

EDITORIAL

Humanismo em Saúde: Percorrendo os Caminhos da Humanização

Humanism in Health Education: Traveling the Paths of Humanization

Pablo González Blasco¹, Maria Auxiliadora C. De Benedetto², Graziela Moreto³

1. Humanizar: os sistemas de saúde.... ou os profissionais?

Humanizar a Saúde é tema cada vez mais presente e verdadeira preocupação dos Educadores na Academia, e dos Gestores nos diversos Sistemas de Saúde. A bandeira da Humanização campeia como divisa em qualquer projeto moderno de assistência à saúde. Quem se oporia hoje à necessidade de humanizar a medicina, os sistemas de saúde, a assistência hospitalar, e mesmo o ensino médico? Mas, curiosamente, o objetivo que é consenso universal, não parece conseguir-se e, na hora de colocar em prática, tudo é muito mais complicado do que inicialmente parecia, ao hastear a bandeira da humanização, e prestar-lhe homenagem.

Busca-se a humanização no sistema e nos processos, medem-se parâmetros de eficiência, certifica-se qualidade, mas percebe-se que falta algo. Colocar quadros nas paredes dos hospitais, melhorar a hotelaria, sintonizar música ambiente, ou até vestir funcionários com uniformes que incluem um sorriso plástico não parecem suficientes. O cliente - o paciente que sofre, o aluno que não se sente compreendido, a família que está em desamparo- não se mostra satisfeito. Gastam-se recursos abundantes nestas tentativas, mas parece que a humanização desejada não se atinge. Por quê?

O que está faltando é, por dizê-lo com palavras de um conhecido romance¹ o fator humano. As tentativas humanizantes debruçam-se sobre os sistemas e processos, mas não envolvem as pessoas que são a interface de humanização entre a prestação de serviços e o paciente. E não as envolvem, porque não sabem como fazê-lo. Os processos podem ser medidos e qualificados, mas o interior das pessoas – a boa vontade, a dedicação e carinho – são qualidades que fogem a qualquer auditoria de qualidade. As tentativas de humanização de sistemas e processos – uma humanização ambiental, ecológica nos atreveríamos a dizer – são inúteis, desgastam o conceito de humanização, e fazem suspeitar que os desejos humanizadores não sejam sinceros. A vontade determinada de humanizar a saúde tem que priorizar os atores, os seres humanos, e não apenas o palco e a decoração. Projetos de humanização que não atinjam o âmago do ser humano – do médico, do profissional de saúde – transformando-o, são projetos abocados ao fracasso.

2. Humanizar: Preocupação ou Ocupação?

Um modo prático de encarar este dilema é formular a pergunta chave: humanizar a saúde é tema que nos

1. Doutor em Medicina. Diretor Científico de SOBRAMFA. <https://orcid.org/0000-0001-8682-8770>. pablogb@sobramfa.com.br.

2. Doutora em Medicina. Diretora de Publicações de SOBRAMFA. <https://orcid.org/0000-0003-3958-7438>.

3. Doutora em Medicina. Diretora de Programas Educacionais em SOBRAMFA. <https://orcid.org/0000-0003-0651-2595>

preocupa ou de verdade nos ocupa? A ocupação dirige as ações ao círculo de influência, ao cenário onde é possível intervir². A preocupação é atitude etérea, situa-se no reino das possibilidades, pode até polarizar e angustiar, mas não toma cartas no assunto. Assim dito, parece ser mais sensato ocupar-se do que apenas preocupar-se, mas a ocupação traz consequências diretas que nem sempre se aceitam. Ocupar-se é dedicar, de fato, tempo e recursos. É abrir espaço na agenda. E, mais uma vez, o princípio de Arquimedes – onde entra um corpo num fluido (ou na agenda) outro terá de sair – acaba regendo as decisões de ocupação, e governando de fato as prioridades. Ocupar-se é mais eficaz, mas pode ser mais confortável apenas preocupar-se, porque somente ocupa lugar mental, mas não invade a agenda.

A humanização requer mais do que simples preocupação. É preciso ocupar-se nos projetos, estabelecer as prioridades que almejamos. Abrir espaço na agenda implica em construir uma metodologia adequada para humanizar com eficiência. Não seria aventurado afirmar que os fracassos das tentativas humanizantes não se explicam apenas por falta de vontade política ou porque os desejos de melhorar não são sinceros. É possível que, mesmo imbuídos da melhor boa vontade, se careça de metodologia adequada. Para humanizar não basta querer: é preciso saber fazê-lo.

