Silva, 1988).

Descendo aos anos noventa podemos observar que existe a introdução de um novo conceito de humanização, sendo apresentado com base no princípio da



dignidade humana – “dignidade e direito idênticos, sejam quais forem as características pessoais e as funções sociais” - e no princípio da solidariedade – “as actividades vão centrar-se onde são mais úteis, mas deverão dar atenção especial aos que não estão conscientes da sua própria dignidade ou não têm possibilidade de ser ouvidos ou de poder exercer os seus direitos” (Imperatori, 1998).

O autor vai de encontro ao que diz Osswald, em 1997: “ a humanização é o componente ou elemento que melhora a aceitabilidade e a satisfação do cidadão, a capacidade de atenuar o choque do sentimento do doente, ou do indivíduo são que procura cuidados, e a realidade dos serviços. Ou ainda o grau em que se consegue suavizar o impacto dos serviços de saúde. Humanizar é reforçar o clima de inter-relação confiante e confidencial entre a pessoa (utente, doente, familiar) e pessoa (profissional de saúde)” (Imperatori, 1998).

O mesmo autor segundo Moleiro (1996) refere também que “a humanização dos serviços é um direito do cidadão ou, mais precisamente, o conjunto ou resultado de muitos direitos, mas é também uma obrigação profissional e um dever institucional” (Imperatori, 1998).

Encontramos neste artigo referência à “humanização como um exemplo de como se inter-relaciona a qualidade técnica com a qualidade percebida, embora cada uma delas tenha áreas específicas e identificáveis” (Imperatori, 1998). Sendo que o “aumento da satisfação se traduz em aumento da adesão aos tratamentos - sobretudo quando longos e complexos – conseguindo-se atingir melhores resultados pela melhoria da qualidade técnico-científica” (Imperatori, 1998).

“A humanização é um conceito relativo, no tempo e no espaço. Aquilo que era possível e desejável no séc. XIX não será igual no séc. XXI, o que é possível e desejável na Europa não é possível ou desejável em África. Por isso, como na qualidade, pode distinguir-se a humanização ideal e a possível e, como não podem resolver-se todos os problemas da humanização, devem resolver-se aqueles que se consideram os mais importantes, seja pela sua frequência, pela sua gravidade, pela facilidade de resolução, ou por outros critérios que sejam definidos para uma situação concreta” (Imperatori, 1998).

O autor resume humanização ao “esforço da melhoria da qualidade dos cuidados, com o objetivo de os tornar mais cálidos e agradáveis, menos traumatizantes ou dolorosos e mais satisfatórios das necessidades. Este esforço pode



ser realizado tanto na estrutura, como no processo ou nos resultados dos cuidados” (Imperatori, 1998).

Termina declarando que “humanizar é adaptar os cuidados às necessidades e direitos do ser humano: adaptar o espaço, o atendimento, a disponibilidade dos profissionais e até dos resultados possíveis” (Imperatori, 1998).



Tipos de Humanização

A humanização do ambiente hospitalar não se concretiza se estiver centrada unicamente em fatores motivacionais externos ou somente no utilizador. Um programa de humanização necessita ser assumido como um processo de construção participativa que requer respeito e valorização do ser humano que cuida.

Pautado em valores e princípios humanos e éticos e em ideias de Freire (1980), este trabalho tem por objetivo explicitar como se desencadeou um processo de humanização, numa instituição hospitalar, centrado, inicialmente, no trabalhador, mediante a problematização coletiva da realidade concreta e a construção de relações dialógicas, horizontais e reflexivas. A proposta possibilitou maior compreensão do significado de humanização, proporcionando a organização de ambientes coletivos acolhedores e uma maior aproximação entre a direção e os trabalhadores.

O autor refere a título de exemplo “o altifalante em enfermarias de doentes acamados, pois que se dele gostam uns, outros o aborrecerão, agravando-se o seu mal estar pela impossibilidade de fugirem.”. Dá como exemplo ainda o “vestuário hospitalar que se deve evitar que seja de uma só cor, pois, embora cómodo e limpo, obriga o doente a aceita-lo forçosamente. Se fizermos pijamas de três cores e dermos a escolher entre elas ao doente, sentirá este que, por si só, resolveu alguma coisa de importante na sua vida.” (Ferreira, 1986).

Observamos também que existe uma divisão entre a humanização estrutural e de processo, pois a humanização pode ser aplicada à estrutura no sentido de Donabedian (tudo o que permite cuidados de saúde de qualidade, sejam instalações, equipamentos, formação do pessoal, legislação e até satisfação profissional) e, assim entendida, uma melhoria realizada no conforto de uma sala de espera seria uma humanização de estrutura (Imperator, 1998). A humanização pode estar também presente no “processo” de cuidados, já que a relação interpessoal profissional de saúde – cidadão, é hoje o ponto essencial da humanização. O mesmo hospital (estrutura) pode ser mais ou menos “humano” segundo o comportamento (processo) do seu pessoal (Imperator, 1998).



2.2 – A Revista Servir

O termo humanização tem sido temática recorrente desde o início da publicação da revista *Servir*, seja relacionado com a hospitalização, a ética, a tecnologia, as políticas de saúde ou a relação entre os profissionais de saúde e os indivíduos que recorrem aos serviços.

Assim, o uso do termo é cada vez mais frequente, muito embora nem sempre tal uso venha acompanhado de modificações nas atitudes profissionais. De tal forma que Benvides e Passos (2005) chegam a considerar a humanização na prática profissional como um modismo, em que a única alteração foi a inclusão da palavra humanização no ambiente de cuidados de saúde e não uma qualificação das relações inter-humanas que aí ocorrem.

Historicamente, segundo Cassate e Corrêa (2005), a descrição do conjunto de fatores que permitem a humanização ou desumanização dos cuidados de saúde estará presente desde meados dos anos cinquenta. Os primeiros esforços em conceptualizar estes termos são da década de 1970 e são contribuições da sociologia norte-americana (Deslandes, 2006).

Howard (1975) relata que a primeira aproximação a este conceito se baseou na premissa que os seres humanos têm necessidades biológicas e fisiológicas e que todas as atitudes orientadas para satisfazer essas necessidades seriam consideradas humanizadas. Afirma também o autor na mesma obra (1975) que reconhecer apenas as necessidades biológicas e fisiológicas não seria suficiente para abranger a totalidade do ser humano. Neste prisma, propõe então a inclusão das necessidades psicológicas que abarcam a expressão e o respeito pessoal, o afeto, simpatia e o relacionamento social.

Atualmente o conceito de humanização é consagrado nas situações em que, para além de ser valorizado o cuidado nas suas dimensões técnico-científicas, são reconhecidos os direitos da pessoa (Fortes & Martins, 2000); (Martin, 2004), respeita-se a sua individualidade (Teixeira & Chanes, 2003), a sua dignidade e autonomia (Vaitsman & Andrade, 2005) sem nunca se esquecer o reconhecimento do profissional como ser humano, ou seja, tudo isto pressupõe uma relação sujeito/sujeito (Cassate & Corrêa, 2005); (Oliveira, Landroni, Silva, & Ayres, 2005).



Desta mesma forma observaremos neste capítulo a evolução do conceito descrito pela revista *Servir*, durante todos os anos da sua publicação, para deste modo compreendermos como a humanização é entendida e com se desenvolveu em conceito e forma de actuação.

