

Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão

Thinking about health related professions humanized practice

Bárbara Niegia Garcia de Goulart ¹
Brasília Maria Chiari ²

Abstract *This article intends to contribute with some reflections about contemporary clinical approach concerning humanized health assistance based on the review of literature indexed and published in Brazil at BVS and Scielo between 1987 and 2007, including some authors referred in these studies and published in the same period, when considered essential to consubstantiate the discussions presented. Matters are also discussed regarding humanized health care based on public policies and health related professional practices, as well as the possibilities for extending discussions related to the need of inclusion of these principles in various stages of the health professional background, from undergraduate studies. In addition, some propositions are presented to contribute with the education of the healthcare professional, as well as subsidies for the reflection related to curricular proposals and opportunities offered by university professors, who may strongly influence the professional education and, further, with the health assistance and health services practices.*

Key words *Humanization of assistance, Comprehensive health care, Healthcare assistance, Human resources in health, Higher education police*

Resumo *Este artigo se propõe a contribuir com subsídios para a reflexão da atuação clínica contemporânea sob a ótica da humanização da atenção à saúde a partir de revisão da literatura indexada e publicada no Brasil nas bases de dados da biblioteca virtual em saúde (BVS) e Scielo entre 1987 e 2007, bem como autores citados nestes estudos e publicados no mesmo período, quando considerado essencial para consubstanciar as discussões apresentadas. Também são discutidas questões ligadas à humanização da saúde a partir da concepção da humanização como política de saúde e como prática profissional, assim como possibilidades de ampliação da discussão da necessidade de incorporar tais premissas nas diversas etapas da formação dos alunos de graduação no que concerne ao tema. Além disso, são apresentadas proposições para contribuir à formação do profissional ligado ao setor saúde desde a graduação, bem como subsídios para a reflexão sobre as propostas curriculares e oportunidades oferecidas pelos professores universitários, os quais podem influir fortemente na formação profissional e, posteriormente, com o funcionamento e com as práticas vigentes nos serviços de saúde.*

Palavras-chave *Humanização da assistência, Assistência integral à saúde, Assistência à saúde, Recursos humanos em saúde, Política de educação superior*

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos 2600/211, Bom Fim. 90035-003 Porto Alegre RS.
bgoulart@via-rs.net

² Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de São Paulo.

Introdução

O conceito de humanização das práticas e da atenção à saúde está na pauta de discussões mundo afora há várias décadas e, nos últimos anos, vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente nas publicações ligadas à saúde coletiva.

Durante os séculos XIX e XX, muitos avanços tecnológicos passaram a ser aplicados na área da saúde, em todos os níveis de atenção, seja na prevenção, no controle de comorbidades (progresso da doença) ou na reabilitação.

Associado ao desenvolvimento tecnológico que experimentamos neste período, a doença vem sendo comumente interpretada pela concepção biomédica como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Este modelo considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais¹.

Por outro lado, há diversas discussões acerca das possibilidades de acesso dos sujeitos a essas tecnologias, seu custo para o sistema de saúde e a impossibilidade de que o progresso tecnológico elimine as demandas decorrentes da necessidade de contato direto entre pacientes e profissionais da área da saúde. Essas últimas, necessariamente passando pelo estabelecimento de relações de confiança, respeito e reciprocidade são reflexões que devem permear as práticas de atenção à saúde.

Não há como minimizar, ou mesmo desprezar, as importantes contribuições dos avanços tecnológicos baseados nestes princípios. Porém, cada vez mais constatamos que a dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença, assim como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não-verbal, precisam ser considerados nas relações entre o profissional da saúde e os usuários.

Este artigo se propõe a contribuir com subsídios para a reflexão da atuação clínica contemporânea sob a ótica da humanização da atenção à saúde, assim como possibilidades de ampliação da discussão da necessidade de incorporar tais premissas nas diversas etapas da formação dos alunos de graduação, no que concerne ao tema, nas diversas áreas que englobam a atenção à saúde a partir de revisão da literatura indexada e publicada nas bases de dados da biblioteca virtual em saúde (BVS) e Scielo nos últimos vinte anos no Brasil.

A humanização enquanto política de saúde

A crescente complexidade dos sistemas de saúde, os progressos da medicina e da ciência, além do fato da prática médica ter se tornado mais arriscada e, em muitos casos, mais impessoal e desumanizada, geralmente envolvendo grande burocracia, mostrou a importância de se reconhecer o direito do indivíduo à autodeterminação e de assegurar garantias de outros direitos dos pacientes².

Direitos sociais e direitos individuais dos pacientes são coisas distintas². Enquanto os primeiros são coletivos e dependem de escolhas e decisões políticas em cada sociedade, os direitos individuais podem ser mais facilmente expressos em termos absolutos e operacionalizados em função de pacientes tomados individualmente.

A saúde, como um direito humano fundamental, passou a ser preconizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial da Saúde (OMS) após a II Guerra Mundial. Em 1946, a ONU proclamou sua constituição, mencionando em nível internacional, pela primeira vez, a saúde como direito humano, corroborado posteriormente a partir da proclamação da Declaração dos Direitos Humanos em 1948³.

No Brasil, desde a década de setenta, temos notícias de diversos questionamentos, discussões e reflexões sobre o papel da saúde e, por consequência, do acesso aos serviços de atenção à saúde e aos direitos do paciente. A partir da promulgação da Constituição de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um bem ao qual todo cidadão tem direito, havendo determinação de que os serviços de saúde devem promover o acesso à informação sobre a saúde e potencial de atendimento e resolutividade, bem como preservar a autonomia das pessoas^{2,4}.

