

# Humanização como expressão de Integralidade

## Humanization as an expression of Integrality

Inajara Carla Oliveira\*

Luiz Roberto Agea Cutolo\*\*

502

O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):502-506  
Artigo de Revisão • Review Paper

### Resumo

O artigo abre com a discussão da amplitude dos sentidos da integralidade em base conceitual. Na sequência, a humanização é caracterizada na forma expressa na literatura contemporânea. Entendidas a multiplicidade de sentidos de ambas, discute-se a relação entre elas, bem como a relação com a concepção saúde-doença que as encerram. Finalmente, as potenciais aproximações são discutidas e sugere-se que a humanização é uma expressão prática de construção de integralidade.

**Palavras-chave:** Assistência Integral à Saúde. Humanização da Assistência. Saúde Holística.

### Abstract

The article opens with the discussion of the amplitude of the senses of integrality in conceptual terms. In the sequence, humanization is characterized in the way defined in contemporary literature. Once the multiplicity of senses of both is understood, we discuss the relationship between them, as well as the relationship they have with the conception health-disease that are implied within them. Finally, their potential similarities are discussed and we suggest that humanization is a practical expression of the construction of integrality.

**Keywords:** Comprehensive Health Care. Humanization of Assistance. Holistic Health.

\* Fonoaudióloga formada pela Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Mestranda em Saúde e Gestão do Trabalho – UNIVALI. Pós-Graduada em Saúde da Família pela WPÓS. Teleconsultora do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. Itajaí-SC, Brasil. E-mail: ina\_carla@hotmail.com

\*\* Pediatra. Doutor em Educação. Professor da UFSC e da UNIVALI. Florianópolis-SC, Brasil. E-mail: cutolo@univali.br

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## INTRODUÇÃO

Integralidade e Humanização são temas atuais e recorrentes nos artigos acadêmicos na área da saúde. O caráter polissêmico de ambos os termos traz consigo variações de interpretações e aplicabilidade, de acordo com as motivações e contexto aos quais são subordinados.

Sabe-se que, assim como tal abertura traz consigo dificuldades para a concretização de ambas na prática, também potencializa a sua utilização a partir de seus diversos sentidos.

Existe uma relação muito próxima entre os termos, e essa proximidade suscita os seguintes questionamentos: São as práticas “humanizadas” que produzem integralidade? Ou práticas de integralidade resultam em ações humanizadas? O que define, ou pelo menos desencadeia, práticas de integralidade e de humanização? Qual a relação entre elas?

Para chegarmos a um melhor entendimento, faz-se necessário, em primeiro lugar, retomar parte dos sentidos dados por alguns autores a respeito de ambos os termos, destacando-se, no entanto, que a intenção deste artigo não está em fazer uma leitura e análise minuciosa dos sentidos dados, mas procurar explicitar a relação entre integralidade e humanização.

## INTEGRALIDADE

O que é de fato a integralidade? Provavelmente, muitos fizeram essa pergunta esperando por uma resposta palpável e concreta, uma verdade absoluta a respeito do termo. Talvez, muitos se frustrem ou, ainda, utilizem dessa característica polissêmica do termo para criticar os autores que pesquisam acerca dessa questão.

O fato é que a integralidade é mais concreta do que qualquer “verdade absoluta”, e, por incrível que pareça, não é passível de abstração, como vários críticos insistem em afirmar. Ela pode ter, e tem, muitos sentidos possíveis, e é justamente essa gama de sentidos que a fortalece como princípio, imagem-objetivo, bandeira de luta, práticas.

As tentativas de se produzirem definições para o conceito de Integralidade se dão sob o risco de se reduzir sua potência de transformação das práticas em saúde<sup>1</sup>.

A integralidade fala de um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois se relaciona com um ideal de sociedade mais justa e solidária. E ainda alerta sobre os cuidados no que diz respeito à banalização do uso dessa expressão<sup>2</sup>.

Como exemplo de banalização, tem-se o jargão mais famoso e utilizado na área acadêmica quando se busca saber o que é a integralidade: “a integralidade é ver o indivíduo como um todo”. Dificilmente alguém, seja docente ou discente de um curso da área da saúde, não tenha ouvido tal sentido.