Foram observados os artigos da revista *Servir*, “A descrição e defesa da pessoa humana”, do Pe. Guilly em 1964; de Maria Augusta Sardinha o “Valor Humano, Social, Apostólico e Sobrenatural da Enfermagem em 1967; de Durmont em 1972, o artigo “Será a medicina hospitalar uma medicina humana?”; de Silva em 1980, “Humanização na comunidade de saúde: Relação Enfermeiro/doente/família”, também de 1980 “O Hospital a Humanizar” de Domingues, de 1983 “Exercício da Profissão e Humanização” e “Algumas Situações de Desumanização” de Pereira. Em 1985 com “Humanização da Comunidade Hospitalar” de Domingues e de 1986 “Direitos Humanos e Exercício de Cuidados de Enfermagem” e “Direitos do Homem: Novas interrogações para os Profissionais de Saúde” de Feytor Pinto e Fausti, respetivamente.



A Evolução do conceito

Podemos observar que o conceito de humanização está sempre presente ao longo dos anos da publicação da revista, desde o Pe. Guilly (1964) até Osswald (2000), existe sempre a preocupação na abordagem do tema e do conceito para que seja clarificado e observada a sua evolução.

Inicialmente Guilly (1964) refere a pessoa humana como a mais nobre das criaturas físicas, feita à imagem do criador, mas e apesar disso na socialização progressiva, inevitável e sem remédio, a pessoa humana corre dois perigos: O anonimato na coletividade e a desintegração dos seus valores (Guilly, 1964). Pois, e novamente segundo Guilly (1964) em primeiro lugar no hospital, porque é talvez aí que existe o mais espantoso contraste. Sendo destinado ao bem e à cura daqueles que alberga, e se é certo que também realiza essa finalidade.

Isto faz-nos sentir a necessidade de se organizarem “corpos intermediários” como diz João XXIII na sua Encíclica “Mater et Magistra” com todos os meios técnicos que nos oferecem as descobertas para criar o clima favorável. Além disso nós achamos necessário que os “corpos intermediários” e as diversas iniciativas sociais, com que se exprime e realiza a socialização, gozem de uma autonomia eficaz perante os poderes públicos, uma vez que eles pretendem atingir os seus interesses científicos por meio de uma leal e mútua colaboração, uma autentica subordinação do bem comum. Não é menos necessário, que os corpos sociais se apresentem em forma de verdadeira comunidade. Isto significa que os seus membros que os seus membros serão tratados e considerados como pessoas, estimulados a participar ativamente na vida da comunidade. As organizações da sociedade contemporânea desenvolvem-se e a ordem realiza-se aqui, cada vez mais, graças a um equilíbrio renovado. Por um lado as exigências da colaboração autónoma conduzida por todos os indivíduos e grupos, por outro lado, a orientação e coordenação dos poderes públicos. Mas em que medida fazemos nós alguma coisa para unir os corpos intermediários para dar testemunho na sociedade de que há possibilidades de criar alguma coisa mais? Então perante a resposta, digo-vos que apenas podemos falar em segredo profissional e respeito pela vida humana, visto que tudo aquilo que passa fora disto não é mais do que uma bela ilusão. (Guilly, 1964)

Sardinha (1967) por sua vez refere que mais do que uma simples profissão, a enfermagem é uma vocação, um ideal que atrai almas nobres e corações generosos. E quando cai na rotina da profissão, vai ferir a alma, a sensibilidade de imensas pessoas,



num estado emocional provocado pela doença quando mais precisavam de compreensão, atenção, conforto, carinho e amor.

Posteriormente não se encontram novos escritos sobre a humanização até que Durmont (1972) aborda a questão da humanização da medicina hospitalar, pois como refere, não restam dúvidas que há muito a fazer para que a medicina no hospital seja uma verdadeira medicina humana. Por outro lado, refere também no citado artigo que desde há muitos anos que se tem feito um esforço considerável para se transformar as condições morais e materiais da estadia hospitalar.

O melhoramento das condições materiais, nos hospitais modernos onde os serviços estão renovados é um passo muito apreciável para a humanização do hospital: quartos confortáveis, sanitários individuais, telefone e refeições mais cuidadas e variadas. Contudo este esforço puramente material revela-se insuficiente se não for organizado um duplo esforço, esforço de organização e esforço no acolhimento e no contacto com o doentes. (Durmont, 1972)

Assim sendo, todos sabemos que a função do Enfermeiro se baseia na prestação de cuidados globais ao individuo, são ou doente. E também todos sabemos que isto implica a realização daquelas atividades que contribuem para a manutenção ou restauração da saúde, ou... para uma morte tranquila.

No fundo ajudamos ou substituímos os indivíduos nas atividades que eles realizariam sem auxílio se para isso tivessem os meios, a força de vontade e os conhecimentos necessários. Propomo-nos pois, prestar cuidados em que são indivisíveis os aspetos físico, mental, social e espiritual do indivíduo.

O Enfermeiro para desempenhar bem as suas funções tem que ter um conhecimento do homem bastante profundo, sobre todos os aspetos, e não apenas no campo da Saúde-Doença.

Somos nós que, dentro da equipa de saúde, ocupamos um lugar essencial. Convivemos um maior número de horas com o doente, prestamos-lhes cuidados diretos numa rotação de horário de 24 horas, e estamos portanto, numa posição de eleição para compreender e ajudar o doente e a família.

A verdadeira eficácia da nossa ação depende entretanto muito do tipo de contacto e da relação que conseguirmos estabelecer. Serenidade e confiança, a par de uma boa preparação técnica em atualização constante, qualidades de auto domínio e maturidade suficientemente desenvolvidas, são essenciais para que a nossa ação seja sempre revestida de aspeto positivo.



Por isto e segundo Domingues (1981) o hospital torna-se cada vez mais um centro integrado na e para a comunidade. Nas suas instalações estão os instrumentos adequados, um ambiente próprio e as Equipas de Saúde com as competências médicas, de análise e assistência para o diagnóstico e prognóstico virados para o utente.

Quanto maior for a unidade hospitalar mais facilmente as pessoas perdem o seu estatuto.

Assim o doente que é um objetivo, é determinada pessoa que está doente, facilmente é tratado como substantivo. Mais ainda, perde a singularidade, esquece-se a sua unidade psicossomática e social para ficarem as doenças a tratar. Isto chega a tal ponto que, além de idêntica forma de roupa, não por medida, povoando enormes e incharacterísticas enfermarias, são identificados pelo número da cama. (Domingues F. B., 1981)

Assim estas pessoas, no meio duma massa anónima, sentem-se perdidas, facilmente sofrem de profundo isolamento.

O ambiente afetivo torna-se contraditório na confusão de pessoas que entram e saem: alívio porque sai um com quem a relação era difícil ou sofrimento porque se perde a relação afetiva que significava segurança. (Domingues F. B., 1981)

Torna-se difícil o relacionamento e entrosamento confiante com membros da equipa de saúde e torna-se difícil a especial atenção a casos específicos como nos pós-operatórios porque é frequente desencadear processos de ciúmes que podem levar a acusações injustas e até calúnias pelo mecanismo de vingança. (Domingues F. B., 1981)

Por outro lado Luís (1983) na questão da humanização pergunta, é fácil ser-se Enfermeiro?

Diria que não. Há próprias dificuldades, há o receio de envolvimento afetivo e perigo do próprio desequilíbrio mas, também, há a carência de profissionais de enfermagem, carência de líderes que saibam planear e organizar, carência de estruturas e definição de um plano nacional de saúde, (Luís, 1983) porque cada um de nós enquanto técnico, enquanto pessoal de saúde (que boa imagem, de saúde e não de doença, porque doente é o internado) tem de definir e redefinir constantemente a pessoa como doente. (Pereira, 1983)

Durante todos os anos 80 continuamos a observar que são definidos e redefinidos os conceitos e os standards relativos à humanização, pois como nos diz



Domingues (1985) a humanização é um substantivo e implica um ato ou efeito de humanizar, de tornar a situação cada vez mais humana. Isto implica atos e muito mais ainda, um processo proposto, orientado e permanente.