A partir da década de noventa, vários países membros da OMS assinaram declarações, em conjunto ou próprias, relativas a direitos de pacientes. Um dos objetivos da Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa é a implementação dos conceitos de respeito pelas pessoas e de promoção da equidade em saúde; o documento enfatiza o livre exercício da escolha individual e a necessidade de construção de mecanismos que garantam a qualidade do atendimento².

As reivindicações e a legislação de direitos do paciente, além de expressarem também transformações comuns a outros contextos da sociedade brasileira, são partes do processo de construção da democracia e da cidadania, tanto em relação ao papel do Estado quanto da sociedade, através

de suas organizações e associações². Associado a esses movimentos, artigos de todas as décadas mostram a necessidade de investir no trabalhador para a construção de uma assistência humana, considerando, inclusive, as condições adversas de trabalho apontadas como fatores “desumanizantes”, tais como baixos salários, número insuficiente de pessoal, sobrecarga de atividades e jornadas duplas ou triplas de trabalho⁵.

A temática ligada à humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que a atenção e o atendimento no setor saúde, calcados em princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário, dentre outros, demandam a revisão das práticas cotidianas com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário^{5,6}.

O conceito de humanização tem ocupado um lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de alcançar sua maior integralidade, efetividade e acesso⁷. Embora muito já tenha sido feito em termos da discussão e da reestruturação das tecnologias e do planejamento dos serviços, há, comparativamente, escassos trabalhos sobre as bases teóricas e filosóficas para as mudanças propostas.

Os conceitos de integralidade e de humanização devem ser discutidos e contextualizados sempre que forem empregados, pois são passíveis de interpretações variadas⁸. O autor ainda faz referência às políticas econômicas contemporâneas, destacando que estas têm sido avaliadas de acordo com sua capacidade de produzir crescimento ou estabilidade monetária e não necessariamente de melhorar as condições de vida das pessoas. Descreve, ainda, que a ordenação do espaço urbano há muito deixou de lado a preocupação com o bem-estar das pessoas e que, em saúde, é comum a redução de pessoas a objetos a serem manipulados pela clínica ou pela saúde pública.

Diante dos inúmeros obstáculos que hoje se apresentam para a assistência à saúde no país, sejam de ordem financeira, política, organizativa ou ética, coloca-se em pauta o fundamental debate sobre a qualidade da atenção prestada. Qualidade esta que diz respeito, de maneira indissociável, ao emprego de tecnologias, saberes, recursos considerados adequados e disponibilizados num contexto singular: o do encontro entre quem sofre, sejam indivíduos ou populações, e aqueles que se dedicam a mitigar este sofrimento, profissionais de saúde, gestores ou técnicos⁹.

Se a humanização não pode ser tomada como um princípio, mas se propõe como política, é porque sua efetividade não se faz enquanto proposta geral e abstrata. No entanto, não basta defender o caráter específico e concreto das práticas de humanização, pois tomá-las em sua especificidade pode incorrer no risco de repetir a tendência da compartimentalização e isolamento das ações como, por exemplo, a separação entre a humanização do parto e a humanização das emergências¹⁰. Os autores colocam uma difícil questão em relação à proposição de uma política de humanização que não se confunda com um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), o que a tornaria ampla e genérica; nem abstrata, porque se estivesse fora das singularidades da experiência, também poderia contribuir com a compartimentalização.

Outra questão levantada por alguns autores^{5,7} diz respeito aos trabalhadores da saúde. Há de refletir se estes se encontram em condições de garantir um atendimento humanizado, tendo em vista que, quase sempre, são submetidos a processos de trabalhos mecanizados que os limitam na possibilidade de se transformar em pessoas mais críticas e sensíveis, bem como se encontram fragilizados no conviver contínuo com a dor, o sofrimento, a morte e a miséria.

Em relação à proposição da humanização como política de saúde, também há de considerar a formação, desde a graduação, dos profissionais que fazem funcionar cotidianamente os serviços de saúde^{7,11}. É necessário que se pense (e aja!) de forma a contemplar sistematicamente a humanização das ações, desde a concepção e planejamento das ações, programas ou atividades e rotinas dos serviços de saúde, até as políticas e propostas ligadas à macro gestão do sistema e serviços de saúde.

Cabe indagar sobre o modelo de atenção humanizada que se deseja. Defende que os diversos atores (e setores) da sociedade devem ser envolvidos nas discussões sobre essa questão⁹.

Em 2004, foi publicada a Política Nacional de Humanização¹², a qual defende como “marcas” a serem atingidas um atendimento resolutivo e acolhedor, combatendo a despersonalização a que são submetidos os usuários dos serviços, garantindo-lhes seus direitos instituídos em “códigos dos usuários”, além de garantir educação permanente aos profissionais bem como a participação nos modos de gestão.

À medida que o movimento pela humanização se eleva da predicação moral para uma preocupação operativa do direito à saúde, com a re-

organização dos serviços e das práticas em saúde, ele incorpora de maneira simbiótica a categoria da satisfação dos usuários¹³. Os autores destacam que esta proposta de humanização (ou satisfação radical) é a possibilidade de abrir a organização para o cidadão, indo além da mensuração de graus quantitativos de satisfação, incorporando a opinião e reivindicações da população neste processo de mudanças e contribuindo para uma tomada de consciência mútua dos profissionais e cidadãos de novas finalidades e projetos comuns para a saúde^{10,13}.

A humanização, esvaziada desses conteúdos, restringe os sentidos e as consequências da sua ação operacional ao limite da metodologia da “Qualidade Total” com sua preocupação restrita, focada internamente na organização, nos seus processos e no exercício da modulação organizacional, segundo as necessidades “necessárias”. De tal forma que o movimento da humanização fica restrito, focado na organização, exaltando conhecimentos, técnicas e habilidades interacionais dos profissionais. Nesse caso, apesar de alguma diferença vernácula, se tal preocupação não encontrar um fundamento mais amplo e aberto, poderá limitar-se ao mesmo horizonte do movimento da qualidade¹³.

