

Sobre humanismo e humanização de cuidados à pessoa idosa¹

Maria Cecília de Souza Minayo

RESUMO: Este artigo problematiza o conceito de humanismo e de humanização, em geral, e quando aplicado aos serviços ofertados à população idosa. É um texto teórico e crítico que toma para análise apenas o caso das instituições e dos profissionais que oferecem assistência social e de saúde. Para isso, a autora problematiza o conceito tal qual como foi usado na Antiguidade, sua expressão na Modernidade e enfatiza o seu sentido nesse período pós-industrial. O artigo faz a crítica à simplificação do conceito.

Palavras-chave: humanização; humanismo; pessoa idosa.

ABSTRACT: *This article discusses the concepts of humanism and humanization in general and when they are applied to services offered to the elderly. It is a theoretical and critical text that analyzes the institutions and the professionals that offer social and health assistance to the elderly. For this purpose, the author presents the concepts as they were adopted in Antiquity, their expression in Modernity, and emphasizes their meanings in the Post-Industrial period. The article criticizes the over-simplification of the two concepts.*

Keywords: *humanization; humanism; elderly people.*

¹ Este texto foi apresentado originalmente numa mesa de exposição e debate sobre o tema da “Humanização dos Cuidados à Pessoa Idosa” em Brasília, na 2ª Conferência Regional América Latina e Caribe sobre Envelhecimento – Madri + 5, que aconteceu nos dias 4 a 6 de dezembro de 2007. Evento que reuniu 46 países para avaliação das ações estratégicas adotadas pelos países para implementar as políticas públicas da área do envelhecimento e os resultados alcançados após a criação do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento, discutidos na Espanha, em 2002, por 160 países.

Introdução

O humanismo é uma postura de vida democrática e ética que afirma que os seres humanos têm o direito e a responsabilidade de dar sentido e forma às suas próprias vidas. Defende a construção de uma sociedade mais humana através de uma ética baseada em valores humanos e outros valores naturais, dentro do espírito da razão e do livre-pensamento, com base nas capacidades humanas

(IHEU, *Minimum statement on humanism*, 2007)

Este artigo problematiza o conceito de humanismo e de humanização, em geral, e quando aplicado aos serviços ofertados à população idosa. É um texto teórico e crítico que toma para análise apenas o caso das instituições e dos profissionais que oferecem assistência social e de saúde a esse grupo social.

Segundo a epígrafe acima, humanismo constitui uma postura de vida que ultrapassa o âmbito profissional e entra na esfera da profunda compreensão ética e hermenêutica (Gadamer, 1999) do Outro. Por isso, resumidamente humanismo significa: (a) acreditar na *intersubjetividade*: quer dizer que estamos sempre em relação uns com os outros e todos somos semelhantes; (b) exercitar a *compreensão*: significa que, para atingir o mundo do vivido do outro, no caso do idoso, temos que entender a sua situação, as suas histórias e a sua realidade social como significativas; (c) aceitar a *racionalidade e intencionalidade do outro*: o mundo social do idoso é constituído por ações e interações que obedecem a usos, costumes e regras e dizem respeito a meios, fins e resultados. Como qualquer outro ser humano, o idoso tem intencionalidade e capacidade de planejar sua vida, a não ser em casos extremos de dependência física e mental.

As perguntas centrais deste texto são: é possível humanizar o ser humano? É possível humanizar as técnicas? É possível instituir a ética da intersubjetividade singular nas relações e aplicá-las a um grupo social ao mesmo tempo tão importante e tão frágil?

Falar em humanização dos cuidados aos idosos é retomar uma longa tradição ocidental de pensar o lugar do ser humano no mundo e nas inter-relações com seus semelhantes na esfera social e, portanto,

também de saúde, dentro de uma ética de solidariedade. A preocupação com a humanização realça a liberdade do indivíduo idoso, o respeito a sua razão e as suas emoções, as oportunidades que deve ter e os seus direitos. Antes de mais nada, a humanização compreende o reconhecimento da própria responsabilidade do idoso com sua vida.

O tema da humanização não é novo, tomou o tempo e a reflexão dos filósofos da Antiguidade, constituindo sempre uma espécie de paradoxo: *o ser humano precisa ser humanizado?* Esse pensamento central tem atravessado toda a história e sempre que é retomado por determinadas circunstâncias – como é o caso atual do setor saúde no Brasil e, por extensão, de vários setores sociais; há sempre os que julgam ser uma redundância falar no assunto.

O Iluminismo, já no século XVIII, consagrou as principais idéias do humanismo e da humanização na Declaração Universal dos Direitos Humanos: definiu os direitos dos indivíduos e dos cidadãos e erigiu a liberdade, a fraternidade e a igualdade como ideais e metas da civilização. Esse legado precioso e fundamental foi transformado num conjunto de proposições que se transformou em princípios da cultura ocidental: o primado da razão; a educação formal para todos; o progresso cultural e tecnológico; o banimento da associação entre igreja e estado; a inviolabilidade dos indivíduos; a liberdade de expressão; a justiça; a filantropia e a tolerância.