O humanismo em medicina não é uma questão temperamental, um gosto individual, ou até um complemento interessante. É uma verdadeira ferramenta de trabalho, não um apêndice cultural. Não é suficiente querer ser humanista – no caso, pretender uma prática humanista da medicina – mas é preciso aprender a fazê-lo. Seria uma imprudência deixar os desejos humanizantes por conta apenas da boa vontade. Nesse caso, tudo estaria em função da espontaneidade – mal chamada de carisma – sujeita à fragilidade dos altos e baixos da vida, em espectro que compreende desde a intuição oportuna – que pode vir ou não no momento preciso – até o trivial dos estados de ânimo, ou do desgaste da condição humana, que nem sempre apresenta a boa disposição que seria de desejar.

A espontaneidade débil, desprovida de sustentação metodológica, é incompetente para educar, para formar pessoas; quando muito, estimulará um ou outro sonho que se desvanecerá ao contato com o prosaico do cotidiano. E os sonhos desfeitos – fogo de palha – rendem a cinza do sombrio ceticismo que contempla, lamentando-se, a ineficácia do seu empenho repleto de bons desejos, mas órfão de metodologia. Humanismo deve ser, pois, uma atitude científica, ponderada, resultado de um esforço de aprendizado. A humanização requer, portanto, profissionalismo³.

3. Humanizar: Qual é o custo?

É fácil deduzir que para possuir essas competências científicas é preciso investimento de tempo e de recursos. Não basta, pois, abrir espaço na agenda, é preciso abrir também no orçamento. Chega-se assim num ponto espinhoso e delicado, consequência lógica das questões anteriormente ventiladas. Afinal, qual é o investimento que é preciso fazer para humanizar? Isso tem preço? E como se quantifica? Quando um projeto consistente de educação humanística chega ao setor de contas a pagar, provoca uma revolução. Há quem se escandalize – “Mas, ... este é o preço? Não pensei que isto custaria tanto”. Há quem archive a fatura no fundo de uma gaveta. Afinal, esse tipo de projetos não tem visual nem servem para se promover. Ninguém consegue colocar uma placa com o próprio nome num projeto que forma pessoas e tira delas o seu melhor, pois é disso que se trata quando se quer humanizar a saúde. É muito mais fácil colocar a placa no saguão do hospital, ou emprestar o nome para o auditório. Pode até ser mais caro, mas certamente aparece, brilha, e isso se alinha bem com a vaidade humana.

Humanizar a saúde tem o seu custo, e este vai acoplado às pessoas que tem competência em gerenciar o projeto, não apenas ao visual de hotelaria como equivocadamente se quer pensar, nem mesmo aos sistemas de tecnologia de informação. Querer fugir disso é insensatez e gestão deficiente, como seria contratar um regente de orquestra barato, porque já se gastou demais com os instrumentos e com o teatro; ou um técnico de futebol medíocre, porque o salário dos jogadores consumiu o orçamento. As consequências desse corte de despesas são fáceis de adivinhar.

Os projetos consistentes de humanização não saem muitas vezes do papel, porque não são financiados adequadamente, falta o apoio que os torne sustentáveis. Na prática, existe uma falta de vontade política dos gestores, que não abrem espaço no orçamento nem na agenda para os projetos de humanização. Evidentemente, nunca se apresenta uma oposição aberta às iniciativas humanizantes, mas não são contempladas no setor financeiro. Com imensa frequência, comprovamos como congressos e fóruns de saúde, manejam polpidos orçamentos no referente à tecnologia – que é sempre o grande negócio – e deixam os temas que fomentam a humanização por conta de alguns idealistas que trabalham, na maior parte das vezes, gratuitamente. A injustiça é enorme, porque o chamado do evento costuma incluir o termo ‘humanização’, visto que tem apelo; mas na hora de fazer as contas, o Oscar de protagonista vai sempre para a tecnologia.

Vale lembrar do escândalo que alguns gestores demonstraram ao descobrir que um grupo de palhaços, que animava em grande estilo uma enfermaria de crianças com câncer, atuavam profissionalmente. A descoberta deu-se de modo fortuito: alguém se aventurou a deslizar uns trocados, a modo de gorjeta, no bolso de um dos palhaços. Este

se virou para o benfeitor e comentou: “Não precisa disso, meu senhor. Se quiser fazer uma contribuição substancial, pode falar com o meu empresário que é aquele que está lá no canto esquerdo”. O mundo desabou. “Vocês não são voluntários? Quer dizer que fazem tudo isto por dinheiro?” O palhaço retrucou: “Somos profissionais, como certamente o senhor também é. Ou, por acaso, o senhor trabalha com base na gorjeta?”⁴.