Como estratégia de atenção à saúde, na qualidade de política de Estado, é necessário que a humanização seja implementada como uma política transversal, que atualiza um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. A humanização como política transversal supõe, necessariamente, ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Entendemos, entretanto, que tal situação de transversalidade não deve significar um ficar fora, ou ao lado, do SUS¹⁴.

O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, a tarefa se apresenta dupla e inequívoca: produção de saúde e produção de sujeitos. Construir tal política impõe mais do que nunca que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede, criando e/ou fortalecendo mecanismos de coletivização e pactuação, sempre orientados pelo direito à saúde que o SUS na constituição brasileira consoli-

do como conquista. É no coletivo da rede SUS que novas subjetividades emergem engajadas em práticas de saúde construídas e pactuadas coletivamente, reinventando os modelos de atenção e de gestão¹⁰.

Para que todo o sistema funcione de modo a considerar a diversidade de aspectos envolvidos para que se garanta a atenção integral e humanizada à saúde, todos os níveis e esferas de gestão e implementação das ações, bem como a sociedade usuária dos serviços de saúde, devem estar atentos e constantemente os envolvidos devem ser lembrados, cobrados e/ou solicitados a atuar de forma a contemplar essa proposta de atuação, prestação de serviço e trabalho no setor saúde, dependendo do ponto que se atua ou utiliza o serviço de saúde.

Atuação profissional humanizada x atuação profissional humanizadora

A reivindicação de humanização do atendimento por parte dos movimentos sociais e associações de defesa de direitos de pacientes, sobretudo aquelas de certos grupos mais vulneráveis e/ou organizados, como pacientes idosos, portadores de HIV e de distúrbios mentais, é parte desse processo mais amplo de democratização do estado e da sociedade no Brasil². Buscar formas efetivas para humanizar a prática em saúde implica aproximação crítica que permita compreender a temática para além de seus componentes técnicos e instrumentais, envolvendo, essencialmente, as dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido⁵.

Ao pensar nesses processos de subjetivação voltamos ao jogo das interações, das relações face a face que constroem o cotidiano do que costumamos chamar de “assistência”⁹. Mas, como sabemos, este projeto somente se realiza se for tomado como um modo de gestão, um modo de realizar a atenção em saúde, uma práxis. Carece, portanto, de estratégias não só de produção, mas de reprodução deste modelo. Neste sentido, o investimento na formação de profissionais e gestores é estratégia importante, cuja sustentabilidade se dá a partir da disseminação de mecanismos ideológicos contra-hegemônicos e de alianças que garantam adesão e continuidade de tal projeto.

É necessário refletir um pouco sobre as concepções que fundamentam o modelo biomédico¹. Essa demanda exige a implementação de mudanças visando à aquisição de competências na formação dos médicos que, enquanto restrita ao modelo biomédico, encontra-se impossibilitada

de considerar a experiência do sofrimento como integrante da sua relação profissional. Os autores reforçam que é importante considerar criticamente o desenvolvimento do modelo biomédico como contexto no qual se configuram formas de relação médico-paciente e, assim, ter uma posição ativa e crítica na busca de uma nova prática.

Essas reflexões aplicam-se, igualmente, à formação dos enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, farmacêuticos, etc. no que se refere à relação com os pacientes e seus familiares na atenção à saúde, conforme propomos discorrer neste trabalho. O modelo de atenção à saúde baseado nos clássicos pressupostos biomédicos ainda está fortemente enraizado nas escolas de formação dos vários cursos de graduação da saúde, seja em instituições de ensino públicas ou privadas.

Dois desafios se apresentam à construção de um modelo de atenção humanizado e, ao mesmo tempo, humanizador: a produção de um cuidado orientado pelo reconhecimento de pessoa (o sentido de ser membro, de pertencimento a um *ethos* a uma cultura, a um grupo que define os próprios significados do “eu”) e de sujeito (o sentido de uma identidade a partir de uma biografia singular, articulada a uma cultura, capaz de dotar de legitimidade a autonomia de cada um)¹.

A definição de pessoa passa pelo reconhecimento e respeito a outros e distintos referenciais culturais. A noção de sujeito nos lança ao discurso ético da autonomia, das escolhas e decisões à luz das condições de gênero, posição social e etnia/raça¹. É sempre oportuno perguntar quem goza do *status* de pessoa e de sujeito nas práticas de assistência prestada nos serviços de saúde; quais capitais de protagonismo e autonomia os diferentes atores usufruem e quais as margens e mecanismos de negociação e ampliação destas fronteiras^{1,9}.

Trata-se de uma proposta que busca aprofundar uma análise crítica das lógicas e relações que dão forma e sentido ao modelo vigente de produzir os cuidados em saúde.

Sob o amplo e polissêmico termo de “humanização” potencializam-se essas novas propostas da atenção à saúde da criança, da mulher, da população, enfim. Propostas que põem em destaque o respeito à diferença, a valorização do protagonismo dos sujeitos (profissionais e pacientes) e a centralidade do diálogo permeando as relações⁹.

Entretanto, como toda proposta que é diretriz teórico-filosófica, campo discursivo, mas também se materializa em ação institucionalizada, demanda uma análise de sua incorporação, leituras e apro-

priações no cotidiano dos serviços⁹. O autor apresenta alguns questionamentos, tais como: como as propostas de humanização são incorporadas às regras, hierarquias, negociações das instituições de saúde? Como as “políticas de humanização” se transformam em ação prática e como são renegociadas pelos sujeitos nessa ação prática?

