

A Humanização da Medicina Humanization of the Health Practices

Vera Ernesto*

Paula Baldaia**

* Especialista em Psicologia Clínica

**Especialista em Medicina Interna

Rev CSE 2008; 2, 7-12

“Se bons sentimentos não bastam para fazer uma boa Medicina, não há boa Medicina sem bons sentimentos”
A. Bourguignon*

Na sua perspectiva filosófica, o ideal de Humanização pode ser genericamente definido como um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, na concretização de valores relacionados com a felicidade humana e validados como Bem Comum. Deve ser uma preocupação para qualquer indivíduo, seja ele cidadão neste ou em qualquer outro país, independentemente de estar doente, ser utente ou cliente desta ou de qualquer outra clínica. Por isso, o tema é, hoje em dia, de grande relevância e uma referência, quer para leigos ou letrados, cientistas ou curiosos, jovens ou velhos e, sobretudo, na esperança de que essa humanização seja um princípio a seguir por estudantes de medicina, técnicos, enfermeiros, médicos, e todos os outros profissionais da área da saúde. O debate sobre Humanização deve contemplar duas dimensões: não só a capacidade para produzir novas utopias, mas também interferir na prática realmente existente nos sistemas de saúde. Trata, justamente, de expandir as preocupações das práticas de saúde desde o seu núcleo mais instrumental até ao seu conteúdo relacional e formativo (Bildung - Gadamer, 1996). Antes de abordar o tema em questão, convém, lembrar certos conceitos que subjazem na palavra “humanização”. Para isso, há que desagregar a palavra, separar o termo **humano** da palavra acção e, somente a seguir, juntar o **sujeito** ao **predicado**. O termo **HUMANO** significa ser biológico dotado de infinitas particularidades e possuindo uma cognição, personalidade, carácter e atributos próprios do ego, uma identidade e uma moral, e revela interesses, valores e princípios.

ACÇÃO é entendida aqui como actividade, actuação, execução, exercício, acto, factos, feitos, gesto, prática, praxe, razão, causa....Assim,

“humanização” é uma palavra derivada da convergência de dois elementos linguísticos: um, que cinge e agrega caracteres biológicos associando-o a uma acção que é, por si só, o objecto do presente trabalho, e que designaria a característica humana de ouvir - como diz Rogers, de “escutar activamente a pessoa que se encontra à nossa frente” - e de falar, ou melhor, **dialogar**.

Se auscultarmos alguns colegas, amigos e demais profissionais da área de saúde sobre o assunto, com a atenção necessária, certamente concluiremos que **humanizar** é ser “ético”. A ética surge necessariamente perante outrem, quando se estabelece uma relação que não deve deixar ninguém indiferente. O outro é determinante numa inter-relação, que deve alicerçar-se na confiança, na orientação perante o medo, o isolamento e a dor.

Entretanto, o termo também prevê o seu antónimo, na ocorrência de uma “**antiética**”. É quando a prática médica se abstém da pessoa, por fuga ou por omissão. Descuidada, não há vida que persista. A omissão implica por vezes o erro e, com ele, a desconfiança, destruição. Para lidar com o doente, é necessário desenvolver a capacidade intuitiva e empática, fundada, esta última, no respeito pela diversidade.

As aflições das pessoas e suas queixas de dor ou prazer, no corpo ou na mente, para serem respeitadas devem ser perceptíveis pelo médico, porque elas procuram também uma compreensão para os seus males. Num atendimento médico, isto poderia ser traduzido como um pedido de atenção, uma escuta e compreensão acerca dos seus males ou, mais propriamente, do que impede a cura.

Apenas o diálogo, a comunicação humana,

* André Bourguignon: médico francês, autor de “O Drama da Medicina”.

dada pelo desenvolvimento de capacidades linguísticas próprias, sejam elas verbais e não verbais, levam ao exercício da cognição, como meio para a modificação do comportamento, em termos de sanidade física, mental e social.

