



CAPÍTULO 01

DOI: <https://doi.org/10.58871/CONSAMU24.C1>

POLÍTICAS PÚBLICAS DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER SOB A ÓTICA DA TEORIA DE PATERSON E ZDERAD

PUBLIC POLICIES FOR HUMANIZING WOMEN'S HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF PATERSON AND ZDERAD'S THEORY

THAYLLA PEREIRA DOS SANTOS

Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

SABRINA DE ALMEIDA SILVA

Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

FERNANDA LUCIANO RODRIGUES

Professora Doutora da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

EDIRLEI MACHADO DOS SANTOS

Professor Doutor na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

RESUMO

Objetivo. Desenvolver uma reflexão teórica acerca das políticas de humanização em saúde da mulher a partir da teoria de Enfermagem Humanística de Josephine Paterson e Loretta Zderad. **Metodologia.** Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo com aporte teórico da teoria de Enfermagem Humanística e a problematização da teoria das políticas públicas de humanização em saúde da mulher e a assistência na prática. **Resultados e Discussão.** Para o desenvolvimento dessa reflexão-teórica estruturou-se três eixos reflexivos que propuseram discutir a Humanização em Saúde da mulher e seu contexto histórico-social; as políticas públicas em saúde mulher e a prática da assistência mecanizada e a teoria de Paterson e Zderad mediante a aplicabilidade humanística no contexto da assistência em saúde da mulher. As fragilidades na assistência à saúde da mulher são multifacetadas e impactam diretamente na saúde das mesmas, entre as principais preocupações evidencia-se a falta de acesso a cuidados básicos, a disparidade na qualidade dos serviços de saúde, a escassez de informações sobre saúde reprodutiva e a persistência de estigmas sociais, com isso ressalta-se a importância do processo de trabalho do profissional de enfermagem, que contribui para uma experiência de cuidado mais centrada na pessoa e alinhada com as necessidades físicas e emocionais específicas das mulheres, assim como já propunha em Paterson e Zderad. Assim, a assistência da saúde da mulher deve ir além das técnicas puramente técnicas, abrangendo uma abordagem holística que respeita a individualidade e as necessidades específicas das mulheres ao longo de suas vidas. **Considerações finais.** Faz-se necessário que a teoria torne-se prática assistencial humanizada através de estratégias como a melhoria da formação dos profissionais de saúde, a capacitação e atualização efetiva dos profissionais que já estão atuando, além de medidas que visem ressignificar a impunidade das ações e a humanização das condições de trabalho.



Palavras-chave: humanização da assistência; política pública; saúde da mulher; teoria de enfermagem.

ABSTRACT

Objective. To develop a theoretical reflection on humanization policies in women's health based on the Humanistic Nursing theory of Josephine Paterson and Loretta Zderad. **Methodology.** This is a theoretical-reflective essay with theoretical support from the theory of Humanistic Nursing and the problematization of the theory of public policies for humanizing women's health and care in practice. **Results and Discussion.** To develop the theoretical reflection, three reflective axes were structured to discuss humanization in women's health and its historical and social context; public policies in women's health and the practice of mechanized care and the theory of Paterson and Zderad through humanistic applicability in the context of women's health care. The weaknesses in women's health care are multifaceted and have a direct impact on women's health. Among the main concerns are the lack of access to basic care, the disparity in the quality of health services, the scarcity of information on reproductive health and the persistence of social stigmas, thus highlighting the importance of the nursing professional's work process, which contributes to a more person-centered care experience aligned with women's specific physical and emotional needs, as proposed by Paterson and Zderad. Thus, women's health care must go beyond purely technical techniques, encompassing a holistic approach that respects the individuality and specific needs of women throughout their lives. **Final considerations.** It is necessary for theory to become humanized care practice through strategies such as improving the training of health professionals, effective training and updating of professionals who are already working, as well as measures aimed at resignifying the impunity of actions and humanizing working conditions. **Keywords:** humanization of assistance; public policy; women's health; nursing theory.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) os princípios de humanização consistem basicamente em transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia. A transversalidade consiste na integração de princípios e diretrizes em busca de superar barreiras setoriais e hierárquicas, promovendo uma abordagem holística e integrada (Brasil, 2013) o que deveria transcender os estereótipos e considerar a individualidade de cada paciente assim como propõem um dos pressupostos da teoria humanística de Paterson e Zderad.