Estas questões são cruciais, devem ser pensadas pelos gestores, pelos trabalhadores e pelos próprios pacientes e seus familiares, usuários dos serviços de saúde. Também devem ser trazidas à baila durante a trajetória de formação no ensino superior dos futuros profissionais da saúde, especialmente durante as atividades práticas e nos estágios curriculares. Analisar obstáculos e potencialidades à luz das experiências torna-se um exame dialeticamente necessário⁹.

A humanização poderá abarcar um projeto com este teor, ou não. De qualquer modo, é um conceito que tem um potencial para se opor à tendência cada vez mais competitiva e violenta da organização social contemporânea⁸. A humanização tende a lembrar que necessitamos de solidariedade e de apoio social; é uma lembrança permanente sobre a vulnerabilidade nossa e dos outros; um alerta contra a violência⁸. Aumentar os graus de transversalidade é superar a organização do campo assentada em códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da verticalidade e horizontalidade: um eixo vertical que hierarquiza os gestores, trabalhadores e usuários e um eixo horizontal que cria comunicações que não se cruzam entre si. Ampliar o grau de transversalidade é produzir uma comunicação multivetorializada, construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal¹⁰.

A gestão efetivamente transversalizada requer, além de dar espaço para a discussão e apresentação de proposições por todos os atores envolvidos nas ações (ou nas consequências destas, como no caso dos usuários dos serviços de saúde), que efetivamente se considere para a tomada de decisão, gestão e implementação de ações nos serviços de saúde as demandas, anseios e percepções de todos os envolvidos nas rotinas destes. Caso contrário, todas as questões abordadas e consideradas anteriormente acabam caindo em contradição.

Ou seja, buscar a opinião e sugestão de diversos interlocutores e, ao fim, quando da tomada de decisão, desconsiderar estas questões pode acabar por produzir efeitos negativos, e até nocivos, quando da atenção à saúde.

A humanização é também um objetivo permanente, uma meta central a ser buscada por qualquer política ou projeto de saúde⁸.

A humanização, quando considerada sob esta perspectiva, é uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas. A humanização da clínica e da saúde pública depende de uma reforma da tradição de atenção centrada no atendimento médico assistencial e epidemiológico em seu aspecto mais conservador.

Uma reestruturação que resulte em mudanças efetivas e sustentáveis, que perdurem no cotidiano das práticas e atenção em geral ligadas à promoção e manutenção da saúde, requer a combinação da objetivização científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de operar decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção, trazendo mais humanização aos processos em que profissionais e usuários dos serviços de saúde se relacionam.

O trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos. Não há como realizar esta síntese sem o concurso ativo dos usuários, não há saber técnico que realize por si só este tipo de integração⁸.

Alguns autores trazem à baila a importância dos trabalhadores na humanização do atendimento, da atenção à saúde: desde o contato inicial do paciente e sua família com o serviço de saúde, até a realização de procedimentos e acompanhamento após a realização de procedimentos e/ou intervenções^{5,7}.

Mudamos as relações no campo da saúde quando, por um lado, experimentamos a inseparabilidade entre as práticas de cuidado e de gestão do cuidado, ou seja, os procedimentos técnicos inerentes à atuação do profissional na atenção para promoção da saúde do paciente e gerenciamento de todos os outros procedimentos administrativos, burocráticos e/ou documentais que são inerentes à esta atuação. Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem, na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. Para tanto, são necessários arranjos e dispositivos que interfiram nas formas de relacionamento nos serviços e nas outras esferas do sistema, garantindo práticas de corresponsabilização, de cogestão, de grupalização¹⁵.

A humanização enquanto prática sob a égide da formação do profissional ligado ao setor saúde

Em um passado próximo, quando a valorização exagerada da ciência se sobrepunha à experiência pessoal, as fontes de paixão explícitas do profissional eram a ciência e a arte¹. Esta concepção impunha ao profissional de saúde (no artigo citado, os autores tomam como base os médicos, mas podemos conceber uma generalização em relação às profissões ligadas à área da saúde) uma necessidade de colocar-se em posição de superioridade, de diferenciação¹.

A não consideração das dimensões comunicativas (verbais ou não) sobre a relação médico-paciente pode trazer: a) a incompreensão por parte do médico das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor, o sofrimento; b) a falta ou a dificuldade de transmitir informações adequadas ao paciente; c) a dificuldade do paciente na adesão ao tratamento¹⁶.

Na perspectiva dessa práxis transformadora, ganha importância a relação entre profissionais de saúde e usuários, ou seja, passagem do ambiente relacional de individualismos com individualismos para o ambiente relacional de sujeitos sociais com sujeitos sociais. Isto é, o subjetivo extravasa o plano dos afetos íntimos, sem abdicar dele, e ganha, também, significado e expressão como parte integrante de um projeto social e de seus objetivos¹³.

A humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. Para ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico¹⁰. A discussão das desigualdades sociais deve ser inserida no enfoque da bioética à relação médico-paciente¹⁷. A compreensão e adequação dos princípios de justiça e de autonomia, enfatizando a dignidade da pessoa humana, são pilares na relação médico-paciente contemporânea.

Estudo publicado¹ demonstra subsídios que sugerem mudança de valores, não em função de um enquadramento teórico-científico, mas das experiências dos médicos enquanto pacientes. O que, novamente, vale ressaltar, certamente é aplicável, ao menos para reflexão e subsídio para

outros estudos de acordo com as especificidades de casa profissão ligada ao setor saúde.

Essa vivência da condição oposta à que caracteriza seu cotidiano tem sido atualmente valorizada, já que é produtora de um conhecimento que nasce de uma experiência pessoal, contrária ao conhecimento científico, não sendo replicável, não sendo controlável e, por vezes, até mesmo explicitada como difícil de ser relatada¹.