Pode-se pensar ingenuamente que como humanizar implica uma atitude, e as atitudes são difíceis de medir – e por tanto de remunerar – deveria se deixar, mais uma vez, por conta da boa vontade das pessoas. O engano aqui é tremendo, porque as pessoas não incorporam as atitudes para toda a vida: podem, perfeitamente, abandoná-las em situações de cansaço, ou com as decepções que o dia a dia lhes traz. Por exemplo, a falta de agradecimento e a ausência de retorno diante da sua dedicação. A indiferença perante o esforço de alguém provoca uma terrível erosão das atitudes⁵.

4. Humanizar em saúde: as três ondas da qualidade

Em evento sobre inovação e excelência médica como diferencial, promovido por um conhecido jornal paulistano⁶, afirma-se que a tecnologia ajuda a humanizar a relação entre médicos e pacientes. A explicação simples e aparentemente lógica é que com a informatização os médicos passarão a ter mais tempo livre de tarefas burocráticas que serão feitas pelos computadores. Até aí, a equação quadra.

Esse cenário lembra o conhecido comentário de Ortega y Gasset quando afirmava que a técnica é o esforço para poupar esforços. Mas, a grande questão é o que fazemos com o tempo e com o esforço que sobra? O que temos feito com o tempo poupado nas esperas que tínhamos há 40 anos para retirar livros da biblioteca? E com o tempo em que as bombas de infusão nos poupam do trabalho de controlar os equipos de microgotas para os pacientes na emergência? E com a facilidade que hoje temos em encontrar informação, sem ter de carregar manuais e vademécum nos plantões do Pronto Socorro? Onde foi o investimento desse esforço que nos foi poupado? Em dedicação ao paciente? Em gastar tempo para auscultar o sofrimento humano e sintonizar com ele? Não parece ser esse o resultado. E o curioso é que continuamos nos enganando com o mesmo conto, e atribuindo à falta de tecnologia a carência de tempo que seria preciso investir no relacionamento. E se organizam eventos da alta hotelaria clamando pela tecnologia redentora da qual carecemos e que resolverá o problema.

O problema do relacionamento não é por falta de recursos, mas por absoluta carência de compromisso, de profissionalismo, de vocação e de gestão adequada. Não se trata tanto de abrir a torneira da tecnologia e inundar de novidades, como de fechar o ralo por onde o esforço poupado escorre. Um ralo que está inserido em cada profissional e na capacidade de compromisso que tem com a sua missão. Um ralo que depende, não da tecnologia, mas do fator humano. Pipoca na memória aquela frase, muito pouco acadêmica, mas diáfana: me engana que eu gosto!

Dizem os entendidos que existem três ondas da qualidade. A primeira onda é claramente tecnológica, um progresso inegável que se deve agradecer, e que vai dos modernos recursos diagnósticos e terapêuticos, até os prontuários eletrônicos que evitam trocar o medicamento administrando-o ao paciente equivocado, e contornam a insofribel caligrafia que temos os médicos. A segunda onda da qualidade é representada por processos, medidas e avaliações: não basta incorporar a técnica, é preciso saber utilizá-la de modo correto. Protocolos e códigos de alerta, o caminho das pedras bem delimitado que evita criatividade incompetentes, dificulta comodismos, aumenta a segurança

Porém, existe a terceira onda da qualidade: aquela que é capaz de chegar na pessoa e transformá-la. A pessoa como um todo – cabeça, habilidades, conhecimento, emoções, atitudes. Quer dizer, uma onda educativa e formadora. Algo difícil de medir, que requer uma paciência análoga à educação na família, onde com o passar do tempo se faz notar a diferença. Essa terceira onda está toda por construir. Os projetos de humanização da saúde acabam ficando na periferia do problema, mas não chegam na pessoa – que é o núcleo de qualquer processo humanizante – porque simplesmente não sabem como fazê-lo. A pessoa é imprevisível e as atitudes – compromisso, dedicação, integridade ou canalhice – não sabemos como medir. Pelo menos, ignoramos como traduzir em algoritmos.... ou em aplicativos, que parece ser hoje o padrão da verdade.