Entretanto, a linguagem verbal (expressa pela palavra), considerada um grande recurso do médico pode ser, muitas vezes, utilizada de forma desagradável, vindo a influenciar sobremaneira o doente. A palavra do médico é, não raramente, evada de prepotência, absolutismo e, por que não dizer, arbitrariedade. A linguagem não verbal também não deixa de constituir num factor impeditivo na relação de confiança que se deve estabelecer. Se o homem tem medo do outro homem, então por que se predispõe a servi-lo com o que julga ser o melhor de si?

A humanização sujeita-se, nessa perspectiva, à nossa habilidade de ouvir, de falar, enfim, de dialogar, sabendo como transmitir sensações, percepções, impressões, compreensões e o entendimento e respeito dos nossos semelhantes. Como dizia William Osler, um dos fundadores, em 1883, da Elite Médica nos EUA, **mais importante do que conhecer a doença, é conhecer o homem**. Tal concepção afasta o profissional de saúde de um papel meramente técnico, na medida em que a interpretação da história clínica do doente também passa a ser uma fundamental mais-valia.

Entretanto, na prática actual vive-se algo bem diferente pois a excelência tecnológica que traz, sem dúvida, certos benefícios às limitações humanas, vem sendo acompanhada de alguns efeitos contrários à humanização na medicina. Fica omissa a prática da ética, uma vez que a palavra também está omissa, sendo a cura o fim. Com ela exclui-se a habilidade humana da linguagem, em detrimento de todo o desenvolvimento tecnológico que possa existir. Assim, pessoas doentes passam a não mais existir porque dão lugar, agora, a casos: “o caso nº ..., a cama 5..., com o diagnóstico tal...”.

O diagnóstico, por si só, já tende a criar esse enquadramento ao colocar a doença dentro de uma estrutura bem identificada de sinais e sintomas, estrutura essa que formulada em termos comuns, tanto para o médico quanto para o paciente, é capaz de gerar inúmeras incompreensões. Diagnosticar não pode ser apenas um exercício intelectual, já que o mesmo está carregado de conotação emocional, não só para o doente, mas também para o médico. Quando a **pessoa** vai ao médico, muitas vezes ela já leva consigo um

conhecimento prévio, que vai depender do seu nível académico, das suas fantasias e sonhos, da mesma forma que o médico não é capaz de atender a quem quer que seja, através de uma atitude isenta de emoção. Humanamente falando, isso seria impossível.

O diagnóstico feito pelo médico e comunicado ao paciente, tem o efeito de estruturar uma situação que, por encontrar-se até ao momento indefinida, gera grande ansiedade, não só ao doente, mas também ao médico, uma vez que este detém a “responsabilidade do caso”. Esta ansiedade precisa ser reduzida a níveis o suficiente para que possa efectivamente causar alívio. Isto só pode ser conseguido se a relação médico/doente tiver sido fundamentada num laço de confiança - condição primeira para a eficácia de uma estratégia que, pela sua própria natureza, deve basear-se numa actuação conjunta.

No seu fundamento intelectual o diagnóstico apresenta um duplo objectivo, na medida em que consiste na avaliação da enfermidade - complementada pela indicação da etiologia e do dano estrutural e funcional causado pela doença, traduzíveis sempre por uma espécie de “classificação” - e, também, pela evidência do prognóstico e do tipo de tratamento recomendável para o “caso”. Neste sentido, todo o processo diagnóstico e terapêutico deve espelhar, além dos atributos da técnica, uma verdadeira prática voltada para o paciente, prática essa que seja efectivamente capaz de produzir saúde e bem-estar. A familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da “arte médica”.

Gadamer (1900-2002), ao fazer referência ao pensamento hermenêutico, desenvolveu uma reflexão a respeito da humanização na medicina e, em particular, da relação médico/paciente. O filósofo comparou a Medicina à “arte de curar”, também praticada por curandeiros (barbeiros - os primeiros a fazer cesarianas e algumas cirurgias), feiticeiros, ervanários, religiosos e por outros “promotores de saúde”. Disse, além disso, que este tipo de “profissional” é considerado o responsável pelo paciente, seja do ponto de vista da sua integridade física, psíquica ou social e não apenas pelas questões biológicas. Tal concepção já denota uma tentativa de ruptura com a cientificidade.