Humanizar a relação com o doente realmente exige que o trabalhador valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar⁵. Porém, ressaltam os autores, tal relação não supõe um ato de caridade exercido por profissionais abnegados e já portadores de qualidades humanas essenciais, mas um encontro entre sujeitos, pessoas humanas, que podem construir uma relação saudável, compartilhando saber, poder e experiência vivida.

O somatório da experiência clínica nos ambulatórios de avaliação/diagnóstico dos distúrbios da comunicação humana em suas conexões com as outras áreas de conhecimento e da pesquisa vem corroborando a importância da anamnese na compreensão do desenvolvimento do indivíduo¹⁸. Além disso, as autoras referem que a anamnese pode constituir uma oportunidade de estabelecimento de vínculos entre o fonoaudiólogo e a família, fundamentais para a atuação clínica.

Esta concepção pode ser dirigida ao médico (ou, como proposta neste artigo, ao profissional de saúde), a quem se tem incentivado e até exigido uma sensibilidade, frequentemente pouco definida ou explicitada, mas que pode ser referida como a sensibilidade daquele que já ocupou o lugar de doente¹. Ter sensibilidade para a escuta e o diálogo, mantendo relações éticas e solidárias, envolve um aprendizado contínuo e vivencial, pouco enfatizado no ambiente de trabalho, levando-se em conta, ainda, o predomínio de estruturas administrativas tradicionais, rígidas e burocratizadas⁵.

Os pacientes que avaliaram a relação médico-paciente como insatisfatória (péssimo, ruim ou regular) também emitiram comentários de cunho pessoal:

Ele é legal. Se coloca como médico. Não como nosso amigo.

Faltou só mais atenção e conversa.

Mais para grosseiro. Parecia que não gostava do que faz.

Outro paciente atribuiu o tipo de relação médico-paciente às diferenças entre as formações profissionais: ***O paciente precisa falar com o médico. Uma palavra dele vale muito. Não mentir***

nem falhar nas informações. Por exemplo: você está conversando e estou me sentindo bem. Se fosse médica, será que conversaria? Tem médicos que nem olham pra gente. Acho que aprendem isso no estudo¹⁷. Do total de pacientes, 28 afirmaram que os médicos os chamavam pelo nome, complementando a resposta com a explicação de que existe na cama uma “placa” com os nomes deles. Outros quatro pacientes afirmaram que os médicos não falavam os seus nomes, mesmo existindo tais placas nas camas. Chegavam, examinavam e saíam. Os autores também trazem um comentário de um paciente que participou de seu estudo, sobre apoio à necessidade da empatia e interesse pela vida: ***É muito importante saberem da vida da gente. Eles deviam aprender a conversar. A gente ia se sentir mais à vontade.***

Neste estudo, dos quinze pacientes que avaliaram a relação médico-paciente como insatisfatória, catorze afirmaram que havia algo a desejar nas explicações dadas.

Os dados e os comentários aqui relatados corroboram a afirmativa de que a relação médico-paciente (do profissional de saúde com o paciente e seus familiares, como propomos neste artigo) é um dos capítulos mais intrigantes na comunicação humana. Ela é baseada na confiança que o médico inspira e na compreensão do paciente sobre a realidade do médico. Escutar com atenção ao outro e respeitar o próximo significam reverenciar o ser humano. A autêntica escuta exige paciência, atenção e interesse. O profissional da área da saúde que quiser desenvolver com o paciente uma relação construtiva precisa escutá-lo com atenção, o que exige sensibilidade.

Relato de um dos pacientes estudados, no qual este deixa transparecer a sua avaliação quanto à importância da comunicação, em seu sentido mais humanizado e completo, de compreender, ouvir, tocar: ***O Dr. XXX olha pra gente, escuta a gente. Não tem medo de pegar, não tem pressa de ouvir. É com tanto jeito, que até parece que está pegando numa moça. Com uma mão macia e delicada, sem ser desrespeitoso e nem mole demais***¹⁷. A “expectativa cerimonial”¹⁷ configura-se como direito do paciente, fundamentado no princípio da Justiça: o direito de identificar no médico a imagem de “um ente ungido de poderes excepcionais” – conhecimento científico e procedimentos cerimoniais que remetem o paciente a um imaginário cultural oriundo da imagem mítica da arte de curar hipocrática. O exercício da medicina pressupõe a obrigatoriedade de, pelo menos, não afrontar a cultura dos pacientes, conforme destacam os autores.

Tal premissa deve ser fortemente considerada por todos aqueles que atuam de alguma forma nos serviços de saúde, em qualquer nível de complexidade e qualquer função, pois o paciente e seus familiares têm uma história, suas crenças e demandas que devem ser consideradas desde o primeiro contato, passando pelo processo diagnóstico e quando da seleção e indicação do tratamento¹⁸.

O baixo nível de escolaridade e de condições socioeconômicas dos pacientes pode estar associado ao baixo padrão de percepção dos seus direitos e ao pequeno nível de exigência, mas, em seu estudo, essa associação não obteve significância estatística¹⁷. Esses dados podem demonstrar indícios da necessidade de construção de novo estudo, tendo como base a avaliação da relação médico-paciente no contexto das desigualdades sociais, conforme descrevem os autores. Estas questões também são apontadas em relato de experiência publicado em 2006⁷.