Toda a história de desenvolvimento desse conceito visou a colocar o “ser humano” no centro da história, contrapondo-se aos movimentos religiosos que consideravam ou ainda consideram Deus como o motor dos acontecimentos sociais.

A etapa pós-industrial do desenvolvimento capitalista trouxe novas questões para o sentido histórico do conceito de *humanismo* e de *humanização*. Hoje, as mudanças velozes em todas as áreas de conhecimento e de desenvolvimento tecnológico que, concomitantemente, produzem transformações nos modos de vida e de pensamento, mostram que o grande problema do humanismo não é mais colocar o *ser humano no centro em lugar das divindades* e nem de *entronizar a razão*. Pelo contrário, os pensadores de hoje fazem uma crítica da modernidade mostrando

que a radicalização dos conceitos iluministas levou ao antropocentrismo, ao absolutismo da ciência e da técnica e ao menosprezo da *subjetividade* e das *emoções*. A visão da ciência cindindo a realidade para dominá-la passou a influenciar a cultura e a vida social. Portanto, diferentemente das etapas históricas anteriores, o *humanismo* e a *humanização* que se deseja para o século XXI são os que restituem o ser humano ao seu lugar solidário com a natureza e com outras relevâncias da vida como a harmonia entre a razão e os sentimentos.

Neste artigo busca-se responder a duas perguntas: (1) É possível humanizar as instituições que atendem aos idosos? (2) É possível exercer a intersubjetividade e a compreensão hermenêutica no cuidado da pessoa idosa?

É possível humanizar as instituições que atendem aos idosos?

Na área da saúde e dos serviços sociais, atualmente, os termos *humanismo* e *humanização* entraram para a pauta de prioridades em forma de políticas, propostas, debates e pesquisas. E essa inflexão prática significa *um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações*. Recentemente, a *Revista Ciência & Saúde Coletiva* organizou um número temático problematizando essa questão, tendo como editores convidados Deslandes e Ayres (2005). Esse estudo se inicia fazendo um debate filosófico sobre os conceitos aqui em pauta (Alessandrowics e Minayo, 2005) e depois apresenta pesquisas e revisões sobre experiências em andamento. No ano de 2006, uma coletânea também organizada por Deslandes (2006) tratou de aprofundar mais ainda a reflexão hoje travada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Muitas explicações poderiam ser dadas para adoção desse tema como prioritário. Parece plausível que, no caso do setor saúde – e não deve ser muito diferente nas outras áreas de oferta de serviços públicos e sociais, embora no setor saúde os problemas estejam magnificados –, as principais razões se devam a problemas diagnosticados já nos anos 1970 por Boltanski (1979) em sua obra *As classes sociais e o corpo*. Para

esse autor, as atividades da medicina se equilibram numa tripla ética: (1) a do cuidado desinteressado ao enfermo, o que tem suas origens na visão de caridade e nos sentimentos religiosos com que os temas da saúde e da doença eram e ainda são tratados; (2) a da pesquisa científica, que pensa o corpo humano como objeto de estudo; e, não menos importante (3) a do negócio, uma vez que o ato médico e todos os dispositivos que giram em torno dele são processos de elevadíssimo valor agregado, na maioria das vezes submetidos às leis do mercado. O diagnóstico desse autor é que a balança do setor saúde sempre pende para um desses três lados e, neste momento histórico, está fortemente inclinada para os interesses econômicos e de investigação. Esses dois últimos se somam, exigindo que haja uma retomada do sentido solidário das profissões de saúde, o que quase sempre é tratado por termos como “integralidade da atenção”, “ética dos serviços” e “humanização”.

É de conhecimento geral que a ética do *cuidado* e a *dinâmica interpessoal* nas sociedades capitalistas contemporâneas, tanto no que concerne ao setor saúde como em outros serviços de atenção às pessoas – principalmente às pessoas idosas –, é muito frágil. Cada vez mais, o “humano” é subsumido aos outros dois valores descritos por Boltanski (1979): ao da pesquisa e ao império do dinheiro, o que é traduzido por Forrester como “O horror econômico”.

O segundo ângulo da tripla ética, o campo da *ciência e tecnologia*, em todo o mundo, se tornou um dos mais importantes fatores produtivos da era industrial e, sobretudo, do universo pós-industrial, configurando um *locus* de altíssima realização de negócios e de lucros. Existe uma elevada produtividade específica da área de serviços e cuidados, cada vez mais sofisticada, que se aplica aos equipamentos e produtos. Sobretudo os produtos farmacêuticos movimentam hoje poderosos complexos industriais, de serviços e financeiros.