Após esta definição de conceito Feytor Pinto vai mais longe mostrando que:

Perante um exercício dominado pela técnica, levar o enfermeiro a redescobrir a necessidade da deontologia, na profissão, para que estabeleça com os utentes relações humanas suficientemente responsáveis e com outros profissionais relações de equipa colaborante.

Perante o ambiente hospitalar, demasiado materialista, ajudar o enfermeiro a humanizar-se para humanizar os cuidados e as relações.

Muitas são as opiniões que o homem tem dado de si mesmo. Exaltando-se como um valor absoluto ou afundando-se a si próprio até ao desespero, o homem cai muitas vezes em grandes contradições.

É necessário porem reconhecer a sua dignidade e vocação, o valor único da sua inteligência, a grandeza da sua liberdade e consciência moral.

E quem é o Enfermeiro?

É uma pessoa humana preparada tecnicamente para estar ao serviço do indivíduo são ou doente. Na equipa de saúde e na comunidade de saúde e ordem ao bem comum.

A preocupação pela humanização domina constantemente o técnico cristão que no dizer de Joao Paulo II é o “homem que se detém junto ao sofrimento de outro homem (...) que presta atenção ao outro (...) que é capaz do dom total de si” (Salvifici Doloris 28).

Os valores deontológicos a assegurar são sem dúvida o respeito pela pessoa humana do outro, a solidariedade e a criatividade para gestos de amor no exercício da profissão.

Preocupar-se nas comunidades de saúde com a humanização das relações, dos cuidados, dos espaços e das estruturas, e comprometer-se a imprimir ritmos novos de apoio efectivo à pessoa enquanto pessoa. (Feytor Pinto, 1986)

Também Fausti (1986) mostra que o direito à vida é um direito Universal, Inviolável, Inalienável e a humanidade tem o dever de a reconhecer e de a proteger.

São numerosas as interrogações que isto põe aos homens de todas as latitudes, de todas as culturas e condição social e política.

Por isso as respostas que sabem dar como indivíduos e como grupos são o sinal do grau de humanização atingida. (Fausti, 1986)

Vemos também em Fausti (1986) que o respeito dos direitos do homem e do direito à vida e à dignidade da existência em primeiro lugar, é sinal e fator de humanização. E que humanização das interações de saúde é a expressão da competência profissional e é muitas vezes representada não só como defesa da vida mas como ajuda para que o homem volte a encontrar o sentido da sua existência.



Assim sendo o direito à vida é também confiado à maturidade de consciência do profissional e pode conduzi-lo à objeção de consciência para testemunhar o seu respeito por toda a realidade humana, mesmo a mais fraca e sem defesa e a mais comprometida. (Fausti, 1986)

Na mesma linha Domingues (1987) revela-nos que falar de humanização de algo, pressupõe, implica que as pessoas, agentes de humanização, devam humanizar-se a si mesmas, fazendo desabrochar as virtudes pessoais e assimilando os valores humanos universais que tornam a pessoa adulta, auto e hetero-avaliativa aberta, disponível, acolhedora e conscientemente participativa.

A humanização inclui pois, a aferição da identidade pessoal, a maturidade psicossomática e dinâmica, tornando-se a pessoa progressivamente apta a adaptar-se às situações de forma lúcida, ponderada e realista. Se bem que por outro lado, é um dever essencial e condição *sine qua non* da autêntica humanização, em termos de estrita justiça, dispor da ciência adequada ao correto desempenho das próprias funções e missão. (Domingues F. , 1987)

No final dos anos 80 podemos observar a primeira referência a relações humanas em saúde. Neste artigo é-nos referido que os enfermeiros

comprometem-se a ser instrumentos de relação humana nas suas comunidades de saúde, através do testemunho de vida, através do trabalho na sua equipa, dentro do serviço a que pertencem e através da colaboração com todas as pessoas, organismos e serviços que se preocupam pela humanização da saúde.

Vão procurar pelos meios ao seu alcance e com as pessoas que tem as mesmas preocupações de relação humana contribuir para a criação da comissão de Humanização no Hospital ou no Centro de Saúde a que pertencem.

Com a tríplice função de sensibilizar para uma nova mentalidade de respeito prioritário pela pessoa doente, de apoiar todas as acções que responsabilizem a comunidade de saúde pelo serviço do homem, de organizar a formação de todos os profissionais nas relações humanas para um atendimento, um dialogo terapêutico, um acompanhamento e uma informação verdadeiramente humanizantes.

Com a pedagogia que inclui cursos de humanização e relações humanas participados pelos profissionais de todos os grupos. (Saúde, 1989)

Mais adiante em 1990, Renaud diz-nos que nas questões de saúde, quantas vezes não ouvimos a queixa de doentes segundo a qual foram tratados como objectos por tal ou tal médico ou enfermeiro, e cada um sente a ferida de ser reduzido à mecânica de um corpo doente. Mas, por outro lado, quando um médico deve pela



milésima vez tratar uma doença, quando o enfermeiro der a mesma explicação sempre repetida, compreende-se que o defeito profissional consiste em “despachar” o mais rapidamente possível o doente que se tornou um “caso” anónimo, não será a mesma coisa quando os professores “despacham” os alunos? (Renaud, 1990) o que possivelmente nos leva a pensar se a prática não deveria ser repensada, e a propósito disso Dick & Benner (1991) dizem-nos que os enfermeiros são chamados a partilhar os pensamentos e os momentos mais íntimos dos doentes e que é nesta premissa que a verdadeira humanização existe.



Humanização do doente hospitalizado

O conceito de prestar cuidados ou cuidar designa a atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde (Hesbeen, 2000)

Atualmente, o termo humanização é aplicado àquelas situações em que, além de valorizar o cuidado em suas dimensões técnicas e científicas, reconhecem-se os direitos do paciente, respeita-se a sua individualidade, a sua dignidade, a sua autonomia, e a sua subjetividade, sem se esquecer do reconhecimento do profissional também enquanto ser humano, ou seja, pressupõe uma relação sujeito/sujeito (Almeida D. V., 2009).

Deste modo, ao enfermeiro, é pedido que preste cuidados de enfermagem humanizados que visem o bem-estar físico e psicológico, ou seja, o reencontro com o seu equilíbrio (Cabral, 2001). O mesmo autor afirma que a primeira regra e o que deve estar na base da humanização é o respeito pelo ser humano que cada um de nós é (Cabral, 2001).

Então se considerarmos que é da qualidade que falamos e que inclui-la implica os aspectos de humanização, ficarão abrangidos não só os enfermeiros como todos os técnicos que fazendo parte da equipa de saúde, contribuem com o seu saber e competência para um cuidar abrangente e global. (Coelho, 1995). Assim espera-se que o enfermeiro ao cuidar, ajude o doente, substituindo-o apenas quando é necessário, mas respeitando-o sempre qual for a situação ou circunstância.

A abordagem que apresentamos centra-se na pessoa enquanto sujeito de cuidados e na perspetiva holística enquanto fundamental para que a humanização dos cuidados de enfermagem seja uma realidade. (Coelho, 1995)

A expressão “a pessoa foi, é e será, um mistério dificilmente decifrável na sua complexidade de ser interrogante e aberto ao sido e ao ser” (Domingues F., 1985) ilustra muito bem a importância de ter em conta que a pessoa é um ser complexo que não se reduz aos acontecimentos do momento presente, mas traz sempre consigo a sua história e a sua circunstância.