A partir da análise do contexto das interações, identificaram a demonstração de sentimentos, que decodificaram, principalmente, como interesse, atenção, tranquilidade/descontração, surpresa, tensão/medo, cansaço, inquietação, indiferença, ansiedade e irritação¹⁹. Os autores descrevem como demonstração de sentimentos de interesse o que ocorreu em várias interações quando, ao fazer perguntas ao usuário, o enfermeiro olhava nos olhos com atenção enquanto o mesmo respondia. Como expressão de surpresa, citam uma situação em que, ao escutar uma resposta do usuário, o enfermeiro franziu a testa erguendo as sobrancelhas e aumentando a abertura dos olhos fez uma afirmação de modo exclamativo. Para exemplificar a demonstração de tranquilidade/descontração durante a interação, mencionam a situação em que o usuário relatava com bom humor sua rotina de afazeres domésticos e o enfermeiro ria alto com ele. Como sentimento de tensão/medo, citam um momento, durante o início de uma interação, em que o enfermeiro, ao explicar o motivo da orientação, embora próximo ao usuário, mantinha as pernas cruzadas e as mãos entre elas, numa postura corporal contraída. O cansaço pôde ser identificado quando, em uma das interações, o enfermeiro escutava a usuária relatar seu estado de saúde clínico, colocando as duas mãos entrelaçadas na nuca, fez um gesto de alongamento, como se estivesse se espreguiçando. Um exemplo de demonstração de inquietação pôde ser notado durante uma interação quando o enfermeiro escutava em silêncio o relato do usuário e de seu acompanhante como estava após a alta hospita-

lar que havia ocorrido há pouco. Enquanto ouvia, mantinha sob a mesa os pés cruzados fazendo movimentos rápidos e, na mão, segurava uma caneta que também com movimentos rápidos, batia no papel. Em relação à demonstração de sentimento de indiferença quando, em uma das interações, os interlocutores estavam sentados lado a lado, a usuária comentava com empolgação as orientações recebidas pelo enfermeiro e aproximou-se tocando as mãos do mesmo, e este permaneceu na mesma posição, sem retribuir o toque. A demonstração de sentimento de irritação foi observada em uma interação quando o enfermeiro questionou se a usuária ou sua acompanhante teriam mais perguntas a fazer, ao que a usuária respondeu “*não, agora eu quero ir para minha casa*”, e o enfermeiro, ao lhe dizer que era seu direito, alterou e aumentou o tom de voz e ritmo da fala, claramente irritado.

Em algumas das interações observadas, os autores perceberam, por alguns instantes, que a presença dos pesquisadores causava algum desconforto ao enfermeiro por saber que a interação estava sendo observada¹⁹. A expressão de desconforto foi detectada pelos autores quando, em algum momento, o olhar do enfermeiro em nossa direção era insistente, o que de modo não-verbal “respondiam” desviando propositadamente o olhar, tentando assim diminuir a interferência.

Os autores¹⁹ enfatizam que a análise dos dados permite afirmar que os sinais não-verbais mais percebidos nas interações foram os de demonstração de sentimentos, decodificados principalmente, como interesse, atenção, tranquilidade/descontração, surpresa, tensão/medo, cansaço, inquietação, indiferença, ansiedade e irritação. Concluem que o enfermeiro deve estar atento a essa demonstração de sentimentos como elemento facilitador, não permitindo que, ao contrário, se torne entrave na interação. Outra função básica da comunicação não-verbal observada nas interações e que julgam merecer destaque é a contradição do verbal, alertando-nos que a maneira contraditória de emitir mensagens pode dar uma interpretação dupla ou distorcida da mensagem enviada ao usuário¹⁹.

Também descrevem que, em seu estudo, a maioria dos enfermeiros pesquisados não esteve suficientemente atenta para perceber conscientemente o quanto a forma não-verbal de comunicar-se pode influenciar a assistência e a humanização dos atendimentos¹⁹.

Mas a redefinição do conceito de humanização deve ganhar outra amplitude quando estamos implicados na construção de políticas pú-

blicas de saúde. Afinal, de que nos serve este esforço conceitual se isso não resultar em alteração nas práticas concretas dos serviços de saúde, na melhoria da qualidade de vida dos usuários e na melhora das condições de trabalho dos profissionais de saúde? Neste sentido, impõe-se um outro desafio, o da alteração dos modos de fazer, de trabalhar, de produzir no campo da saúde¹⁰.

O debate que envolve a humanização aposta em processos relacionais ressignificados, tendo como horizonte uma maior reciprocidade entre as expectativas de vida, de felicidade e a produção dos cuidados. O processo terapêutico, neste sentido, ganha em validade cultural e afetiva, ampliando sua legitimidade⁹.

Puccini e Cecílio¹³ questionam em seu artigo se no decorrer do tempo a espécie humana, envolvida na luta pela sobrevivência, perdeu a sua “essência humana” e perguntam: o que seria então essa essência? Em que remoto tempo e lugar ela estaria trancada e esquecida, de modo que um mutirão da boa vontade precisasse urgentemente resgatá-la desta situação de refém da razão? Seria um novo ribombar do pecado original? Perdemos a fé e estamos pagando pela nossa dissidência com o transcendental? Maltratamos tanto a natureza que acabamos perdendo a noção da nossa própria conduta natural biológica?

Esse movimento de exigência de humanização das atividades humanas não é, absolutamente, novidade na área da saúde nem na sociedade em geral. Ele expressa o estranhamento do homem diante de seu mundo. Entretanto, embora isso seja rotineiro, é interessante observar o alto risco de seu tom discursivo redundante, tal como de um culto religioso, pois já sendo as ações humanas (sejam elas julgadas boas ou más) pertencentes ao homem, por que então falar em humanizá-las? Para explicar esse paradoxo, é necessário cautela para não valorizar as subjetividades abusivamente, ultrapassando o alcance de sua potência transformadora e produzindo uma “psicologização” do processo social¹³.

A humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. A reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, bem como no de explicitar com clareza a responsabilidade sanitária, são instrumentos poderosos para mudança. Na realidade, a construção de organizações que estimulem os operadores a considerar que lidam com outras pessoas durante todo o tempo, e que

estas pessoas, como eles próprios, têm interesses e desejos com os quais se deve compor, é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência⁸.

Para a maioria dos clínicos, a questão da relação com seus clientes remete basicamente a algumas aulas da graduação, ou aparece na forma de um discurso mais ou menos lírico, utilizado em conversas entre colegas, frequentemente sem maiores correlações com a realidade vivida nos consultórios e enfermarias. Mostra-se, desta forma, desprovida de qualquer conteúdo positivo ou intrínseco às aptidões objetivamente exigidas para o cuidado dos doentes; portanto, um conceito idealizado. Por outro lado, boa parte das críticas dirigidas à forma como se estabelece usualmente esta relação carece igualmente da proposição de alternativas factíveis dentro da realidade cotidiana dos profissionais de saúde e, portanto, compartilham da mesma ilusão idealista¹¹.

É um preconceito considerar que o médico, novamente, ressalte-se o profissional da saúde em geral, deva ser amigo ou gostar de seus pacientes. Este preconceito é incapaz de dar conta da prática clínica concreta e reduzir esta relação a uma questão afetiva significa esvaziá-la de qualquer conteúdo instrumentalizável, destinando-a ao universo do aleatório. Aleatório aqui não significa, de modo algum, neutro, porque, na verdade, este esvaziamento ajuda a encobrir outros mecanismos bem mais sutis em que a relação, da forma como é estabelecida, segue produzindo seus efeitos no indivíduo e na sociedade¹¹.

A definição do que é doença e, em contraposição, do que é saúde passa a depender do achado de substratos anatômicos e fisiopatológicos que identifiquem uma ou, na ausência desta, a outra, e, por conseguinte, estas passam a ser definidas não pelo doente, mas pelo médico. Destitui-se, assim, a experiência da doença do seu caráter subjetivo, negando ao paciente o direito de sentir aquilo que ele relata caso não exista uma base cientificamente definida para esta sensação¹¹.

De todo modo, talvez pelo fato de atuarmos na área clínica (seja na supervisão de acadêmicos de graduação ou profissionais em formação continuada, na pós-graduação), temos a expectativa de, mesmo de forma bastante restrita, contrariar a tradição de distância entre este debate e a prática médica (ou de outras áreas ligas ao setor saúde e que atuam diretamente com os usuários deste) e levantar questões que atendam aos interesses dos colegas e colaborem com sua atividade profissional. É, portanto, uma intenção pragmática que justifica este texto, mesmo conside-

rando que os aspectos levantados mereceriam um tratamento por um viés mais teórico¹¹.

A perspectiva que se busca assumir no presente estudo considera a humanização em um sentido genérico, que atravessa, na verdade, as diferentes dimensões⁹. Diz respeito, fundamentalmente, a uma perspectiva filosófica, a partir da qual o ideal de humanização pode ser genericamente definido como um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum²⁰.

Este é, obviamente, apenas um dos aspectos da questão da qualidade do atendimento, mas certamente é um deles. De qualquer modo, para que o debate da relação com o paciente ultrapasse os limites do idealismo, deve-se situar os campos de prática médica (e das profissões ligadas à promoção da saúde), as diferentes racionalidades envolvidas, e, a partir disto, definir condições que favoreçam o surgimento de uma relação entre sujeitos e, portanto, entre seres humanos¹¹.

Em estudo realizado sobre o atendimento médico, alguns dos pacientes que afirmaram ter tido visitas com mais de dez minutos emitiram os seguintes comentários:

O doutor examinava e conversava.

Chegava brincando e perguntando como eu estava e como me sentia.

Me aconselhava a ter muito cuidado com o meu problema, que era sério. Também não posso me machucar.

Explicava a medicação e aconselhava muito. Principalmente a evitar bebidas.

Percebe-se, assim, a clara relação entre os tempos de visita e o nível de envolvimento pessoal na consulta¹⁷. Alguns pacientes demonstram expectativa do estabelecimento da comunicação durante o tratamento: ***Falava comigo, encajava a operação e ia embora. Eu queria mais informações. Quando a gente sabe sobre o que tem, é melhor.*** Outros revelaram certa frustração diante da pouca comunicação estabelecida: ***O médico não explicava nada, não perguntava nada. Acho que ele era rápido pra mim não perguntar. Deve não saber de nada***¹⁷.

Os trabalhos de “educação em saúde” fundamentalmente se constituem em palestras ou conselhos que são tentativas de imposição de comportamentos pensados por técnicos oriundos da classe média, que pouco compreendiam a dinâmica e condições de vida das classes populares, enquanto que o ideal é refletir a saúde a partir da realidade em que as pessoas vivem e de acordo

com as suas condições e interesses¹⁷. Pode-se, portanto, questionar a autonomia de pacientes que sequer possuem os direitos de opção por moradia e alimentação. Se não possuem sequer os direitos básicos da pessoa humana, como poderiam fazer respeitar sua própria autonomia?

Sendo assim, trazem à baila algumas questões a considerar: (1) ao buscar recolocar ativamente sob regime de validação as dimensões normativas da saúde, buscando ver, através e para além dos seus conteúdos tecnocientíficos, os seus significados relacional-formativos, as propostas de humanização das práticas de saúde reclamam critérios para a construção de consensos diversos daqueles exigidos para a validação dos saberes e ações mais restritos à instrumentalidade tecnocientífica; (2) os processos de construção dessa outra natureza de consenso exigem um esforço de renovação que se expande desde a esfera normativa, para outras, nas quais ela está também apoiada, reclamando novos conhecimentos objetivos e perspectivas subjetivas capazes de sustentar as novas interações desejadas²¹.