Com o desenvolvimento tecnológico, a medicina passou a ser muito mais técnica do que humana. O elemento humano deixou de lado a sua “arte” e adoptou uma forma de acção mais instrumental, muitas vezes invasiva e nada sensível à

pessoa. Por este motivo, não raras são as instituições hospitalares que primam pela tecnologia, mas que continuam, no entanto, com um atendimento despersonalizado e desprovido de humanização, desde o acolhimento até à alta do paciente. Nestas, o que interessa é o que a pessoa traz como lucro. Os critérios de eficiência estão baseados na rentabilidade dos equipamentos e são impostos aos técnicos de saúde, como uma meta a cumprir.

Submetidos à pressão, os técnicos tornam-se cada vez mais escravos de cronogramas, sempre rígidos. Transformam-se, enfim, em verdadeiros “robots” de análise de resultados. E, assim, nasce a “**desumanização da medicina**”. O técnico tem 10 minutos para realizar a consulta, incluindo, nesse caso, todos os exames, a elaboração do relatório e o preenchimento de formulários, com os devidos códigos e estatísticas. O médico não tem tempo para atender a pessoa, seja esta cliente ou doente.

O acto médico passa a ser uma transcrição repetitiva de conhecimentos científicos, entrando, assim, para o universo de uma “produção em série”, processo que marcou para sempre a sociedade industrial e tecnológica.

Um outro aspecto gritante em certas instituições de saúde é a falta de capacitação humana, de recursos materiais e de meios técnicos próprios à prática da medicina. Nesse caso, a desumanização também acontece pela má qualidade no atendimento e na falta de soluções para o sofrimento trazido pela pessoa. A falta dessas condições certamente leva a uma indiferença ou, até mesmo, ao desrespeito, muitas vezes observados na relação entre o profissional de saúde e o paciente. Deteriora-se, por completo e de forma objectivamente hostil, uma situação que já nascera deficiente.

Por conta disso, o pessimismo instaurou-se nas classes médica e de enfermagem e serviu para agravar, ainda mais, a desumanização na saúde. Várias têm sido as razões apontadas para tal. A primeira delas decorre de perdas relativas à própria imagem do profissional, que viu o seu status, prestígio e respeito passarem por expressivas mudanças. Em segundo lugar, somam-se as remunerações insignificantes, sempre acompanhadas de sobrecarga de trabalho e de aumento da pressão para níveis de execução impraticáveis. Inversamente proporcional se mantém o desempenho, pela falta de implementação de acções de formação contínua. Sem estímulo em todos os aspectos, o profissional é desprovido, para além

disso, de apoio socioeconómico e também psicológico. A adopção de uma atitude mais humana, no sentido de um maior comprometimento com o sofrimento alheio, pode seguramente desencadear acções e resultados mais positivos.

Por total desconhecimento da história do paciente, o médico emite, muitas vezes, um prognóstico desajustado. Fundamentando-se puramente no seu conhecimento técnico, o profissional acaba por não considerar a opinião, a situação socioeconómica, a origem cultural e, também, a realidade financeira do paciente, factores essenciais para o tratamento. Ao deixar de realizar uma efectiva descodificação da queixa da doente, o médico afasta-se da possibilidade de descobrir as reais causas do problema, que permanecem, dessa forma, invisíveis.