Assim, cada homem é diferente do outro homem, e tem as suas próprias particularidades, cuja compreensão consideramos fundamental, para que a pessoa possa ser entendida, atendida, e cuidada como ser único com dignidade própria.



Desta forma, o enfoque colocado no valor da pessoa humana, estabelecendo uma relação estreita com a sua absoluta e singularidade irrepitível é de aplicação imprescindível no âmbito dos cuidados de enfermagem. (Coelho, 1995)

Sendo assim, prestar cuidados de enfermagem humanizados é considerar que uma pessoa doente é mais do que uma fratura, uma dor repentina, ou uma alteração ainda que subtil num órgão ou função, pois todas estas situações são sempre acompanhadas por implicações emocionais ou sociais.

Os aspetos referidos pressupõem assim a existência de uma relação humana de qualidade em que tenham um lugar privilegiado a palavra amiga, o olhar, o gesto, o círculo afetivo, desfazendo as cadeias de isolamento e proporcionando ao doente um sinal inequívoco da qualidade humana da sua vida.



Humanização na Gestão em Enfermagem

Devemos pensar que a humanização da gestão e dos gestores em enfermagem deve sempre ser pensada e centrada para as relações humanas. Por isso, Sampaio & Mendes (1991) dizem-nos que liderança implica um relacionamento interpessoal que seja favorecedor de um ambiente em que a pessoa/enfermeiro se sinta cuidado.

Os líderes têm como missão favorecer este ambiente, contribuindo para que os enfermeiros tenham estima por si e simultaneamente pelos outros, que promovam o prazer, a alegria e o entusiasmo no trabalho.

Como fazê-lo?

- *Reflectindo e analisando se ele próprio se sente cuidado pela organização hospitalar, para desempenhar com eficácia o seu papel.*
- *Reflectindo sobre o seu estilo de liderança para orientar o seu desenvolvimento pessoal e profissional elaborando os seus próprios objectivos.*
- *Conhecendo a equipa que lidera no que diz respeito aos factores de motivação/desmotivação, e no caso de existirem conflitos ter a capacidade e a competência para os gerir.*
- *Estabelecendo com os enfermeiros uma verdadeira relação de ajuda quando identifica problemas.*
- *Valorizando ideias e sugestões inovadoras, permitindo aos enfermeiros correrem o risco de falhar, admitindo que a aprendizagem através do erro possa ser o ponto de partida para a mudança.*
- *Identificando as áreas de dificuldade dos enfermeiros para o desempenho de actividades cuidativas e promover a formação em serviço nesse sentido.*
- *Demonstrando à organização que um ambiente laboral desfavorecedor interfere negativamente no nível de cuidados prestados, diminuindo a qualidade e cuidados globais da instituição. (Sampaio & Mendes, 1991)*

Ter um sistema de valores humanísticos na enfermagem, não significa que o enfermeiro deva adotar um comportamento sacrificado dando tudo e caindo na auto-negação, antes pelo contrário, nesta abordagem analisamos que o cuidar é humano e essencial à vida de toda a pessoa. Se assim é, os enfermeiros tem, em primeiro lugar, que ser bem cuidados pelas instituições hospitalares, para estarem aptos a prestar cuidados complexos numa envolvência simultânea de arte e ciência.

Reforçamos a ideia de que humanizar é um processo abrangente, que implica dar respostas integradas às necessidades dos doentes, conduzindo assim a uma revalorização dos cuidados prestados à pessoa doente, o que só é possível com uma atitude que englobe a visão integral da pessoa. Respeitar e ter em conta estes e outros



princípios, vai contribuir certamente para que os cuidados de enfermagem sejam mais humanos, incluindo a humanização das interações enfermeiro/doente.



2.3 – A Revista Acção Médica

A Associação dos Médicos Católicos Portugueses (AMCP) é um organismo privado sem fins lucrativos que tem por finalidade congregar os profissionais da medicina que se afirmam católicos e desejam exercer a sua profissão à luz dos princípios evangélicos. Tem por finalidade a definição e a difusão de princípios orientadores das actividades ligadas a saúde à luz da fé cristã, partindo da análise dos problemas que derivam do exercício concreto da medicina nos quais incide a reflexão e se fundamenta a experiência dos seus associados.

A AMCP foi fundada em 1915. Tem âmbito nacional e encontra-se organizada regionalmente em núcleos correspondentes às dioceses. Tal como está exarado nos seus estatutos, a associação procura a troca de experiências e o intercâmbio internacional, encontrando-se assegurada a existência do espaço institucional adequado a esse intercâmbio através da inscrição da Associação nas Federações Europeia e Internacional das Associações dos Médicos Católicos (FEAMC e FIAMC), com as quais colabora activamente através da participação nos respectivos órgãos de gestão e da intervenção activa nos congressos internacionais organizados pela FEAMC e pela FIAMC. Alguns destes congressos, foram efetuados no nosso país, neles se tendo largamente debatido as questões fundamentais do exercício contemporâneo da medicina nos domínios da ética e da moral, das ciências fundamentais e das ciências aplicadas, da economia da saúde e do exercício concreto nos vários países e nas várias culturas.

A Associação tem um órgão próprio, a revista Acção Médica, que se vem publicando ininterruptamente desde 1936 e em cujas páginas se arquivam muitos milhares de artigos de autores nacionais e estrangeiros sobre questões práticas e doutrinárias cobrindo um vasto leque de problemas, nomeadamente os que se referem ao segredo médico e às questões relacionadas com o início e o termo da vida humana, ao direito a morrer com dignidade, ao aborto, à humanização dos cuidados de saúde, à organização dos serviços, ao estudo da sexualidade humana, à educação sexual, à regulação da natalidade, à experimentação no homem, à deontologia profissional e à história da Medicina.

Assim sendo e tendo em conta que esta é uma revista de referência, optamos por observar a evolução do conceito de humanização através desta revista pois, uma



vez que é na área a que tem mais tempo de publicação. Será em meu entender aquela que nos poderá permitir compreender com maior profundidade a evolução do conceito de humanização.



A evolução do conceito

Durante séculos a medicina foi exercida por homens compassivos e bons que iam buscar à sua pouca ciência o fundamento para as suas atitudes médicas; as quais, mais do que tratamentos eficazes eram, na verdade, formas de acompanhamento dos que sofriam e morriam (Serrão, 1987)

O termo humanização, tem sido bastante empregue no contexto atual de saúde, apesar de ainda sem definição clara, designa uma assistência de qualidade que valorize não só a parte técnica e estrutural mas também a relação no atendimento ao paciente, norteando uma nova práxis.

Martins (1986) refere que conforme estipula a Declaração de Tóquio da Associação Médica Mundial “é privilégio dos médicos exercer a Medicina ao serviço da humanidade, preservar e restaurar a saúde física e mental sem distinção de pessoas, aliviar e eliminar a dor destes doentes. O maior respeito pela vida humana deve ser mantido mesmo sob ameaça e não poderá fazer uso dos seus conhecimentos médicos, contrário às leis da humanidade”. Por isso e na mesma linha, ter de humanizar o hospital é, antes de mais, um preço a pagar. Na verdade, ao desenvolvimento arquitetónico, do espaço físico e funcional do hospital, e da tecnologia, não correspondeu, em tempo oportuno a preocupação pelo seu bem estar. (Almeida F. N., 1986)

Vivemos numa época em que as questões de saúde assumem dimensões novas, algumas das quais revestidas de especial gravidade. Isto, devido a diversos fatores entre os quais se podem enumerar o desenvolvimento tecnológico, os desafios da investigação, a crise dos valores éticos, a própria complexidade da vida contemporânea (Gouveia, 1989).

