

A HUMANIZAÇÃO E A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: A NECESSIDADE DE TRANSPOSIÇÃO DE MODELOS ASSISTÊNCIAIS

RUTHES VRM,

STIGAR R*.

Resumo: A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde propõe a transição para novos modelos de gestão e assistência em saúde. Ela preconiza a gestão participativa, o envolvimento dos diversos atores e principalmente a relação entre estes atores: usuários, profissionais de saúde e gestores. No que tange ao processo assistencial existem alguns valores que são defendidos, como a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade. Este modelo proposto, principalmente no processo de relacionamento entre o médico e o paciente ainda necessita de alguns avanços, principalmente no que tange a abordagem positivista e paternalista que ainda impera no Brasil. Um destes avanços está ligado diretamente ao desenvolvimento ou aperfeiçoamento de uma competência valorativa por parte do profissional, que possibilitaria a este não atuar somente como um técnico, mas também promovendo uma assistência compartilhada e respeitosa com o usuário, promovendo desta forma uma dignidade como pessoa humana.

Palavras-chave: Humanização, Relacionamento Médico – Paciente, Competência Valorativa.

Abstract: The National Humanization Policy of the Ministry of Health proposes to transition to new management and health care. She advocates participatory management, the involvement of different actors and especially the relationship between these actors: users, health professionals and managers. Regarding the care process there are some values that are defended, such as autonomy, the role and responsibility. This proposed, especially in the process of relationship between the physician and the patient model still needs some improvements, especially regarding the positivist and paternalistic approach that still prevails in Brazil. One of these advances is connected directly to the development or enhancement of evaluative competence by the professional, which would allow this act not only as a coach but also promoting a shared and respectful assistance with the user, thus enabling dignity as a human person .

Keywords: Humanization, Relationship Doctor – Patient, Competency evaluative.

INTRODUÇÃO

O processo de humanização em saúde, mais do que uma resposta a todo o clamor do pensamento humanístico pelo resgate da dignidade humana é, no Sistema de Saúde Brasileiro, uma necessidade. Isto tendo em vista que, desde sua constituição, o chamado Sistema Único de Saúde (SUS) vem encontrando uma série de dificuldades em várias áreas.

Dentre essas dificuldades citamos como mais urgentes a falta de disponibilidade de profissionais de saúde para trabalhar em todas as regiões do país; falta de estrutura tecnológica mínima para garantir um atendimento com segurança assistencial; falta de recursos financeiros e materiais; e por fim uma das várias dificuldades que aqui poderiam ser citadas que é a relação entre os profissionais de saúde e destes com os usuários.

Tendo em vista esta realidade foi estruturada pelo Ministério da Saúde, com a participação de vários atores sociais, a Política Nacional de Humanização (PNH) que tem como objetivo primaz defender, promover e valorizar a dignidade dos diferentes sujeitos incluídos no processo de geração de saúde: os usuários, os profissionais de saúde e os gestores em saúde.

Os valores que a direcionam a PNH são: a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre os mesmos, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva.

O CONTEXTO HISTÓRICO DA MEDICINA FACE À POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A partir dos valores citados acima percebemos que a PNH pretende implantar um processo de humanização que se fundamente em uma nova

forma de fazer gestão em saúde, mas também e principalmente, em uma nova relação entre os profissionais de saúde e entre estes e os usuários.

A medicina, como todas as ciências, é mais que um saber puro, ela se constitui uma construção histórica da civilização. Como afirma FEUERWERKER, os modelos sanitários, e em particular a prática e a educação médica em vigor em uma dada sociedade e em um dado momento histórico estão baseados na concepção predominante gerando modelos do processo saúde-doença.

Estes que são devidamente influenciados pelas relações socioeconômicas, políticas, religiosas e ideológicas “relacionadas com o saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre organização, administração dos serviços e a clientela dos serviços de saúde” (2002. p. 3).

Para GRACIA, estes modelos são imprescindíveis para compreendermos não só a educação formal dos Médicos (Graduação e Especializações), mas também a própria forma como os mesmos praticam a medicina. Para ele, nos diferentes tempos da civilização e em seus respectivos períodos de mudança é que se descobrem as novas possibilidades.