Sabe-se que a integralidade não significa totalidade, e o termo parte do pressuposto da complexidade do entendimento de saúde-doença. Sendo assim, é ingenuidade pensar que todos os anseios e necessidades do usuário possam ser saciados na sua totalidade<sup>3</sup>.

Uma das consequências da confusão de integralidade com totalidade é o risco de um grau de controle sem precedentes, uma medicalização integral<sup>4</sup>.

Toda e qualquer categoria profissional é limitada em dar conta de todas as necessidades evidenciadas nas situações de adoecimento. Refere-se a todas as profissões, uma vez que a integralidade é atributo de todas<sup>2</sup>.

Nessa lógica, a integralidade ocorre a partir dos profissionais de saúde frente aos usuários e se evidencia nas práticas. O entendimento da integralidade como valores coemergentes às práticas cotidianas, enfatizando que as práticas em saúde podem, ou não, apontar para integralidade, dependendo dos valores assumidos pelos profissionais<sup>1</sup>.

A integralidade surge como a “capacidade de profissionais e serviços de saúde interagirem com os usuários, produzindo um território comum”, que possibilita o diálogo entre esses sujeitos<sup>5</sup>.

A integralidade é um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde. Esse valor é expresso na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram. Nesse sentido, a integralidade não implica deixar de lado conhecimentos sobre as doenças, mas o uso prudente desse conhecimento sobre a doença, sobretudo guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos<sup>6</sup>.

Outro sentido de integralidade referido pelo autor supracitado<sup>6</sup> é que os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão amplia-

da das necessidades da população à qual atende. Aqui o termo é um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca da ampliação das possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.

Ainda destaca-se o sentido de integralidade como recusa, por parte dos que se engajam na formulação de uma política, em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem.

Nessa perspectiva, a integralidade talvez só se realize quando se procura estabelecer uma relação sujeito-sujeito nas práticas e nos serviços de saúde, nos debates sobre a organização dos serviços e nas discussões sobre as políticas<sup>6</sup>.

É inegável que a integralidade continua sendo um conceito em construção, sendo necessário um exercício teórico de formulação de uma definição operativa e temporal de integralidade, entendendo-a como modo de atuar democrático, de um saber fazer integrado, em um cuidar que está alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança<sup>7</sup>.

## HUMANIZAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM A INTEGRALIDADE

A humanização é um crescente movimento que aparece, à primeira vista, como busca de um ideal, uma vez que surge com distintas frentes de atividades. Com significados variados, tem representado uma síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre sujeitos<sup>8</sup>.

A humanização, como valor, aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica encontros entre subjetividades que, progressiva e simultaneamente, esclarecem e (re)constróem as necessidades de saúde, o que se entende por vida com qualidade e o modo moralmente aceitável de buscá-la<sup>9</sup>.

Em todas as décadas, muitos aspectos considerados “desumanizantes” relacionados a falhas no atendimento e nas condições de trabalho são apontados na literatura. Entre esses se encontram: as longas esperas e adiamentos de consultas e exames; ausência de regulamentos; normas e rotinas; deficiência de instalações e equipamentos; falhas na estrutura física. No que diz respeito à relação com

o doente, encontram-se o anonimato; a despersonalização; a falta de privacidade; a aglomeração; a falta de preparo psicológico e de informação; a falta de ética por parte de alguns profissionais. Em relação às condições de trabalho, apontam: os baixos salários; dificuldade na conciliação da vida familiar e profissional; jornada dupla ou tripla, ocasionando sobrecarga de atividades e cansaço; o contato constante com pessoas sob tensão, que gera um ambiente de trabalho desfavorável<sup>10</sup>.

A humanização emerge como necessidade no contexto da civilização, uma vez que o desenvolvimento tecnológico na sociedade atual vem dificultando as relações humanas, tornando-as frias, individualistas, calculistas e objetivas<sup>10</sup>.

Todos os sentidos de humanização supracitados possuem sua importância e significado. Esses aspectos multidimensionais da humanização requerem atenção e devem ser alinhados a princípios claramente estabelecidos e viáveis de serem concretizados na prática<sup>11</sup>.