O primeiro desafio diz respeito à humanização. Se é certo, que as novas tecnologias aplicadas ao campo da saúde, e os novos métodos de organização e princípios de administração muito têm vindo a contribuir para o bem estar dos doentes, para diminuir o sofrimento e vencer as doenças, não podemos por outro lado esquecer o carácter desumanizador da cultura contemporânea.

Este carácter desumanizador atinge particular gravidade quando penetra no mundo da saúde. (Gouveia, 1989)

Para vencer este perigo real, é necessário que a pessoa do doente esteja sempre no centro de todas as estruturas, e seja o objetivo primeiro de todas as ações.



Só o verdadeiro respeito pela pessoa e o calor do amor humano podem vencer o perigo da solidão e da frieza para que o mundo tecnicizado lança o doente.

Intimamente relacionado com o problema da humanização, encontra-se o da necessidade de um ideal ético, num mundo caracterizado por um deficiente quadro de valores. (Herranz, 1990)

Segundo Domingues (1991) a humanização inclui pois, a aferição da identidade pessoal, a maturidade psicossomática e dinâmica, tornando a pessoa progressivamente apta a adaptar-se às situações de forma lúcida, aberta, ponderada e realista. Refere também que por outro lado, é um dever essencial e condição *sine qua non* da autêntica humanização, e mesmo em termos de estrita justiça, dispor da ciência adequada ao correto desempenho das próprias funções e missão.

De facto, humanizar é estabelecer pontes de confiança e estima; é atender, acolher e encaminhar; é respeitar o doente como pessoa; é proporcionar-lhe cuidados que tornem menos penoso o seu sofrimento. (Domingues F. , 1991)

Humanizar é, ainda, pôr em prática tudo o que possa contribuir para o maior respeito da dignidade de cada pessoa; é ter em atenção as condições do exercício da liberdade e autonomia; é incentivar o doente a colaborar e entender que o seu caso não é único nem obrigatoriamente prioritário. (Porto A. , 2009)

Pensa-se ser urgentemente necessária uma humanização nos vários setores da prestação de cuidados de saúde: na medicina familiar, na assistência especializada e na medicina hospitalar. Entende-se facilmente que para uma melhor humanização é necessário que haja uma mais perfeita relação entre os profissionais de saúde e os doentes, e uma nova gestão da política dos serviços de saúde, com particular ênfase nas indispensáveis ações de formação para todos.

Porto (2009) refere também que a humanização passa pois, e em primeira linha, pelos próprios gestores dos hospitais, competindo-lhes transmitir esta filosofia de trabalho a todos os trabalhadores, constituindo-se como primeiros agentes de humanização do hospital e garantindo a existência e gestão dos meios destinados a dar voz aos doentes, através de caixas de sugestões do gabinete do utente, do acesso fluído e direto à administração. Nesta perspetiva, que é a que comungo, a humanização é simultaneamente uma exigência ética, mas também uma exigência técnica/profissional, já que implica o conhecimento e utilização de instrumentos de medição cujos resultados devem ser avaliados e objecto de medidas corretivas.



Humanizar significa, pois, segundo Porto (2009) melhorar sempre ao nível de estrutura (instalação e equipamentos), de processo (onde ressaltam as relações interpessoais) e dos resultados (nível de satisfação que corresponda ao nível de expectativas do doente).

De facto, não haverá pois verdadeira humanização naquele hospital que, oferece a sua estrutura física mais adequada, a melhor organização, a competência do ato técnico, mas onde o percurso do doente não é acompanhado por uma boa relação interpessoal, pelo sorriso, pelo ouvir com tempo, pelo gesto, pelo olhar.

Ao conceito de humanização subjaz a noção de que somos seres inacabados, somos “work in progress”... E esta nossa incompletude espalha-se não só enquanto profissionais que somos, como no entendimento do ser humano que somos. Quanto mais longe estivermos neste caminho de aperfeiçoamento pessoal, maior é o grau de humanização. A questão da humanização é em si mesma uma questão antropológica para a qual urge identificar um modelo de referência, capaz de nos arrancar deste mero “cadáver adiado que procria”. Modelo que passa antes de mais, pela cultura e pela consciência, afinal pelos lugares que nos tornam mais adultos, mais autónomos, mais críticos e mais ágeis. Sem cultura não é possível consciente humanização, porque é apenas neste patamar do conhecimento que é possível questionar, compreender e determinar em função da intersubjetividade que o indivíduo se coloca em diálogo inadiável com o outro. (McClelland, 2004)

Este é, como nos diz Porto (2009), um entendimento da humanização que atende à identidade cultural do ser humano, à sua vinculação ética, referindo-se-lhe a possibilidade da fragilidade e, daqui lançado, o necessário olhar suplementar como resposta à filosófica vulnerabilidade que o caracteriza, diria mesmo, que o constitui na sua própria natureza. Portanto, não podemos falar com leviandade de humanização porque estamos a falar de nós mesmos, da nossa integridade, da nossa própria historicidade, portanto do nosso próprio futuro.

Muito embora a humanização de um sistema de saúde virtuoso passa ainda, sem dúvida, pela criação de condições de trabalho dignas e humanas para os seus profissionais. Se a humanização do relacionamento da instituição com os doentes é prioritária, não é irrelevante a necessidade de humanizar a relação da instituição com os profissionais que servem os seus doentes.

A humanização implica a valorização da dignidade da pessoa humana. É um fator indiscutível e incontornável que se impõe por si mesmo. Pois humanizar é



promover o bem comum acima dos interesses individuais, das conveniências de grupo ou dos interesses económicos, ou outros. Não é possível a humanização sem contextos sociais ou profissionais humanizados. A humanização nas instituições de saúde começa na valorização da qualidade humana nas relações entre todos os agentes e profissionais, e entre estes e os doentes (Domingues F. , 1991).

A humanização dos recursos humanos intervenientes no sistema de saúde é essencialmente uma questão de atitude, passa pela leitura, interpretação e aplicação das leis, sem esquecer que são criadas para servir o homem/cidadão.

Humanizar significa investir/intervir numa cultura do serviço ao seu semelhante e acreditar que é possível, com o próprio desempenho participar na humanização do sistema de saúde invertendo, se necessário o sentido da cultura instalada na instituição onde se serve.

A humanização exige a conversão do olhar, da relação, da postura numa informação/comunicação dialogal, profissional e doente no mesmo patamar – de pessoa para pessoa.



3 – DISCUSSÃO

O homem e a sociedade correm, não se sabe para onde, no “afogadilho” de um sprint permanente e infundável, aos tropeções, às cegas. O minuto presente – o mais importante – que devia ser construído e vivido, é esquecido em favor do minuto próximo, que pode não chegar, enquanto o minuto passado é atirado para os arquivos mortos ou enterrado na História longínqua. (Caldeira da Silva, 1988)

O setor da saúde não constitui exceção a este quadro da sociedade atual. Sendo algo que respeita direta e profundamente ao homem, a saúde não podia ficar indiferente a esta atitude humana de esvaziar o conceito de urgência e da autenticidade do seu conteúdo.

Humanizar é, tornar humano, cuidar a pessoa como pessoa, dar-lhe atenção e responder de uma forma positiva a toda a sua esperança, quando confiou nos serviços de saúde e a eles recorreu para reencontrar-se na plenitude da sua realização pessoal.