Nesse contexto, o princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão busca a interdependência entre o cuidado assistencial e as práticas de gestão em saúde (Brasil, 2013), isso significa que a atenção à saúde e gestão devem caminhar juntas, de forma integrada, visando uma abordagem mais humanizada e eficiente nos serviços de saúde, superando a dicotomia tradicional entre cuidado ao paciente e as atividades administrativas, que não condiz com a realidade se não forem agregadas em uma abordagem única, centrada no usuário do serviço de saúde.



O protagonismo, corresponsabilidade e autonomia como princípio da PNH destaca a importância de envolver ativamente os usuários, profissionais de saúde e gestores no processo de cuidado e gestão (Brasil, 2013), o que deve reconhecer a capacidade dos usuários em participar ativamente das suas decisões de saúde, promovendo corresponsabilidade e permitindo maior autonomia, em teoria esse princípio fortaleceria a democracia na saúde, dando voz aos diferentes atores envolvidos, promovendo uma abordagem mais participativa e colaborativa na assistência, porém no contexto realístico da prática assistencial isso não é o que de fato ocorre, na maioria dos serviços de saúde essa fragilidade é evidente.

Dados sobre violência obstétrica no Brasil revelam que 1 a cada 4 (25%) mulheres já sofreram violência obstétrica durante a assistência ao parto no Brasil (Trajano; Barreto, 2021) dado que ao analisarmos o conceito de violência obstétrica como sendo qualquer tipo de violência sexual, física, psíquica e verbal, além da negligência, discriminação e/ou as condutas intervencionistas desnecessárias em qualquer período da gestação (OMS, 2002) nos remetemos ainda a falta de humanização em saúde da mulher, uma vez que os números e a mídia tem nos mostrado cada vez mais, que infelizmente a violência obstétrica ainda persiste mesmo com a existência de lei e até mesmo punições já garantidas.

No entanto, ressalta-se que apesar das políticas públicas existentes para combater a violência obstétrica e promover a humanização na saúde da mulher, a realidade muitas vezes distancia-se desses ideais. O não cumprimento efetivo dessas diretrizes reflete a lacuna entre a teoria normativa e a prática clínica e a falta de fiscalização e monitoramento adequado permite que práticas desumanizadas persistam nos ambientes de saúde, comprometendo a integridade física e emocional de diversas mulheres brasileiras.

Para isso, é necessário debruçar-se sobre os preceitos da teoria de Enfermagem Humanística criada pelas enfermeiras Josephine Paterson e Loretta Zderad, onde a compreensão e atendimento das necessidades humanas são pressupostos essenciais para que a humanização seja de fato humanização, considerando a pessoa como um todo. Nesse contexto, quando aplicada à saúde da mulher, a humanização torna-se crucial para garantir um cuidado sensível e respeitoso, o que possibilita o reconhecimento das experiências únicas das mulheres, valorizando suas escolhas e promovendo uma comunicação empática respeitando a autonomia das mulheres em todas as fases do ciclo de vida (Paterson; Zderad, 1976).

Diante disso, este estudo buscou desenvolver uma reflexão teórica acerca das políticas de humanização em saúde da mulher a partir da teoria de Enfermagem Humanística de Josephine Paterson e Loretta Zderad.



2 METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo com aporte teórico da Teoria de Enfermagem Humanística (Paterson; Zderad, 1976) e a problematização da teoria das políticas públicas de humanização em saúde da mulher e a assistência na prática. O ensaio teórico-reflexivo caracteriza-se pela sua natureza reflexiva e interpretativa, com base em um referencial de embasamento teórico visando estabelecer uma relação (Meneghetti, 2011).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o desenvolvimento dessa reflexão-teórica foram estruturados três eixos reflexivos que propuseram discutir a Humanização em Saúde da mulher e seu contexto histórico-social; as políticas públicas em saúde mulher e a prática da assistência mecanizada e a teoria de Paterson e Zderad mediante a aplicabilidade humanística no contexto da assistência em saúde da mulher.