Neste artigo, interessa-nos aprofundar a discussão da relação entre integralidade e humanização, mas, para isso, é importante retomar o sentido de humanização. Nessa perspectiva, é interessante citar o sentido de humanização elaborado por Zeni e Cutolo<sup>12</sup>, os quais utilizaram fontes e definições aplicadas isoladamente umas das outras, constituindo assim:

Atitudes menos reducionistas e fragmentárias, respeitando a integralidade que constitui um ser, recusando-se em reduzi-lo a um sistema ou estrutura biológica (...). A capacidade de responder ao sofrimento humano, que, nem sempre, será o sofrimento atribuído a uma doença (...). Postura de comprometimento – tudo aquilo que se faz a mais, ser colaborativo ao outro, alguém que se “sabe que pode contar” – e de responsabilização – saber o que tem que fazer, e fazer! Respeitando os que estão a sua volta, tornar-se responsável pelas suas ações e as consequências destas (...). Uma ação transversal, que rompa com fronteiras, não seja associada a um momento específico da ação, e sim, permeie entre todas as ações em saúde (...). Seja construída sobre a base de trocas de saberes, do diálogo (incluindo os dos paciente e seus familiares), respeitando e valorizando as necessidades sociais, os desejos e interesses de todos<sup>12</sup>.

Nessa definição, fica claro que a humanização se caracteriza por atitudes, por ações a serem desenvolvidas na relação com o outro e que, a partir dessas, garante-se uma abordagem mais integral.

Mas o que gera e garante atitudes e ações humanizadas?

Para se chegar a essa resposta, é imprescindível dar início retomando pressuposto referido por Cutolo<sup>3</sup>: toda ação em saúde baseia-se em uma concepção de saúde-doença. Por exemplo, uma concepção saúde-doença Biologicista (voltada para o biológico – unicausal) desencadeia ações voltadas para os determinantes biológicos, que, por sua vez, serão limitadas a esse aspecto.

Por outro lado, ao se pensar em uma concepção de saúde-doença a partir da Integralidade, todos os aspectos que influem sobre esse processo são considerados, ou seja, reconhece-se a determinação social, o condicionante ecológico-ambiental e o desencadeador biológico. Frente a isso, por centrar-se na pessoa enquanto biopsicossocial, considerando e respeitando as necessidades, geram-se e determinam-se ações humanizadas simplesmente.

Colocando essa temática em perspectiva, podem-se exemplificar ambas as visões a partir de um caso: ao pensar numa criança com febre devido a um quadro de amigdalite purulenta causado pela bactéria *Streptococcus aureus*.

O profissional de saúde com a concepção biológica considerará que essa bactéria é sensível à penicilina e, como seu foco está no agente causador, sua conduta se baseará em receitar um antibiótico à base de penicilina.

Tendo em vista a mesma situação, mas considerando um profissional com a concepção a partir da integralidade, não haverá a exclusão da visão biológica, mas serão acrescidas as condições psicológicas, ambientais e sociais envolvidas. Dessa forma, a ação do profissional frente ao quadro não se limitará a receitar uma medicação, mas se ampliará no acolhimento, na escuta, no vínculo e na relação estabelecida.

A grande diferença entre uma concepção e outra não está no diagnóstico e tratamento em si, pois no caso em questão trata-se de uma amigdalite purulenta, sendo o fator patogênico combatido por meio de penicilina, mas nas atitudes do profissional frente aos fatores que não são biológicos.

Ao analisar mais profundamente esse atendimento, pode-se descrever o profissional da concepção biológica abordando, a fim de fechar o diagnóstico, os seguintes fatores: fator patogênico – identificando a bactéria; tratamento – selecionando a medicação (resistência da bactéria, fatores alérgicos do paciente, disponibilidade da medicação no serviço).

Já o profissional com a concepção da integralidade, destacaria os seguintes fatores: fator patogênico – identificando a bactéria; tratamento – selecionando a medicação (resistência da bactéria, fatores alérgicos do paciente, disponibilidade da medicação no serviço); fatores psicológicos – estado emocional do paciente e seus familiares; fatores sociais – acesso à medicação e a serviços de saúde, saneamento básico e condições de vida; fatores ambientais – manejo da situação frente ao estar doente.