O conceito de prestar cuidados ou cuidar designa a atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde.

Atualmente, o termo humanização é aplicado àquelas situações em que, além de valorizar o cuidado em suas dimensões técnicas e científicas, reconhecem-se os direitos do paciente, respeita-se a sua individualidade, a sua dignidade, a sua autonomia, e a sua subjetividade, sem se esquecer de reconhecimento do profissional também enquanto ser humano, ou seja, pressupõe uma relação sujeito/sujeito (Almeida, 2009).

Deste modo, ao enfermeiro, é pedido que preste cuidados de enfermagem humanizados que visem o bem-estar físico e psicológico ou seja o reencontro com o seu equilíbrio (Cabral, 2001). O mesmo autor afirma que a primeira regra e o que deve estar na base da humanização é o respeito pelo ser humano que cada um de nós é (Cabral, 2001).



Na humanização a questão central é o sujeito, a pessoa que recorre ao serviço de saúde, caracterizando uma assistência humanizada como aquela que é personalizada (Almeida, 2009). A pessoa é o locus da existência humana, não sendo apenas um organismo material e físico, mas um ser de perceções e vivências que possui uma totalidade corpo, alma e espírito, e além disso, envolvimento social, económico, familiar, político e cultural. Aceita-se que cada pessoa é única e irrepetível com a sua própria individualidade (Rodrigues, 2003).

Na Revista Portuguesa de Saúde Pública é de salientar que desde muito remotamente refere uma ideia de humanização, muito embora sem a utilização da palavra em si, que remonta apenas aos anos 90 nesta publicação, e que no séc. XXI não volta a ser falada, provavelmente devido a uma divergência de interesse temático por parte dos investigadores.

Por isto e a título de suma, resta referir que se trata de conceitos que não são novos e que, por exemplo, já estavam previstos no Estatuto Hospitalar em 1968, que reconhecia o “primado do doente” e a necessidade de um plano de humanização (Imperator, 1998).

O conceito de prestar cuidados ou cuidar designa a atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde (Hesbeen, 2000).

Desta forma, segundo Osswald (2000) a humanização na intervenção em saúde é a razão de ser e o motor da profissão de enfermagem. Deste modo, o enfermeiro assume o dever de humanizar os cuidados prestados, este dever de humanização implica e em consonância com o código deontológico prestar cuidados à pessoa (Coutinho, 2005).

Não obstante algumas preocupações com a possível quebra do nível de humanização dos cuidados de saúde, com a crescente e massiva utilização das tecnologias nestes, pessoalmente acredito, e o passado o tem demonstrado, que o seu potencial para o reforço da personalização e o aumento da capacidade de intervenção individualizada e eficiente superarão esse risco. (Jesus, 1995).

David McClland identificou três necessidades básicas que as pessoas desenvolvem: necessidades por realização, poder e afiliação, e que a força de cada necessidade específica variará de acordo com a situação. Assim, uma não implicação óbvia para os gerentes é que eles não devem exigir o máximo dos indivíduos com uma grande necessidade de realização. Sugere contudo "que as pessoas podem ser



ensinadas a ter certas necessidades. Exemplo: poderia ser desenvolvido um programa de treino para aumentar a motivação por realização entre gerentes e subordinados" (McClelland, 2004). O que geraria incentivo para os funcionários na realização de suas tarefas e líderes nas tomadas de decisão.

Mas então, o que é humanizar? Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sentimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. De outra forma desumanizamo-nos reciprocamente. Ou seja, sem comunicação, não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes.

Paradoxalmente o desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido tanto benefícios como prejuízos. Um mundo novo está a ser construído a partir das revoluções tecnológicas.

A palavra pode ser reduzida, o contacto humano colocado em segundo plano, a informação descontextualizada, a comunicação fragmentada na mesma medida que os avanços tecnológicos não promovem práticas sociais integradoras, humanizadoras.

A ciência e tecnologia tornam-se desumanizantes quando ficamos reduzidos a objetos despersonalizados. O preço que pagamos pela suposta objetividade da ciência é a eliminação da condição humana da palavra, que não pode ser reduzida, no caso da prestação de serviços de saúde, à mera descrição técnica dos sintomas e da evolução de uma doença, por exemplo.

O ato técnico, por definição, elimina a dignidade ética da palavra, pois esta é necessariamente pessoal, subjetiva e precisa de ser reconhecida na palavra do outro. Um hospital ou um posto de saúde pode ser excelente do ponto de vista tecnológico e, mesmo assim, ser desumano no atendimento. Esse facto acontece quando os pacientes são tratados como simples objetos de intervenção técnica e não acolhidos nas suas angústias, temores e expectativas, ou quando nem sequer são informados sobre procedimentos necessários.

Humanizar a assistência em saúde é dar lugar não só à palavra do doente como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo. O compromisso com a pessoa que sofre pode ter as mais diversas motivações, assim como o compromisso com os cuidadores



e destes entre si.



4 – CONCLUSÃO

O conhecimento das condições por que passa grande parte dos serviços de saúde mostra-nos que é necessário que se reformule as práticas quotidianas de gestão e de atenção à saúde, substituindo culturas institucionais, infelizmente ainda muito enraizadas entre nós, que tendem, infelizmente, a objetificar as pessoas que utilizam os serviços de saúde procurando a satisfação das suas necessidades.

Assim, entendemos e valorizamos o facto de as políticas públicas de humanização da atenção à saúde terem sido consolidadas nos últimos anos, e que, para melhor atingirem os seus objetivos, se devam orientar pelo denominado princípio da humanidade, pelo qual o homem deve ser considerado como o centro da ação ética, aceitando-se a aplicação do imperativo categórico kantiano que afirma que a ação eticamente adequada deve considerar o homem como um fim em si mesmo, e não somente como um meio de satisfação dos interesses das diversas forças sociais atuantes na atenção em saúde.

Utilizou-se no desenvolvimento da pesquisa a metodologia qualitativa pois revelou-se também ser a mais adequada para a realização deste estudo, pois constituía, de facto, a linha condutora de referencia deste estudo.

Foram observadas três revistas representantes de três grupos profissionais, os administradores hospitalares, os médicos e os enfermeiros, permitindo-nos concluir diversas questões.

Neste estudo foi observada a evolução do conceito de humanização do ponto de vista dos administradores hospitalares, através da Revista Portuguesa de Saúde Pública.

É de salientar que este grupo profissional desde muito remotamente no tempo refere uma ideia de humanização, muito embora sem a utilização da palavra em si, que remonta apenas aos anos 90 nesta publicação, e que no séc. XXI não volta a ser falada, provavelmente devido a uma divergência de interesse temático por parte dos investigadores.



Por isto e a título de suma resta referir que se trata de conceitos que não são novos e que, por exemplo, já estavam previstos no Estatuto Hospitalar em 1968, que reconhecia o “primado do doente” e a necessidade de um plano de humanização (Imperatori, 1998).

Actualmente, o termo humanização é aplicado aquelas situações em que, além de valorizar o cuidado nas suas dimensões técnicas e científicas, reconhecem-se os direitos do paciente, respeita-se a sua individualidade, a sua dignidade, a sua autonomia, e a sua subjectividade, sem se esquecer do reconhecimento do profissional também enquanto ser humano, ou seja, pressupõe uma relação sujeito/sujeito (Almeida D. V., 2009).

A pessoa é o locus da existência humana, não sendo apenas um organismo material e físico, mas um ser de percepções e vivências que possui uma totalidade, corpo e alma e espírito, e além disso envolvimento social, económico, familiar, político e cultural. Aceita-se que cada pessoa é única e irrepitível com a sua própria individualidade (Osswald, 2000).