Diferentemente da teoria dos paradigmas de Thomas Kuhn¹, que se refere somente à ciência, GRACIA afirma que estes períodos ou Revoluções

¹ Esta era fundamentada no Pensamento Hegeliano no qual as ideias é que movem a ciência e a realidade. “Kuhn admitia que todo o conhecimento científico exigia estruturas interpretativas baseadas em paradigmas fundamentais ou modelos conceituais que permitissem que os pesquisadores isolassem do dados, elaborassem as teorias e resolvessem os problemas (...) Longe de sujeitar o próprio paradigma ao teste constante, a ciência normal evita contradizê-lo, interpretando rotineiramente os dados conflitantes de maneira que apoiassem esse paradigma ou deixando inteiramente de lado os dados incômodos. Numa extensão jamais admitida conscientemente pelos cientistas, a natureza da prática científica faz com que seu paradigma valha por si mesmo. O paradigma funciona como uma lente que filtra todas as observações e se mantém como um anteparo autorizado pela convenção (...) Kuhn ainda argumentava que, se a acumulação gradual de dados conflitantes finalmente produz uma crise de paradigma e uma nova síntese criativa para sê-la preferia pelos cientistas, O processo em que ocorre esta revolução esta longe do racional Ele também depende dos costumes estabelecidos na comunidade científica”. TARNAS. 2001. pp. 386-387.

são mais profundas e radicais e envolvem implicações políticas, sociais, culturais e científicas (GRACIA. 2010. p. 37).

No que tange a medicina o autor aponta três fases de mudança que a influenciaram substancialmente: a Revolução Neolítica, a Revolução Industrial e a Revolução Pós Industrial. Apresenta também quatro tempos históricos em que o processo saúde-doença-cuidado foi sendo modificado: o Período Pré-neolítico, o Neolítico, o da Revolução Industrial e o da Pós-Industrial, que constitui-se o modelo atual.

No período pré-neolítico, tendo em vista que os povos não sabiam transformar recursos em possibilidades, a sua economia e sua estrutura de vida era de mera subsistência. Tal panorama produzia um processo saúde-doença-cuidado focado fraturas e feridas devido ao processo da caça, como também na desnutrição devido à dificuldade de conseguir alimentos.

A medicina era exercida de forma empírica e experimental a partir do conjunto de ervas a que tinham acesso e conheciam o poder curativo. Segundo alguns historiadores talvez tenham chegado a conhecer técnicas cirúrgicas elementares, principalmente as de sutura. Cabe salientar que devido à características sociais a religiosidade, mesmo primitiva, permeava toda a vida social. Com a medicina não foi diferente, a medicina empírica coexistia com a religiosa e crédula (Cf. GRACIA. 2010. p. 40).

Com o desenvolvimento da agricultura e pecuária, meios poderosíssimos de transformação dos recursos naturais em possibilidades inicia-se um novo período histórico no qual as sociedades eram predominantemente rurais, divididas em estruturas profundamente estratificadas e desiguais.

Nestas o processo saúde-doença também passa por uma transformação: “Certas patologias tornaram-se menos recorrentes (...) enquanto surgiam novas e outras aumentavam. A ingestão elevada de

carboidratos resultou no aumento de certas doenças metabólicas” (GRACIA. 2010. p. 41).

O início da urbanização e a deficiência em aspectos sanitários e de higiene trouxeram todas as epidemias próprias deste tempo. Este cenário gerou um determinado tipo de medicina e assistência médica, que permaneceu até a Revolução Industrial.

Esta se constituía uma mescla entre a medicina entendida como religiosa ou sacerdotal e da laica que tinha agora seu fundamento no modelo de ciência cartesiano e baconiano fundamentado na experimentação empírica e na fragmentação do conhecimento. Cabe salientar que neste período temos o surgimento dos Hospitais como Entidades de Caridade e de tratamento para os pobres.

O período histórico posterior, o da Revolução Industrial fez originar a economia liberal – que se baseia na moral do trabalho e da poupança – e de um novo tipo de sociedade: a urbana e a industrial, que trouxe consigo uma série de problemas sanitários.

As cidades, principalmente as periferias onde moravam os proletários não possuíam estrutura mínima, as indústrias com as longas jornadas e as condições de insalubridade geraram um novo processo de saúde-doença. Ela foi caracterizada, por exemplo, pelo aumento da tuberculose e das doenças infecto contagiosas, como também pelas fraturas e mutilações ocorridas na dinâmica da industrialização.

No campo da medicina, o impacto desta Revolução² fez com que surgisse a chamada Ciência Moderna, que fundamentada na Filosofia Positivista tinha como fundamentos a neutralidade científica e a especialização extrema. “Com o aumento da riqueza, mais dinheiro foi carreado para as Universidades e para centros de investigação. A medicina moderna surgiu em

² “Com o aumento da riqueza, mais dinheiro foi carreado para as Universidades e para centros de investigação. A medicina moderna surgiu em fins do Século XVIII e se desenvolveu por todo o século XIX”. GRACIA. 2010. p. 43.

fins do Século XVIII e se desenvolveu por todo o século XIX” (GRACIA. 2010. p. 43).