O acto de humanização deve iniciar-se no primeiro encontro com o doente, isto é, na primeira consulta, quando, efectivamente, a inter-relação é estabelecida. É o momento em que se ouvem as queixas mais confusas, mais desordenadas e mais ambíguas, tais como: “parece que carrego o mundo nas costas”; “à noite, tenho câimbras horríveis nas minhas pernas”; “minha cabeça fica a latejar o tempo todo”; “tenho formigas a andar pelo corpo”; “o meu coração está a arrear”; “tenho esquecido facilmente as coisas...” É fundamental nessa ocasião que o médico esteja bem atento, porque somente assim poderá deprender o que, de facto, não é aparente. A escuta deve ser, portanto, activa e consciente de que existe ali uma pessoa que, portadora de uma realidade própria, não pode ser excluída do processo. Em outras palavras, não se pode excluir o doente da doença.

É possível distinguir, no médico, três tipos de comportamento:

- **Comportamento primário** - Em virtude da sua experiência pessoal e profissional, índole e temperamento, apresenta a firmeza de conduta essencial ao bom exercício da prática médica.
- **Comportamento secundário** - resulta basicamente da formação mecânica de hábitos. Tal comportamento, observável, por exemplo, num simples preenchimento da história clínica, é chamado de “secundário” não porque denota menos valia, mas porque prioriza “a doença e não o homem”.
- **Comportamento terciário** - Não possui a humanização em seu alicerce. O desrespeito pelo doente, que não condiz com a boa práti-

ca médica, constitui um dos exemplos mais claros. No comportamento terciário, o médico, ao perder o respeito pelo paciente, deixa consequentemente de ser, também ele, uma pessoa respeitada e bem referenciada, sobretudo no meio clínico.

Urge que a humanização esteja presente na rotina dos “estabelecimentos” de saúde e de ensino, assim como nas demais instituições cuja missão é o tratamento dos males do corpo e da mente. Urge, outrossim, que todo comportamento voltado para a saúde seja a expressão de uma verdadeira vocação que, desprovida de preconceitos, se baseie na ética de um humanismo confiante, respeitoso e de qualidade, o que certamente contribuirá de forma positiva para o engrandecimento da profissão.

Prestar uma assistência médica humanizada implica dar valor e significado à palavra do utente, a fim de estabelecer uma rede de diálogo que fomenta, de modo efectivo, acções positivas na direcção do bem-estar. Para tanto, é fundamental que os projectos e as políticas assistenciais também estejam pautados na seriedade, no respeito, no reconhecimento e na solidariedade institucional.

O homem é um ser complexo. A tendência actual tem sido a de se pensar no ser humano com apenas duas categorias de necessidades: a física e a psicossocial. Poucos profissionais se lembram de incluir uma terceira e muito importante categoria: a espiritual.

As questões ligadas ao físico são, geralmente, as que recebem maior prioridade. O aspecto emocional fica num segundo plano porque, além de ocupar muito tempo, implica um maior gasto financeiro.

As necessidades espirituais são quase sempre delegadas à família do doente ou ao capelão/clero do quadro da instituição, quando esta é religiosa. Considerada como irrelevante no tratamento dos males, sobretudo físicos, a espiritualidade tem sido bastante ignorada. Os pacientes raramente falam com o seu médico assistente ou mesmo com a enfermagem sobre as suas questões espirituais e, se falam, os profissionais raramente lhe dão a atenção devida. Essas necessidades são, em geral, mascaradas por evidentes sintomas físicos ou emocionais.

O homem possui várias dimensões e diferentes também são as suas maneiras de expressar a saúde ou a doença. A doença afecta a pessoa na sua totali-

dade e não somente o seu corpo, a sua mente ou o seu espírito. Qualquer projecto de resgate ou de melhoria do bem-estar deve, portanto, contemplar o todo e não as suas partes. A Medicina deve focar o homem como um todo e a chave da humanização consiste em olhar integralmente o homem nas suas três vertentes: física, psicossocial e espiritual.

Na relação médico/paciente, o que se procura é a promoção da saúde, tentando apreender, com benevolência, a totalidade da condição humana e trabalhar em favor da plena autonomia do ser. Para tanto, não bastam a aplicação dos conhecimentos técnicos e científicos e a habilidade e a destreza do médico, mas também uma atitude sempre respeitosa para com o cliente, doente ou paciente. Isso já reduz sobremaneira o desconforto causado pela doença.