Humanização em Saúde da mulher: contexto histórico-social

Mesmo diante das fragilidades da assistência à saúde da mulher na atualidade, é possível observar uma evolução nas práticas assistenciais, as abordagens vêm superando as normas sociais restritivas que marginalizam os aspectos fundamentais à saúde feminina. Com o movimento feminista, houve avanços notáveis na conscientização e na defesa por direitos reprodutivos (Pedro; Wolff; Silva, 2022; Rivera; Scarcelli, 2021). Porém, os desafios ainda persistem, principalmente no que se refere aos estigmas de gênero e a autonomia da mulher (Rivera; Scarcelli, 2021).

As mulheres representam a maioria da população brasileira, no entanto com cerca 5 milhões de mulheres a mais na população (IBGE, 2020) o país ainda enfrenta desigualdade de gênero no acesso aos serviços de saúde (Cobo; Cruz; Dick, 2021) e necessidades ainda não atendidas em diversas localidades, mesmo com programas, políticas, documentos, declarações e legislações que asseguram a prática humanizada em saúde da mulher, ainda nota-se a prática inexistente.

As fragilidades na assistência à saúde da mulher são multifacetadas e impactam diretamente na saúde das mesmas, entre as principais preocupações evidencia-se a falta de acesso a cuidados básicos, a disparidade na qualidade dos serviços de saúde, a escassez de



informações sobre saúde reprodutiva e a persistência de estigmas sociais. Além disso, a insuficiente abordagem de questões específicas, como a saúde mental durante a gravidez e pós-parto, contribui para lacunas significativas na assistência (Coelho *et al.*, 2009). A necessidade de investimentos em educação, prevenção e políticas públicas efetivas é crucial para superar essas fragilidades e promover uma assistência à saúde da mulher mais abrangente e inclusiva.

Desde 1970 as leis e programas de atenção materno-infantil vem sendo consolidadas, lado-a-lado com as políticas públicas do desenvolvimento do Sistema único de Saúde, inserindo as políticas de de apoio a humanização em sua formulação a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PAISM (Brasil, 2004) e a Rede Cegonha abrange os pressupostos da Integralidade, assim como a PNH, porém como já mencionado necessita-se de ações concretas para implementar e garantir a aderência às políticas existentes, assegurando que os direitos das gestantes sejam respeitados e que a saúde da mulher seja garantida com dignidade e cuidado.

A humanização em saúde da mulher também envolve o apoio emocional, reconhecendo a importância desses momentos como planejamento familiar, parto e puerpério na vida das mulheres. O profissional de enfermagem, ao adotar essa abordagem, contribui para uma experiência de cuidado mais centrada na pessoa e alinhada com as necessidades físicas e emocionais específicas das mulheres, assim como já propunha em Paterson e Zderad.

Políticas públicas em saúde da mulher: a assistência mecanizada

A construção de políticas públicas em saúde da mulher é um processo complexo que deveria ser contínuo, adaptativo e colaborativo, visando constantemente a melhoria da qualidade de vida e saúde desse grupo específico, atendendo às necessidades específicas de determinado grupo populacional (Souto; Moreira, 2021). Porém, como atualmente (e desde sempre) as práticas de cuidado dirigidas à saúde da mulher são orientadas pelo modelo biomédico, que nem sempre considera as especificidades femininas, especialmente aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva em seu sentido mais amplo.

A equipe multiprofissional às vezes até reconhece que desigualdades de classe e de gênero permeiam as práticas cotidianas no serviço e que a organização das práticas não atende ao mínimo requerido no modelo clínico, negando-se inclusive o atendimento no nível da queixa imediata a que tal modelo se propõe na medida em que há assimetria entre oferta e demanda.



2° CONSAMU 14, 15 e 16 de Junho

REALIZAÇÃO:



APOIO:



Sabe-se que a preocupação com a organização das práticas em seus aspectos mais técnicos se sobrepõe frente às reflexões e discussões em que os profissionais reconhecem o seu papel na promoção de saúde das mulheres de modo efetivo para abrir caminhos ao empoderamento e humanização, por isso a assistência em saúde da mulher acaba sendo meramente técnica (Coelho *et al.*, 2009) e os profissionais (muitas vezes por comodismo) não mobilizam seu potencial de organização coletiva para a mudança .