O MODELO POSITIVISTA E A SUPERESPECIALIZAÇÃO DA MEDICINA

A medicina por sua vez tornou-se especializada, e nas cidades industrializadas do século XIX tivemos uma mudança considerável na assistência médica, que segundo GRACIA apresenta duas características principais:

De uma parte, a medicalização da assistência hospitalar, de modo que os hospitais passaram a ser visto não mais como instituições de caridade, mas como centros de assistência médica. De outra, o nascimento da saúde pública e da política sanitária (GRACIA. 2010. pp. 43-44).

Podemos afirmar que as modificações centrais neste período foram: A medicina passou de preponderantemente domiciliar à Hospitalar; O médico, por sua vez, foi rejeitando pouco a pouco sua inclusão no grupo dos generalistas, para assumir o papel de especialista; Isto se reverteu sobre o próprio ensino da medicina, que teve de abandonar seu clássico esquema de formação de médicos gerais em favor de outro fundamentado na formação de especialistas destinados a trabalhar preferencialmente no hospital (Cf. GRACIA. 2010. p. 68).

É relevante mencionar que até este período histórico encontra-se de forma muito arraigada e firme uma relação médico-paciente com características estritamente paternalistas, fundamentados na comunicação assimétrica e na total dependência do paciente para com o médico.

Após a I Guerra Mundial, mais especificamente a partir dos anos de 1920, com todas as suas modificações socioculturais, políticas e econômicas inicia-se um quatro período histórico: o pós-industrial.

Este só foi possível graças à segunda Revolução Industrial que foi “baseada no desenvolvimento do motor de explosão e na exploração do petróleo, que permitiu revolucionar as comunicações e os deslocamentos, a velocidade e preços até então considerados inatingíveis” (GRACIA, 2010. p. 44).

O grande resultado deste processo foi o surgimento da economia neoliberal e conseqüentemente a sociedade de consumo. Esta gerou um novo conceito de saúde que agora passa a ser entendida como bem de consumo. “A sociedade do *welfare* define a saúde em termos novos e distintos dos de qualquer outra época anterior, uma definição que a identifica com bem-estar” (GRACIA. 2010. p. 45).

A medicina, portanto passa a possuir três finalidades básicas: a prevenção, a promoção e o tratamento. O relacionamento com a paciente não é necessariamente e somente intervencionista é também educativo, participativo e gerador de autonomia.

Podemos perceber que, segundo esta abordagem existiram três grandes modelos de relação médico-paciente: a paternalista na qual o médico assume o papel de detentor do conhecimento e no qual o usuário é um simples paciente; a biotecnológica, na qual o foco é o tratamento da doença havendo uma despersonalização do usuário, e por fim a deliberativa, na qual o usuário possui um papel fundamental seja na prevenção de doenças, na promoção de sua saúde ou em seu processo terapêutico.

No Brasil, no processo atual processo de assistência, percebemos estes três modelos de forma clara, separados, ou interconectados, ou ainda em estado de simbiose. Esta realidade pluriforme é devida, ao que pontuamos no

início deste ensaio, a toda uma estrutura sanitária projetada pelo SUS, mas também a toda uma composição cultural das diferentes regiões de nosso país.

POR UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA HUMANIZADA

Tendo em vista a defesa e promoção dos direitos humanos, como também da dignidade assistencial, é necessário realizar uma transposição de modelo para o terceiro, que é o que vem ao encontro da proposta da Política Nacional de humanização. Vivemos em um tempo histórico em que a criticidade do pensamento assistencial e a defesa da vulnerabilidade do usuário devem ser o centro de todo e qualquer ação.

No que tange a medicina iniciou-se uma profunda reflexão se a função desta ciência era apenas estabelecer o catálogo dos fatos que se relacionam com a saúde e a doença, manipulando-os adequadamente. Em outras palavras, se a abordagem do profissional médico estava ligada apenas a intervenções técnicas, transformando as sensações subjetivas do paciente – os sintomas – em signos físicos, objetivos e confiáveis.

Como afirmamos anteriormente, o modelo que hoje responde a realidade social, o deliberativo, vai muito além de uma simples abordagem técnica e requer do profissional muito mais que habilidades voltadas a esta dimensão.