O cuidado dispensado pelo profissional de saúde é, na sua essência, distinto de qualquer outro, porque obrigatoriamente inclui o sigilo, o respeito ao pudor, o empenho através da técnica, a experiência, o consentimento informado, o esclarecimento preliminar de todo o processo, o prognóstico e a atenção, focada prioritariamente nos pontos considerados críticos. Tais atitudes devem estar fundamentadas pelo princípio da beneficência e não-maleficiência, do acordo mútuo e não pela imposição de actos e consequente limitação da autonomia do paciente. As condições do tratamento devem ser conhecidas previamente pelo paciente, a fim de que este possa aceitar e assumir o compromisso com a sua saúde.

Os exames em geral implicam, sem dúvida, sujeições tecnológicas, mas também devem ser acompanhados de solidariedade, de justiça e de responsabilidade. Estes são princípios que regem a ética médica e o velho “contrato humano e solidário” que, apesar de celebrado voluntariamente por ambas as partes, tem, não raro, suas cláusulas quebradas.

As políticas de saúde apresentam cada vez mais disponibilidades financeiras para os “meios técnicos” e cada vez menos para os procedimentos humanos. No entanto, para que haja realmente “Saúde”, é preciso pensar na “qualidade de vida”, na promoção do conforto, na **HUMANIZAÇÃO**, o que só é possível através de um atendimento multidisciplinar.

Vale também lembrar que a equipa de Atenção de Saúde não é estruturada apenas pelo técnico superior, pelo “super” especialista e pelo licenciado em enfermagem. Ela inclui também aqueles

que passam quase que despercebidos por todos, como, por exemplo, os profissionais de serviços gerais, as recepcionistas, as secretárias, os auxiliares de enfermagem e os educadores para a saúde. E, no entanto, são estes os que convivem mais tempo com o doente.

Sendo assim, por que não promover uma formação específica para este grupo de pessoas que se acercam do doente, uma formação que, voltada para a “arte de tratar”, busque efectivamente a excelência na prestação de serviços mais humanizados na área da saúde utilizando, por exemplo, os conhecimentos já adquiridos no campo das Ciências da Comunicação, da Acção Social, da Psicologia da Saúde, da Antropologia, assim como da Sociologia, e atribuindo, como é preciso, um peso maior aos “direitos do consumidor” ?

É preciso, sem dúvida, investir mais na informação, uma vez que ela é condição fundamental para a prestação dos serviços, sobretudo na área da saúde. A informação faz parte do conjunto de estratégias que devem ser adoptadas para qualquer tratamento que vise, verdadeiramente, a reabilitação (física e social) do paciente. Para tanto, urge a consciência de que os esforços devem ser empreendidos em conjunto, por toda a classe, a fim de que seja, de facto, possível **dignificar o exercício da profissão**. É preciso criar as bases de um real funcionamento das Ordens, das instituições hospitalares e das instituições de formação, em níveis óptimos de qualidade e de eficácia.

Devem ser criados, outrossim, mecanismos permanentes de controlo e de supervisão, além de uma alternância da autoridade institucional, sobretudo no que concerne aos projectos e programas de saúde já existentes. Toda a classe de saúde deve participar nos projectos. O objectivo é **motivar e comprometer** todos num projecto ainda maior: o da **Humanização da saúde**.

Pelo exposto acima, urge também a necessidade de discussão deste tema no dia-a-dia, dado o carácter inexaurível das questões abordadas. E, como corolário, talvez valha a pena reafirmar que os profissionais devem estar convictos da necessi-

dade essencial de uma **formação** contínua, voltada para o desenvolvimento da solidariedade social e da competência, aquisições que, sem dúvida, influenciarão a sua prática, pela abnegação e pelo domínio dos métodos e procedimentos, não só no que diz respeito às funções mais específicas, mas também àquelas chamadas de universais. O profissional maduro é aquele que sabe igualmente posicionar-se diante da realidade, livre dos preconceitos de toda a ordem, sejam eles religiosos, culturais, raciais, sociais, sobretudo na relação com pacientes que apresentam questões ligadas à sexualidade, a drogas ou às doenças estigmatizadas socialmente.