Não se pode, pois, desconhecer o alto valor agregado pelos avanços da biomedicina e a seus desdobramentos na genética e nas biotecnologias para os serviços voltados ao cuidado do envelhecimento. Todo o campo da saúde e dos serviços aos idosos hoje se constitui de objetos e artefatos que criam vida própria e canalizam interesses

econômicos. Esses interesses são independentes e até autônomos em relação às aspirações, desejos, projetos e vontades das pessoas que, com suas doenças e sofrimentos, oferecem matéria-prima para perguntas e respostas aos cientistas, propiciando-lhes experimentos e criações de segunda ordem.

O mundo dos *negócios de serviços de saúde e de assistência* tem algumas especificidades e segmentações. Em primeiro lugar, existe o nicho que serve às pessoas idosas abastadas, escolhe e remunera os mais renomados especialistas e equipamentos, alimentando uma pequena elite de profissionais e instituições de altíssimo padrão tecnológico. Nesse grupo, cultiva-se uma atitude bastante “reverencial” voltada para o cliente, embora a distância do saber médico e de qualquer outra especialidade seja mantida, reproduzindo-se assim as dificuldades da intersubjetividade na relação.

Um segundo espaço é ocupado pela medicina de grupo ou individual por meio dos planos e contratos de saúde em que o conceito de sujeito é totalmente precário. O *sujeito* é o cliente pagante que é enquadrado quanto ao acesso aos serviços, aos profissionais e aos equipamentos, de acordo com suas posses. As contratantes geralmente são empresas lucrativas do próprio setor ou até de bancos comerciais, onde há uma clara dissociação entre as necessidades e a oferta de serviços, uma vez que a pré-condição desses dispositivos é que o sujeito adira abstratamente a um “plano”.

Quando o cliente idoso se torna doente e precisa de atendimento, em lugar de um cuidado humanizado (quer dizer, cuidado pessoal e atenção ao ser humano em sua plenitude) e de acordo com suas necessidades, ele e sua família são confrontados, antes de qualquer intervenção, com custos e restrições. Embora na primeira alternativa, citada acima, a saúde ou os serviços sociais sejam concebidos como um negócio, nesse último caso o sentido mercantilista nunca foi tão evidente e escancarado. Basta dizer que hoje, no país, os campeões de reclamação nos processos de defesa do consumidor são os planos de saúde.

O terceiro espaço é o da saúde pública, da medicina pública e dos equipamentos públicos: em tal universo não serve a lógica do valor

de troca. No entanto, aí a situação dos cidadãos é ainda mais difícil, embora, ideal e hipoteticamente, todos os cidadãos idosos tenham direito a acesso universal e os governos invistam na contratação de bons profissionais e de equipamentos apropriados, visando a oferecer serviços de acesso universal com qualidade.

A realidade, no entanto, é bastante diferente, restritiva e cheia de pré-condições: nunca o atendimento é universal na realidade, por causa do excesso de pessoas que buscam os serviços; existe descontinuidade nos tratamentos, o que é fatal para uma população que possui, quase sempre, enfermidades crônicas e degenerativas; e a impessoalidade é a tônica das relações. O que todo brasileiro idoso vê, ouve e experimenta, cotidianamente, é que ele faz parte de uma demanda considerada excessiva e escassamente atendida. No caso da saúde, isso ocorre quanto aos serviços ofertados de leitos hospitalares, de atendimentos ambulatoriais, emergenciais, domiciliares e aos procedimentos cirúrgicos.

No caso dos serviços sociais, geralmente, pequena parcela consegue ser atendida e assim mesmo de forma precária, dependendo, para sua continuidade, da consciência e da boa vontade das autoridades de plantão. No caso dos serviços previdenciários, as queixas são ainda maiores, pois faltam presteza, clareza – e até compaixão – no atendimento prestado. Cria-se, assim, um imenso descalabro entre a proposta constitucional de universalização, os direitos consagrados do Estatuto do Idoso e a realidade vivenciada por eles, particularmente pelos mais dependentes de cuidados e mais pobres economicamente. Em tais circunstâncias, falar da humanização das relações e dos cuidados à pessoa idosa soa como impropriedade absoluta.

Não se pode deixar de ressaltar que existem pré-requisitos estruturais para a humanização do cuidado e é a partir deles que se torna possível mobilizar as subjetividades dos profissionais e dos usuários. Ou seja, o mesmo serviço público que não consegue resolver os problemas concretos que os idosos lhes apresentam também promove políticas e programas voltados a assegurar seus direitos. E isso é importante, pois a existência da lei é o imperativo que pode ser invocado pelos operadores e pelos idosos.