Nesse sentido, é necessário o redirecionamento das práticas em saúde da mulher de modo que sejam dadas respostas ágeis e mais resolutivas segundo os princípios da política de atenção integral à saúde da mulher. A escuta, a responsabilização e a criação de vínculos com a inserção da abordagem de gênero oferecem à mulher possibilidades de serem sujeitas e devem fazer parte de um projeto de reorganização das práticas direcionadas pela integralidade do cuidado.

A violência obstétrica é o alicerce motivador como questão crítica da realidade que destaca a necessidade urgente de humanização na assistência à saúde da mulher durante a gestação, parto e pós-parto uma vez que esse fenômeno abrange práticas desrespeitosas, como a falta de informação, intervenções desnecessárias e tratamento inadequado por profissionais de saúde com práticas abusivas e violentas que ainda ocorrem no contexto que deveria ser do cuidado, refletindo a falta de humanização no cuidado à saúde da mulher.

Aliado a isso, a ausência de empatia e comunicação efetiva durante o período perinatal pode gerar consequências físicas e emocionais significativas, prejudicando a experiência da gestante e impactando negativamente sua saúde mental. Então, é de suma importância promover uma abordagem mais compassiva e centrada na mulher, respeitando seus direitos e garantindo um ambiente seguro e acolhedor durante o processo de gestação e parto, assim como os pressupostos de Enfermagem Humanística.

A humanização em saúde busca, entre outras coisas, respeitar a autonomia da mulher, garantir informação transparente, promover o parto natural sempre que possível e assegurar que as decisões sejam tomadas em conjunto com a gestante. Abordar a violência obstétrica significa combater práticas que desconsideram a dignidade da mulher, como intervenções não consensuais, falta de comunicação adequada e desrespeito à sua integridade física e emocional (Oliveira; Collet; Viera, 2006). Ao promover a humanização em saúde, cria-se um ambiente que respeita os direitos das mulheres, contribuindo para uma experiência mais positiva e segura durante o período gestacional e parto, e reduzindo o impacto negativo da violência obstétrica, este é um passo essencial para garantir o bem-estar integral das mulheres no processo de cuidado materno.



Em contrapartida, na realidade temos a expressão "assistência meramente técnica" como um tipo de cuidado que se concentra principalmente em aspectos técnicos e procedimentais, muitas vezes desprovido de uma abordagem mais holística e humanizada, o que indica uma ênfase excessiva em procedimentos clínicos e tecnologias, em detrimento da consideração das necessidades emocionais, sociais e psicológicas do paciente.

Uma assistência meramente técnica pode ser menos centrada na pessoa, negligenciando a importância da comunicação empática, do apoio emocional e da compreensão das circunstâncias individuais dos pacientes, tudo em direção oposta ao que se espera na humanização com, a prática ideal que busca integrar habilidades técnicas com uma abordagem humanizada, reconhecendo a singularidade de cada pessoa e proporcionando cuidado de qualidade que vai além dos aspectos puramente técnicos.

Aplicada à saúde da mulher, pode-se referir a uma abordagem que foca principalmente em procedimentos médicos e intervenções clínicas, muitas vezes desconsiderando as necessidades específicas e aspectos emocionais relacionados à saúde feminina, como exemplo temos a taxa extremamente alta de cesarianas sem uma verdadeira indicação cirúrgica. No Brasil, no SUS tem-se que mais de 55% dos partos são cesarianas, representando a segunda maior taxa do mundo, quando o ideal de acordo com a OMS deveria ser de 10 a 15% (Brasil, 2011).

Para oferecer uma assistência mais abrangente e centrada na mulher, é crucial integrar competências técnicas com uma compreensão sensível das questões femininas, como cuidados ginecológicos, planejamento familiar, suporte emocional durante a gravidez e parto, além de considerar as dimensões psicossociais envolvidas em diferentes fases da vida da mulher. Portanto, a promoção da saúde da mulher deve ir além das técnicas puramente técnicas, abrangendo uma abordagem holística que respeita a individualidade e as necessidades específicas das mulheres ao longo de suas vidas.

Teoria de Paterson e Zderad: aplicabilidade humanística no contexto da assistência em saúde da mulher

A teoria de Enfermagem Humanística criada pelas enfermeiras Josephine Paterson e Loretta Zderad, se conceitua através da Enfermagem fenomenológica e do existencialismo, onde deve-se considerar a individualidade e ao mesmo tempo a subjetividade de cada paciente, determinando cada situação como única, fazendo da Enfermagem uma experiência existencial (Léliz; Pagliuca; Cardoso, 2014).