Como se pode notar, a segunda concepção não exclui a primeira, mas a complementa com os outros fatores e gera atitudes humanizadas. Ao contrário, na primeira concepção, a redução do humano à condição biológica inviabiliza a produção de uma atitude humanizada e, por sua vez, a garantia da integralidade.

Essa redução do humano à condição biológica é quase que programaticamente oposta às ideias que podem ser agregadas aos saberes e práticas de integralidade<sup>4</sup>.

No que diz respeito à integralidade, seu sentido parte de uma concepção ampliada de saúde, com a compreensão do indivíduo biopsicossocial, que é dispositivo de oferta integrada de serviços de promoção, proteção de saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde. Porém, o mesmo autor enfatiza que o sentido nuclear e primordial desse termo é o reconhecimento da necessidade do outro<sup>3</sup>.

Sendo assim, o reconhecimento da necessidade do outro a partir da integralidade desencadeia atitudes e ações humanizadas. Portanto, pode-se inferir que a humanização é consequência da aplicação do princípio da integralidade.

Integralidade implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo do cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividade devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano<sup>13</sup>.

Cabe dizer que as atitudes humanizadas são intrínsecas à integralidade. Tendo em vista a integralidade como um processo, as ações e atitudes humanizadas entram como um produto gerado neste e pelo processo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade e humanização são temas atuais e têm ocupado espaço nas discussões e publicações na área da saúde.

O objetivo desse artigo não foi analisar minuciosamente os diversos sentidos atribuídos aos termos, ou até mesmo julgar quais são mais aplicáveis. Procurou-se apontar para uma relação íntima entre os termos, tanto em um nível semântico quanto no que se refere às práticas em saúde.

Em linhas gerais, sabe-se que a integralidade, como imagem-objetivo, traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras, que têm em comum a superação da realidade atu-

al, que, por sua vez, desejamos transformar<sup>6</sup>.

Nesse contexto, a realidade atual tem evidenciado: atitudes e ações fragmentadas; redução do humano à condição estritamente biológica; total desarranjo e desarticulação dos serviços e atendimentos em saúde; perda das noções e entendimento sobre o cuidado em saúde e, até mesmo, sobre a essência humana. A transformação dessa realidade depende de atitudes humanizadas, que, por sua vez, só serão desencadeadas a partir de uma visão integral.

Portanto, a humanização é intrínseca à integralidade. Ou seja, só se produzem ações humanizadas em saúde a partir de uma concepção ampliada e integral do processo saúde-doença, pois toda ação em saúde parte de uma concepção de saúde.

Dessa forma, o grande desafio está em mudar a forma de ver e pensar a saúde e a doença, sem perder de vista a imagem-objetivo, pela qual, sem dúvida, vale a pena lutar.

## REFERÊNCIAS

1. Bonaldi C, Gomes RF, Louzada APF, Pinheiro R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); 2007. p. 53-72.
2. Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS / ABRASCO; 2006.
3. Cutulo LRA, Verdi MIM, Ros MAD. Atenção Primária da Saúde, Atenção Básica da Saúde e a Estratégia Saúde da Família. 2011 [acesso 22 Feb 2012]. Disponível em: <http://repositorio.unasus.ufsc.br/handle/unasus/125>
4. Camargo Jr KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS / ABRASCO; 2003.
5. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ / ABRASCO; 2006.
6. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1411-6.
7. Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2003.
8. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad Saúde Pública. 2004 Out [acesso 10 Mar 2012];20(5). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500029&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500029&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
9. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2004;(14):73-91.
10. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem. 2005 Fev [acesso 11 Mar 2012];13(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000100017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017&lng=pt&nrm=iso)
11. Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. Rev Esc Enferm. 2004;38(1):13-20.
12. Zeni P, Cutulo LRA. Abordagem da humanização na formação acadêmica dos cursos de graduação da área da saúde da UNOCHAPECÓ – Avaliação dos Planos Pedagógicos de Cursos. Rev Saúde Transf Soc. 2011;2(1):88-95.
13. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc Saúde Colet. 2003;8(2):569-584.

Recebido em: 02 de abril de 2012

Versão atualizada em: 09 de maio de 2012

Aprovado em: 22 de maio de 2012