Assim sendo, entendemos como necessário o desenvolvimento de uma competência valorativa, que introduzam no processo terapêutico características consideradas fundamentais para que o mesmo seja considerado humanizado: reconhecimento da dignidade e autonomia, terapêutica baseada na deliberação dos diagnósticos junto ao usuário, entre outras.

Os valores podem e devem desempenhar um importantíssimo papel na medicina, que devem, portanto ser levados em conta pelo profissional, já que em caso contrário sua medicina poderá ser tecnicamente muito correta, mas não merecerá o adjetivo de humana. Humanizar a medicina é nela introduzir o mundo dos valores, leva-los em conta; é, em última instância, superar afinal o velho preconceito positivista (2010. p. 110).

Neste ponto poderíamos questionar: como podemos realizar esta transição de modelo assistencial paternalista para o deliberativo que é preconizado como um modelo mais humanizador?

Como já afirmamos é necessário ao profissional médico, na atualidade, o desenvolvimento de uma competência valorativa que, segundo Ortega y Gasset emerge a partir de uma formação metódica. REGO corrobora esta tese afirmando a “necessidade de reorganizar o saber-fazer em saúde, considerando a integralidade, a interdisciplinaridade e a recuperação da dimensão ética cuidadora” (2008. p. 483).

Todavia, tais reflexões e necessidades de um processo de formação valorativa esbarram na realidade do profissional médico no Brasil. Segundo dados do Conselho Federal de Medicina o número de profissionais registrados era de aproximadamente quatrocentos mil em outubro de 2012, totalizando dois profissionais por mil habitantes (SCHEFFER. 2013. p. 19). Além desta dimensão que gera uma carga horária de trabalho considerável, alia-se a preconização de uma contínua atualização técnica, por meio de Congressos, Especializações ou Programas de Educação Médica Continuada³.

Neste ponto podemos nos questionar de forma veemente: como possibilitar a promoção de uma competência valorativa neste contexto? Muitas poderiam ser as respostas, pois sabemos que as competências podem ser

³ A “Educação Médica continuada consiste em atividades educacionais que servem para manter, desenvolver ou melhorar o conhecimento, habilidades, além de relacionamento e desempenho profissional que médicos utilizam para prover serviços a pacientes, ao público ou à profissão”. (LEITE. 2010. p. 142).

desenvolvidas a partir de vários estímulos e de várias maneiras, mas defendemos que uma das possibilidades de promoção desta é por meio da Educação Formal ou Continuada dos Médicos. É necessário abordá-la em diferentes perspectivas⁴ e também torná-la um tema transversal à formação formal técnica.

Considerações Finais

Este artigo não pretende esgotar a presente temática, trata-se de um ensaio que procurou discorrer acerca da relação médico – paciente, mais especificamente como esta ao percurso dos tempos foi tendo diferentes formatos e como deve se configurar nos dias atuais para que seja uma relação produtora dos valores que regem a PNH.

Este modelo de assistência humanizada, principalmente no processo de relacionamento entre o médico e o paciente ainda necessita de alguns avanços, principalmente no que tange a abordagem positivista e paternalista que ainda impera no Brasil, necessitando assim de uma formação integral na esfera acadêmica, pautada nos princípios éticos e humanos.

Um destes avanços está ligado diretamente ao desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento de uma competência valorativa por parte do profissional, que possibilitaria a este não atuar somente como um técnico, mas também promovendo uma assistência compartilhada e respeitosa com o usuário.

REFERÊNCIAS

⁴ Uma perspectiva que vem crescendo, no últimos anos, é o uso das novas tecnologias educacionais, como a Educação a Distância para facilitar o acesso a programas de Educação Continuada.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº. 1.931.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

FEUERWERKER, Laura. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: processos e resultados.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

GRACIA, Diego. **Pensar a Bioética – metas e desafios.** Trad. Carlos Alberto Bárbaro. São Paulo: Loyola, 2010.

LEITE, Maria Tereza Meirelles. Educação Médica continuada online: potencial e desafios no cenário brasileiro. In: **Revista Brasileira de Educação Médica.** 34(1): 141-149; 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em medicina.** In: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf> Acesso 13/11/2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. Ed. Brasília: MS, 2010.

NEVES, Nedy. **A Medicina para além das normas: reflexões sobre o novo Código de Ética Médica.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque de. **Bioética e direitos humanos.** São Paulo: Loyola, 2011.

REGO, Sergio; et all. Bioética e Humanização como temas transversais na Formação Médica. In: **Revista Brasileira de Educação Médica.** 32 (4): 482-491; 2008.

SCHEFFER, Mário. **Demografia Médica no Brasil.** Vol. 2. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.