Noutras palavras Coutinho (2005) refere que a humanização é parte integrante desta profissão, e qualquer intervenção ou acto de enfermagem, já que praticado por um ser humano e na medida em que se dirige a outro ser humano com igual valor e dignidade, só poderá ser humanizado. Por isso, e segundo mesmo autor, o fato da humanização dos cuidados ser uma temática cada vez mais atual e pertinente, constitui uma expressão da competência profissional.

Marques (1996) refere que “nenhuma instituição pode, só por si, substituir o coração humano”, todas elas a seu modo, tentam levar um pouco de conforto, ao doente, onde quer que ele esteja, promovendo a humanização do ambiente circundante. Fazem-no apenas e tão só por vocação e amor ao próximo e não como ocupação dos tempos livres. Pela sua ação, pela sua postura e dinamismo, deixam de ser intrusos na organização hospitalar.

Pois como observamos nesta dissertação, é nesta base e fundamento que entendemos a humanização como premissa fundamental para a prática clínica e desenvolvimento das relações interpessoais e de humanização .

Estas relações reflectem-se na valorização do ser humano, o atendimento hospitalar inicia-se, antes de mais nada, através das pessoas que compõem o atendimento hospitalar, o que sustenta as quatro dimensões que constituem a humanização: física, tecnológica, humana e administrativa.



Falar de humanização nos sistemas de saúde é escutar o grito do homem ou da mulher frágil e vulnerável que quando sofre, enferma ou morre, quer ser considerado, valorizado, tratado como pessoa humana até ao fim.

Os cuidados devem, por isso, ter qualidade humana, que seja tomada em conta a sua liberdade e responsabilidade, em suma, que seja respeitada e valorizada a sua dignidade como pessoa.

A humanização pode ser vista como uma forma de instrumento de trabalho para a integração e valorização de equipas multiprofissionais, trazendo bons resultados na recuperação dos pacientes. Desta forma mostra-se que o ser humano possui necessidades básicas como: autoestima e auto-realização que precisam ser atendidas nas organizações, sejam elas privadas ou públicas.

Considerando estratégias de melhoria na qualidade de serviços, o trabalho em equipa mostra-se como um instrumento para a melhoria da qualidade.

Quando não são formuladas as sugestões para a correção de problemas, jamais se saberá o grau de insatisfação do grupo para tomadas de decisões.

O princípio da humanização no trabalho direciona o indivíduo para a valorização do potencial humano e profissional.

O trabalhador que executa essas tarefas precisa, desde a sua administração, de se sentir integrado, consciente de que é um elemento colaborador na recuperação do paciente.

A criação de um ambiente de trabalho com humanização, insere dois princípios: a busca pela qualidade de vida e a motivação para executar as tarefas. Portanto, é a interação entre as características pessoais (necessidades, impulsos, expectativas, pensamentos, desejos) e as situacionais (salário, benefícios, tecnologia e sistemas de trabalho). Somente assim se alcança a otimização no trabalho.

Treino e reciclagens, visando a melhoria das condições de trabalho, tem que ser uma constante. Somente assim, criar-se-á um ambiente psicológico e motivador, visualizado pelo respeito mútuo, abertura nos diálogos, padrões de ética, confiança, resgate e manutenção da cidadania.

É importante ressaltar que cada trabalhador motivado e valorizado será um agente multiplicador, presente e ativo na sua comunidade, no seio da família, no grupo de amigos e em toda a sociedade.

O processo atual de humanização no trabalho sente a presença do impacto educacional. É a corrida contra o tempo, onde os indivíduos buscam a melhor forma



de se capacitar para o trabalho. Neste ponto, a empresa deve caminhar lado a lado com o trabalhador, numa parceria que resultará em benefícios para ambos. Somente assim será uma empresa moderna, responsável e ética.

A "gestão de pessoas" é fundamental como ferramenta de integração nos processos de humanização e motivação no trabalho.

Existe a necessidade humana do respeito, da compreensão, da dedicação, do amor ao próximo, quer seja pelo vizinho doente, quer seja um pedinte, quer seja um paciente, quer seja uma pessoa que lhe dá muito trabalho. Eu acredito que uma pessoa humanizada no seu ambiente de trabalho tem que ser uma pessoa esclarecida, gostar do que faz, ser um profissional qualificado, consciente da necessidade, de ser uma pessoa preparada, para atender as pessoas que chegam em busca de um atendimento humanizado, com problemas de saúde, mas, muita das vezes, precisando apenas de uma palavra.



BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, D. V. (2009). Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. *Referência, revista científica da unidade de investigação em ciências da saúde: domínio de enfermagem.* , II (10), 89-96.
- ALMEIDA, F. N. (1986). Humanização Hospitalar. *Acção Médica* , 35-37.
- ARIÉS, P. (1990). A história das mentalidades. In J. Le Golf, *A história nova* (pp. 153-176). São Paulo: Martins Fontes.
- BELLINO, F. (1997). *Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais*. Bauru, SP: EDUSC.
- BENVIDES, R., & PASSOS, E. (2005). Humanização na Saúde: um novo modismo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* , 9 (17), pp. 389-394.
- BISCANA, J. (1999). Humanização e tecnologia na saúde infantil e do adolescente. *Acção Médica* (1), 17-25.
- BOLÉO-TOMÉ, J. (Julho/Setembro de 1996). Humanização, qualidade e respeito pela vida. *Acção Médica* , 3-4.
- BOLIS, C. G. (1994). Os progressos técnicos ao serviço do homem. *Servir* (1), 21.
- BORNSTEIN, M. H. (1995). *Form and function: Implication for studies of of culture and human development*. Culture & Psychology.
- CUCCI, M. (1988). O Diálogo na Humanização de Cuidados. *Servir* , 36, 228-230.
- CABRAL, D. G. (2001). Humanizar: entre o projecto de vida e o dever profissional, uma reflexão. *Informar, revista de formação contínua em enfermagem.* , 14-17.
- CALDEIRA DA SILVA, J. M. (1 de Julho/Dezembro de 1988). A urgência como fenómeno humano e social a melhor compreender. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , 6 (3/4), pp. 5-13.
- CASSATE, J. C., & CORRÊA, A. K. (2005). Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 13 (1), pp. 105-111.
- CARDOSO, C. F. (1994). *Sete Olhares Sobre A Antiguidade*. BRASÍLIA: Editora da UnB.
- CEREJEIRA, M. G. (1977). A ciência e a vida humana. *Acção Médica* (3), 11-22.
- COUTINHO, C. (2005). Humanizar é sempre possível. *Informar, revista de formação contínua em enfermagem.* (35), 39-42.