5. Humanizar na prática: situações específicas.

Em que consistem essas atitudes? Como se incorporam num modelo de negócio que apresente resultados para todos os envolvidos no processo: o paciente, a família, o profissional médico e os gestores? É possível desenhar um modelo de ganha-ganha que recompense as atitudes humanizantes e seja eficaz e sustentável? Revisemos, rapidamente, alguns cenários da prática médica que servem para esboçar este modelo humanizante que o cuidado à saúde exige nos momentos atuais.

O **Cuidado Integral do Paciente**, a medicina integral centrada no paciente e não na doença, oferece um modelo onde os pacientes são cuidados em continuidade: nas internações, nos ambulatórios pós-alta, nos programas de prevenção – que diminuem notavelmente as reinternações – e na monitorização dos pacientes através de sistemas proativos que envolvem pessoas – as pessoas adequadas, é bom destacar – e sistemas gerenciais informáticos.

A **Gestão de Pacientes Crônicos** é produto que também requer formação médica adequada. Quando o paciente crônico volta repetidamente para o hospital sendo internado, é preciso perguntar-se o que está equivocado. Provavelmente é a porta de entrada desse paciente, frequentemente o pronto atendimento, onde os médicos atuantes estão logicamente focados nos quadros emergenciais, e não dispõem de tempo para acertar os ponteiros no cuidado de um paciente crônico. Os prontos atendimentos atuais -que aglutinam pacientes que padecem de uma urgência médica com muitos outros que carecem de médico de referência- são o pior cenário para tentar cuidar de um paciente crônico.

Ao contrário, o médico que conhece o paciente, porque o acompanha nos programas de gerenciamento de crônicos, tem a enorme vantagem de saber lidar com essas situações⁷. Permitir que seja ele, o médico do paciente, a porta de entrada para a demanda desses pacientes, evita internações desnecessárias, agiliza os cuidados, e também facilita a alta quando internados. Encurtar os dias de hospitalização é outro dos resultados que apresenta o desenho da gestão de crônicos.

É fácil perceber que essas experiências requerem o desenho adequado do modelo de assistência por parte dos gestores, aliado às competências do médico que lá atua e que deve ser convenientemente formado (8). E dentre essas competências é preciso destacar – como também se relata – a capacidade de comunicação do médico: com o paciente, com a família, e com os outros colegas. A habilidade em comunicar-se assume um protagonismo enorme, por exemplo, nos modelos de cuidados em **Instituições de Longa Permanência**, nos **Residenciais de Idosos**, e em toda a atuação descrita em **Cuidados Paliativos**. Este último cenário não se restringe a um ambiente específico, mas permeia os cuidados integrais e de pacientes crônicos que, em certo momento, requerem um “olhar de paliatividade” para otimizar a qualidade de vida. A formação específica do médico neste campo requer também investimento e competências adequadas^{9,10}.

As experiências aqui relatadas são relevantes porque nelas se consegue desenhar um modelo de cuidado à saúde do qual todos se beneficiam. É preciso um reconhecimento por parte dos gestores do investimento necessário para a formação do profissional que se traduz em capacidade de comunicar-se, na quantidade de tempo gasto em conversas com pacientes e familiares, algo que aparentemente resulta em menor produtividade¹¹. Na verdade, é o que garante sustentabilidade do projeto e deve como tal ser apoiada e financiada. A medicina humanizada é mais eficaz, mais simples, satisfaz o usuário e diminui custos¹².

6. Humanizar os profissionais: o caminho certo.

A competência que buscamos na formação dos futuros profissionais implica em Humanismo. Sem Humanismo, não há competência possível¹³. Nos dias de hoje, a medicina tem de ser forçosamente humana se quer pautar-se pela qualidade e pela excelência. Humanizar a Saúde é, assim, além de uma obrigação educacional, uma condição de sucesso para o profissional da área.

Neste sentido, a promoção de **Reuniões periódicas de Humanismo em Saúde**¹⁴, em que são debatidos temas referentes ao exercício filosófico da medicina, estudam-se as virtudes que sustentam as atitudes humanas do profissional de saúde, e invocam-se as humanidades como recurso educacional, são iniciativas que merecem atenção.

Ensinar humanismo é fomentar a reflexão sobre a condição humana, situação que envolve não apenas o paciente, como os próprios interessados: alunos e professores¹⁵. Não é um processo inócuo, onde quem o estuda se situa em posição isenta. Legisla-se em causa própria, e as conclusões comprometem, em primeiro lugar, o próprio legislador – o estudioso –, que não tem como furtar-se às consequências das suas próprias reflexões.