Assim, entende-se que a lei, sua aplicação prática e, quando necessário, o acionamento dos operadores do direito pelo próprio idoso ou por seus familiares devam estar sempre de mãos dadas na construção da humanização. É pena que a maioria dos idosos que precisa dos serviços públicos e os procura, tenha pouca autonomia política, econômica, física e social para mudar a situação. Portanto, e esse ponto é fundamental, é ingênuo falar de um movimento de humanização da atenção aos idosos apoiado apenas na boa vontade e na consciência dos técnicos dos setores que lhes prestam serviços, sem envolver as instituições que condicionam sua ação.

É possível exercer a intersubjetividade e a compreensão hermenêutica no cuidado da pessoa idosa?

Volta-se ao mundo dos sujeitos e das relações. Este é o segundo ponto desta reflexão. Os profissionais e técnicos que atuam nos serviços são fundamentais para o processo de humanização. Embora deva-se lembrar que seria uma ingenuidade crer que eles, por si sós, sejam capazes de transformar o complexo mundo dos interesses que rondam o setor de serviços sociais e de saúde.

A importância dos profissionais e técnicos nesse movimento precisa ser vista sob alguns requisitos: (a) que sejam capazes de realizar uma crítica ao pseudo-objetivismo das técnicas; (b) que dêem relevância à intersubjetividade como constitutiva e estruturante do ser social e inerente ao âmbito da autocompreensão objetiva; (c) que focalizem os cuidados que oferecem tendo em mente a experiência humana dos idosos e o reconhecimento de que a realidade que vivenciam é complexa e desafiadora; (d) que compreendam essas pessoas nos seus próprios contextos biográficos e sociais; (e) que dêem ênfase à produção da “verdade” dessas pessoas; (f) que privilegiem a empatia nos contatos e o encontro face a face.

Alguns profissionais de saúde e de assistência, apesar de tudo e de todos, das dificuldades financeiras e estruturais, do pouco tempo e do muito trabalho, cultivam uma ética do cuidado pleno e, como diria

o grande sociólogo Weber, encaram e encarnam seu trabalho como vocação. Esses admiráveis servidores (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, atendentes, dentre outros), são o gérmen e a semente dos pensamentos, dos sentimentos e das ações portadoras das transformações humanizadoras.

Portanto, a mensagem deste texto é de que muito vale a postura humanizadora deles, pois vão em busca das mudanças possíveis. Eles são a chave para intervenções específicas que se contraponham às atitudes apenas tecnicistas, na medida em que estabelecem relações intersubjetivas em que *o outro é inteiro, pleno e integral*. Acredita-se nesse caminho de possibilidades.

Porém, o louvor e o reconhecimento ao *humanismo* desses admiráveis técnicos e profissionais têm um condicionante: o de que todo o esforço de humanização, para ser verdadeiro e abrangente, precisa incluir a totalidade do universo em que os cuidados são produzidos: os idosos como sujeitos, os produtores da assistência em interação com eles, as instituições e todos os aparatos de produção de serviços, suas representações e seus atos. Não se pode alimentar uma visão ingênua e voluntarista do profissional “herói”. Alguns discursos que falam da humanização da oferta de cuidados de forma não contextualizada podem ser considerados uma ideologia fraca.

Considerações finais

Em síntese e fechando este ensaio, se fosse o caso de responder à uma única pergunta em relação à postura humanística dos técnicos, profissionais e cuidadores de idosos, poder-se-ia dizer-lhes que sua contribuição deveria ser marcada por uma intrínseca adesão à unicidade do sujeito; pelo caráter relacional que se expressa na intersubjetividade; por sua capacidade de criar solidariedade; e por sua defesa da universalidade dos direitos individuais e do direito a ver respeitada a lógica desse grupo social tão importante no ciclo da vida brasileira. Mas eles têm uma tarefa a mais: denunciar e criticar o tecnicismo, o mercantilismo e a impessoalidade das instituições.

Referências

- ALESSANDROWICS, A. M. C. e MINAYO, M. C. S. (2005). Humanismo, liberdade e necessidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, pp. 310-326.
- BOLTANSKI, L. (1979). *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, Graal.
- DESLANDES, S. F. e AYRES, J. R. (eds.) (2005). Humanização e produção de cuidados em saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, pp. 310-790.
- DESLANDES, S. F. (org) (2006). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- FORRESTER, V. (1999). *O horror econômico*. São Paulo, Editora da Unesp.
- GADAMER, H.G. (1999). *Verdade e método*. Petrópolis, RJ, Vozes.
- INTERNATIONAL HUMANIST AND ETHICAL UNION (IHEU) (2007). *Minimum statement on humanism*. Disponível em www.iheu.org Capturado em 10/11/2007.

Data de recebimento: 15/7/2008; Data de aceite: 11/8/2008.

Maria Cecília de Souza Minayo – Professora titular da Fundação Oswaldo Cruz, socióloga, antropóloga e doutora em saúde pública. E-mail: cecilia@claves.fiocruz.br