O verdadeiro agente de saúde deve ser, antes de tudo, um amante do bem-estar, conduzindo a sua actividade através de uma boa liderança, para ser, de facto, o responsável pela sua equipa, seja nas instituições sociais, de ensino ou de pesquisa no campo da saúde. Somente assim ele poderá contribuir de forma efectiva e ter, por extensão, o seu trabalho reconhecido e recompensado.

Assim, em circunstâncias ideais, a Humanização da Medicina surge no exercício vocacionado e comprometido com a “**arte de tratar**”. É uma opção adulta e só pode ser desempenhada por quem já esteja suficientemente humanizado.

Considerando os inúmeros problemas, ainda haveria lugar para uma saúde humanizada?

Pensamos que sim, sobretudo pela participação efectiva de toda a sociedade, a começar pelo apoio e contribuição às pesquisas que tentam aferir o grau de satisfação dos profissionais e dos utentes - instrumento fundamental para a análise das dificuldades e erros; base também para a identificação das oportunidades e necessidades de aperfeiçoamento dos processos, que culminará certamente, na melhoria da saúde de todos os cidadãos. A Humanização é, sobretudo, uma mudança de estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas. A humanização depende de uma profunda reforma da tradição médica.

REFERÊNCIAS

- 1 - ROGERS, Carl. Um jeito de Ser. São Paulo: EPU, 1983.
- 2 - GADAMER H. G. Dove si Nasconde la Salute. Milano: Raffaello Cortina Editore, obra citada por CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamelia Lins e S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica in: Caderno de Saúde Publica. Rio de Janeiro 15(3) Jun-Set/ 1999, pp. 647-654.
- 3- SCHNEIBER, P.B. Psicologia Médica. Milano: Feltrinelli Editore, obra citada por CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamelia Lins e S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica in: Caderno de Saúde Publica. Rio de Janeiro 15(3) Jun-Set/ 1999, pp. 647-654.
- 4 - TALCOTT PARSONS - 1960/1970, autor citado por CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamelia Lins e S. A -

Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica in: Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro 15(3) Jun-Set/ 1999, pp. 647-654.

SUGESTÕES DE LEITURA

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e S. A. Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica in: Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro 15(3) Jun-Set/ 1999, p. 647-654.

ANGERAMI, Valdemar Augusto; CAMON, Heloisa B. C. Chiattonne; NICOLETTI, Edela Aparecida. O Doente, a Psicologia e o Hospital. 3 ed. São Paulo: Ed. PioneiraThomson, 2002.

ANGERAMI, Valdemar Augusto; CAMON, Heloisa B. C. Chiattonne; ROSANI MELETI, Marli. Novos Rumos da Psicologia da Saúde. São Paulo: Ed. Pioneira, 2002.

ARAÚJO FILHO, O.S. Pintando o Setting: Arte e Psicologia no contexto hospitalar. Trabalho de Conclusão de Curso de

Especialização em Psicologia Hospitalar. Nêmeton - Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde. São Paulo, 2003.

BALINT, Enid; NORELL, J.S. Seis Minutos para o paciente. São Paulo: Ed. Manole, 1978.

FISH, Sharon; SHELLY, Judith Allen. Cuidado Espiritual do Paciente. São Paulo: Ed. UMHE, 1986.

FISHER, E. A necessidade da arte. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1977.

CARVALHO, M. M. J. (org.) et all. A arte cura? Campinas: Editorial Psy II, 1995.

GONZALES, Rita Francis; BRANCO, Rodrigues. A Relação com o Paciente. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2003.

MELLO FILHO, Júlio et al. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Ed. ARTMED, 1992.

ROSA, Merval. Psicologia da Religião. Editora CPB, 1979.