- COELHO, M. V. (1995). Humanização dos cuidados do doente hospitalizado. *Servir*, 4 (48).
- COHEN, L., & MANION, L. (1994). *Research Methods in Education*. London: Routledge Kegan Paul.
- COSTA, M. A. (1992). Humanizar no ensino de enfermagem: o tempo e o contratempo. *Servir*, 85-90.
- DURMONT, J. (1972). Será a medicina hospitalar uma medicina humanizada? *Servir*, 2, 35-36.
- DEMO, P. (2000). *Conhecer & Aprender - Sabedoria dos limites e desafios*. Porto Alegre: ARTMED.
- DESLANDES, S. F. (2006). Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In S. F. Deslandes, *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas* (pp. 33-47). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- DICK, B., & BENNER, P. (1991). A Humanização de Cuidados. *Servir*, 39 (3), 140-141.
- DOMINGUES, F. B. (1981). O Hospital a humanizar. *Servir*, 3, 12-14.
- DOMINGUES, F. (1987). Humanização. *Servir*, 35 (1), 3-6.
- DOMINGUES, F. (1985). Humanização da comunidade Hospitalar. *Servir*, 33 (3), 118-120.
- DOMINGUES, F. (1994). Humanizar-se para cuidar. *Servir* (2), 59-62.
- DOMINGUES, F. (Janeiro/Março de 1991). Humanizar-se para humanizar. *Ação Médica*, 27-32.
- FAUSTI, C. C. (1986). Direitos do Homem: Novas interrogações para os Profissionais de Saúde. *Servir*, 34, 229-236.
- FEYTOR PINTO, V. (1986). Direitos Humanos e Exercício de Cuidados em Enfermagem. *Servir*, 34 (2), 54-65.
- FERREIRA, C. (1 de Janeiro/Junho de 1986). O bem-estar ou conforto dos doentes num hospital geral. Notas ao IX Congresso Internacional de Hospitais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4 (1/2), pp. 27-38.
- FIGUEIREDO, M. d.-1. (1995). Do ensino à prática. *Enfermagem em Foco*, V, 16-19.
- FORTES, P. A., & MARTINS, C. L. (2000). A ética, a humanização e a saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53 (especial), 31-33.
- FREIRE, P. (1980). *Conscientização: teoria e prática da libertação*. São Paulo: Moraes.
- Guilly. (Junho de 1964). A descrição da defesa da pessoa humana. *Servir*, 20-23.



- GOUVEIA, M. (1989). O papel da Igreja na humanização do mundo da saúde. *Acção Médica* (Julho/Setembro), 3-6.
- GRUBER, M., & BRENNER, P. (1990). O Diálogo sobre humanização de cuidados - A força da certeza. *Servir*, 38 (6), 281-282.
- GRAJALES, T. (2005). *scielo*. Obtido em 2012, de www.scielo.br
- Imperatori, E. (1 de Abril/Junho de 1998). Voluntariado, Humanização e Qualidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16 (2), pp. 51-58.
- HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar* (1ª ed.). Lusociência.
- HERRANZ, G. (1990). Ética médica e valores humanos. *Acção Médica* (Julho/Setembro), 5-9.
- HOWARD, J. (1975). Humanization and desumanization of health care: a concept view. In J. Howard, & A. Strauss, *Humanizing health care* (pp. 57-102). New York: John Wiley.
- JESUS, É. (1995). Evolução tecnológica e humanização dos cuidados. *Servir* (48).
- LUÍS, M. S. (1983). Exercício da Profissão e Humanização. *Servir*, 31 (6), 279.
- LOBIONDO-WOOD G, H. J. (2001). Desenhos não experimentais. . In H. J. Lobiondo-Wood G, *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. (4 ed. ed., pp. 110-121). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- MARQUES, A. S. (Julho/Setembro de 1996). A Humanização e a qualidade de atendimento em Saúde. *Acção Médica*, 15-20.
- MARTIN, J. M. (2004). A ética e a humanização hospitalar. In L. Pessini, & L. Bertachini, *Humanização e Cuidados Paliativos* (2ª Ed. ed., pp. 31-50). São Paulo: EDUNISC.
- MARTINS, A. G. (1986). Os médicos e os direitos humanos - a experimentação. *Acção Médica* (4), 14-23.
- MCCLELLAND, D. (2004). *Heacademy*. Obtido em 6 de 12 de 2011, de www.heacademy.ac.uk/assets/documents/resources/heca/heca_cl27.pdf
- MENDONÇA E MOURA, Á. (1950). O esquecimento da pessoa humana na Medicina Socializada. *Acção Médica* (55), 249-264.
- MINAYO, M. C. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO.
- MIRSHAWKA, V. (1994). *Hospital fui bem atendido: a hora e a vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books.



- MOURA, A. (2003). Desenho de uma Pesquisa: Passos de uma Investigação-Acção. *Educação* (1), 9-31.
- MORIN, E. (2005). *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. (10ª ed.). (Cortez, Ed., & C. E. Sawaya, Trad.) Brasília, DF: UNESCO.
- OLIVEIRA, L. A., LANDRONI, M. A., SILVA, N. E., & AYRES, J. R. (2005). Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Colectiva* , 10 (3), 689-698.
- OSSWALD, W. (2000). Humanização em Saúde. *Servir* (1).
- QUIVY, R., & CAMPENHOUDT, L. V. (1998). *manual de investigação em ciências sociais* (2ª edição. ed.). Lisboa: gradiva.
- PÚBLICA, ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE. (1 de January de 2009). *Escola Nacional de Saúde Pública*. Obtido em 20 de June de 2011, de Escola Nacional de Saúde Pública: <http://www.ensp.unl.pt>
- PÚBLICA, R. P. (s.d.).
- PADILHA, M. I. (1999). As representações da história da enfermagem na prática cotidiana atual. *Revista Brasileira de Enfermagem* , 52, 443-454.
- PEREIRA, M. (1983). Algumas Situações de Desumanização. *Servir* , 31 (6), 280-285.
- PORTO, A. (Outubro/Dezembro de 2009). Humanização, justiça e equidade no sistema de saúde. *Acção Médica* , 33-61.
- PORTO, J. (1951). Ciência de hoje e o respeito pela pessoa humana. *Acção Médica* (60), 543-561.
- PORTO, J. (1943). O homem e a ordem social cristã. *Acção Médica* (28), 205-232.
- SAÚDE, A. D. (1989). Relações Humanas em Saúde. *Servir* , 37, 52-55.
- SANTOS, A. L. (Julho/Setembro de 1996). Humanização e a qualidade do atendimento em saúde. As dificuldades. *Acção Médica* , 5-14.
- SAMPAIO, F. M., & MENDES, M. A. (1991). Os valores humanos na gestão. *Servir* , 119-121.
- SARDINHA, M. (s.d.). Valor humano, social, apostoloc.
- SARDINHA, M. A. (1967). Valor Humano, Social, Apostólico e Sobrenatural da Enfermagem. *Servir* (4), 3.
- SERRA, A. V. (1987). Tratamento humanitário do doente. *Servir* , 35 (2), 67-74.
- SERRÃO, D. (1986). O Homem e a ética. *Acção Médica* (4), 5-13.
- SERRÃO, D. (1987). Será a medicina uma actividade humana burocratizável? *Acção Médica* , 23-34.



- SILVA, A., & ALVAREZ, P. (1991). O diálogo sobre humanização dos cuidados. *Servir*, 39, 81-84.
- SOUSA GOMES, A. (1945). Medicina, serviços sociais e humanização do trabalho. *Acção Médica* (38), 165-177.
- RENAUD, I. (1990). A Pessoa Humana. *Servir*, 38 (4), 159-165.
- RIBEIRO, A. (1974). Os direitos fundamentais da pessoa humana. *Acção Médico* (1), 50-55.
- RODRIGUES, E. (2003). Boletim do hospital de São Marcos Braga. *O outro na perspectiva do cuidar*. ANO XIX (no2), pp.95-101.
- TEIXEIRA, G. G., & CHANES, M. (2003). As estratégias de humanização da assistência ao parto utilizadas por hospitais ganhadores do Prémio Galba de Araújo: acções de mérito, acções premiadas. *O Mundo da Saúde*, 27 (2), 270-273.
- VAITSMAN, J., & ANDRADE, G. R. (2005). Satisfação e responsabilidade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 10 (3), 599-613.