E assim, o que muitas vezes começou como pouco mais que uma curiosidade cultural, ou como necessidade instrumental da profissão que se quer exercer, debruça-se sobre a própria vida, envolvendo-a e interferindo sobre os próprios valores e perspectivas. Formar profissionais humanistas vai muito além de dar um verniz humanitário, mas instalar um processo de reflexão que lhe permita, de modo continuado, reavaliar sua opção vocacional, sua resposta como pessoa e como profissional. Um elemento essencial que se insere na sua alma e se faz vida da sua vida.

Posto isto, vale a pena repetir a pergunta: preocupo-me com a humanização ou me ocupo de fato? Mas, para isso, imperioso é responder antes a outra questão: será que quero mesmo ser humanizado?

REFERÊNCIAS

1. Greene G. The human factor. London: The Bodley Head; 1978.
2. Covey S. The 7 habits of highly effective people. New York: Simon & Schuster; 2020.
3. Correa FJL, Blasco PG, organizadores. La humanización de la salud y el humanismo médico en latinoamérica. Santiago de Chile: FELAIBE, SOBRAMFA y Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Central de Chile; 2018. v.1, p. 253.
4. Blasco PG. É possível humanizar a medicina? Reflexões a propósito do uso do cinema na educação médica. Mundo Saúde. 2010;34(3):357-67. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/610/550>
5. Blasco PG. O humanismo médico: em busca de uma humanização sustentável da medicina. RBM - Rev Bras Med. 2011;68:4-12.
6. O Estado de S. Paulo. Fórum Estadão. São Paulo, 11 set. 2019. Disponível em: <https://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/20190911-45984-nac-1-pri-a1-not>.
7. Stange K. The generalist approach [Editorial]. Ann Fam Med. 2009;7:198-203. doi: 10.1370/afm.1003.
8. Roncoletta A, Levites MR, Mônaco CF, Blasco PG. Las nuevas competencias del médico familiar: coordinando los cuidados en el hospital y atendiendo a los pacientes crónicos en su domicilio. Una experiencia brasileña. Arch Med Fam. 2009;11:78-89. Disponível em: https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2010_mai_nuevas_competencias_del_medico_familiar.pdf
9. Benedetto MAC, Pinheiro TRP, Levites MR, Blasco PG. Ambulatório didático de cuidados paliativos: relato de experiência. Rev Bras Cuidados Paliativos. 2010;(3):27-32. Disponível em: https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2011_mai_ambulatorio_didatico_de_cuidados_paliativos.pdf
10. Irie RM, Janaudis MA, Assunção CM, Moreto G, Levites MR. Cuidados paliativos: humanismo com o paciente, resolutividade na gestão hospitalar. RBM - Rev Bras Med (Rio de Janeiro). 2013;70:14-20. Disponível em: https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2013_jul_Cuidados_Paliativos_humanismo_com_o_paciente_resolutividade_na_gestao_hospitalar.pdf
11. Benedetto MAC, Janaudis MA, Leoto RF, Blasco PG. Pacientes, residentes y estudiantes descubriendo la medicina familiar. Arch Med Fam. 2006;8(1):9-17. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf061b.pdf>
12. Levites MR, Moreto G, Leoto RF, Roncoletta AFT, Janaudis MA, Blasco PG. Cuidando do diabético na perspectiva da medicina de família: impacto nos custos, prevenção eficaz e satisfação do paciente. Arch Med Fam. 2006;8(1):19-26. Disponível em: https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2006_ago_cuidando_paciente_diabetico.pdf
13. Levites MR, Blasco PG. Competencia y humanismo: la medicina familiar en busca de la excelencia. Arch Med Familiar Gen. 2009;6:2-9. Disponível em: https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2010_fev_competencia_y_humanismo.pdf
14. Meetings of Humanism in Health Education at SOBRAMFA. Disponível em: <https://sobramfa.com.br/cientifico/reuniao-de-humanismo-em-saude/>
15. Blasco PG, Benedetto MAC, Moreto G, Janaudis MA, Levites MR. Humanización en la docencia a médicos y estudiantes: desafíos y recursos metodológicos para llevar el humanismo a la práctica clínica. Santiago de Chile: Fundación Interamericana Ciencia y Vida; 2019. v.1, p.98. Disponível em: <https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2020/01/Humanizacion-en-la-Docencia-a-Medicos-y-Estudiantes.PDF.pdf>