Assim, com o foco principal na relação enfermeiro-paciente com base no diálogo para criação do vínculo que determina a prática assistencial humanizada, o método da prática de Enfermagem humanística está diretamente relacionada ao contexto (em teoria) de como deveria ser a assistência em saúde da mulher, focada nas necessidades da mulher, assegurando sua qualidade de cuidado na assistência.

Aplicada na assistência à saúde da mulher, a teoria humanística propõe desenvolver um diálogo verdadeiro e genuíno, para entender as necessidades da mulher, propondo mudar o olhar a quem precisa de cuidado, através das suas cinco fases sistematizadas que buscam a autonomia do paciente: preparação do enfermeiro para vir-a-conhecer (1), o conhecimento intuitivo do outro (2), o conhecimento científico (3), a síntese das realidades conhecidas (4) e por fim a sucessão interna para um único paradoxal (5), como fundamentos que regem a equidade e a integralidade na assistência de enfermagem (Paterson; Zderad, 1976).

Com isso, a equipe de enfermagem deve desenvolver e aplicar teorias na sua prática profissional com o intuito de melhoria da assistência e para discutir possíveis fatores que determinam ou contribuem para esse comportamento diferenciado do que se espera, deve-se analisar de forma crítica a assistência frente ao descaso e o desrespeito com as mulheres na assistência a saúde, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, que tem sido cada vez mais divulgados pela imprensa e pelas redes sociais por meio de relatos de mulheres que se sentiram violentadas.

O foco da teoria humanística é o enfoque no cuidado individualizado e a abordagem sensível e empática (Léliz; Pagliuca; Cardoso, 2014), que são pressupostos que definem a prática assistencial humanizada em saúde da mulher a partir da relação que se constroi com base na comunicação dialógica, que dá origem ao vínculo, uma vez que a assistência humanística não se destaca apenas no cuidado existencial e integral, mas sim na prática embasada em conhecimentos técnicos e científicos para poder desenvolver um cuidado de qualidade, de modo que possa atender à cliente em sua individualidade e as políticas públicas vem buscando esse tipo de assistência na prática laboral.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tornou-se evidente que o aprimoramento das políticas públicas em busca de humanização em saúde da mulher é desnecessário, uma vez que elas já existem, asseguram e garantem (em teoria) a humanização, então faz-se necessário que a teoria torne-se prática assistencial humanizada através de estratégias como a melhoria da formação dos profissionais



de saúde, a capacitação e atualização efetiva dos profissionais que já estão atuando na área além de medidas que visem ressignificar a impunidade das ações e a humanização das condições de trabalho.

Todavia, uma vez vencidas as dificuldades e fatores que levam a existência desse problema no sistema de saúde, a tendência é a redução de iniquidades que impactam diretamente na assistência frágil da saúde da mulher no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 09, p. 4021-4032, 2021.

COELHO, E. DE A. C. *et al.* Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 1, p. 154–160, 2009.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

LÉLIS, A. L. P. A.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fases da teoria humanística: análise da aplicabilidade em pesquisa. **Texto Contexto Enferm.**, v.23, n.4, 2014.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico?. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 2, p. 320-332, 2011.

OLIVEIRA, B. R. G. DE .; COLLET, N.; VIERA, C. S.. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277–284, 2006.



2º CONSAMU 14, 15 e 16 de Junho

REALIZAÇÃO:



APOIO:



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 2002.

PATERSON, J.E.; ZDERAD, L.T. **Humanistic Nursing**. United States of America: Wiley Biomedical Publication; 1976.

PEDRO, J. M.; WOLFF, C. S.; SILVA, J. G. DA. Desafios dos feminismos na História do Brasil Contemporâneo. **História (São Paulo)**, v. 41, e. 2022016, 2022.

RIVERA, M. F. de A.; SCARCELLI, I. R. Contribuições feministas e questões de gênero nas práticas de saúde da atenção básica do SUS. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 1, p. 39-50, 2021.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 832-846, 2021.

TRAJANO, A. R.; BARRETO, E. A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface**, v. 25, e.200689, 2021.

ZANARDO, G. L. DE P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, e.155043, 2017.