Do ponto de vista didático, podemos reconhecer a existência de dois tipos de abordagens: aquela que se define por uma listagem de habilidades do indivíduo – centrada no indivíduo – e aquela que se define por uma listagem de dificuldades – centrada na doença¹⁸. Na primeira, o parâmetro é a normalidade, nas outras, o parâmetro é o déficit, a doença.

Há que considerar que as propostas de humanização em saúde também envolvem repensar o processo de formação dos profissionais ainda centrado, predominantemente, no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas muitas vezes isoladas de exercício da crítica, criatividade e sensibilidade⁵.

Ressalte-se, ainda, que a humanização deve estar apoiada pela aprendizagem, pela reflexão, sem negar ou menosprezar os recursos tecnológicos presentes no cotidiano ligado à área da saúde, mas utilizando-os como recurso e não como finalidade da intervenção na saúde¹.

Nas relações interpessoais, inerentes ao exercício profissional, é a qualidade do encontro que determina sua eficiência. Reconhecidamente, a empatia, entendida como a troca de sensibilidade entre médico e paciente, é essencial neste encontro^{17, 21, 22}. Assim, na formação e na identificação do bom profissional médico, a relação médico-paciente é sempre referida como fundamental na promoção da qualidade do atendimento¹⁷.

Outra questão fundamental a ser abordada refere-se à dificuldade de ensinar “humanização”

nas relações interpessoais, considerando as questões subjetivas que se fazem presentes, tal como a sensibilidade⁵. Seria importante que, durante toda a sua formação profissional, os acadêmicos de graduação ou profissionais que buscam atualização na pós-graduação tivessem contato com professores e equipes de saúde que mostrassem na prática relações em que a humanização e o cuidado com o outro (paciente, usuário do serviço de saúde e sua família) fossem permeados pelas qualidades já descritas neste texto que resultam na atenção humanizada.

De qualquer modo, mantidos os mesmos instrumentais de formação e atuação vigentes, a saber, a anatomia patológica e a fisiopatologia, o encontro do médico (ou dos demais profissionais da área da saúde) com o doente ocorre unicamente na medida em que este é portador de uma lesão inscrita em seu corpo. Identificada, não a partir de sua percepção, mas em função de uma norma exterior a ele. A única informação capaz de ser compreendida, valorizada e transformada em diagnóstico e tratamento é a que se refere a este domínio. Portanto, a relação ocorre entre o médico e a doença do sujeito, independentemente do sujeito da doença¹¹.

A tutoria pode contribuir com a formação mais humanizada do profissional de saúde, pois estende oportunidades de relacionamentos verdadeiramente significativos com outras pessoas envolvidas no atendimento em saúde²³. Os autores descrevem, entre outras possibilidades, que a tutoria pode promover um olhar mais qualificado de reconhecimento do paciente como ser humano único, pode favorecer as habilidades de trabalho em grupo, promovendo a cooperação e estímulo constante de seus membros, além da troca de experiências de enfrentamento das dificuldades, o respeito a objetivos comuns e, em especial, a análise menos solitária e mais criativa dos problemas relacionados ao desenvolvimento da prática profissional futura.

É importante lembrar-se que a queixa do paciente é sua motivação para procurar e aderir ao tratamento, portanto, deve ser o centro do planejamento terapêutico da equipe⁴.

O paciente deve ser colocado em uma posição tão ativa quanto a do profissional de saúde, na medida em que a queixa do paciente guia o momento clínico e este repensar do lugar do paciente indica um dos alvos do projeto de humanização da medicina¹ e da atenção à saúde em geral.

Esta afirmação traz recordações da formação e de comentários que, por vezes, escutamos de nossos alunos de graduação, questionando-

nos sobre como se expressar diante de situações em que se sentem mobilizados e ficam evidentes suas emoções perante usuários ou familiares, não sendo incomum afirmarem haver recebido anteriormente orientações no sentido de ocultá-las, pois não seria adequado um profissional demonstrar seus sentimentos nestas situações¹⁹. Os autores reafirmam sua crença de que, ao reconhecermos nossas emoções, estaremos identificando também nossos limites emocionais, e usando-os de modo consciente, tornaremos as interações mais verdadeiras, o que acreditamos contribuir para o estabelecimento de vínculos mais confiáveis e terapêuticos.

As idéias e concepções hegemônicas relacionadas com a temática entre os estudantes dos diferentes cursos mostram um processo de formação no qual está ausente a concepção abrangente de saúde como eixo integrador comum no processo de treinamento na área. De fato, observa-se que a prevalência do modelo biomédico, hegemônico ainda no contexto social local, condiciona o universo simbólico dos participantes da pesquisa. Tal influência faz-se sentir, especialmente, entre estudantes da área biomédica, quando destacam a importância da formação teórica, das técnicas curativas em detrimento das preventivas e da ênfase ao aspecto biológico que subestima os aspectos psicológicos e sociais. Contudo, entre os estudantes das áreas não-biológicas, percebe-se também a visão fragmentada e restrita de saúde²⁴.

Constata-se que as relações sociais e as experiências significativas influenciaram substancialmente na escolha do curso. Outro dos argumentos que prevalece em quase todos os depoimentos é o intuito de ajudar as pessoas através das funções próprias de cada curso. Porém, percebe-se um marcado viés assistencialista permeando o sentido de tal ajuda. A análise do que os estudantes consideram como principais objetivos da profissão revelou ainda que cada curso têm uma visão parcializada do ser humano em virtude de suas práticas específicas. A preocupação por uma visão mais abrangente (uma perspectiva biopsicossocial) foi pouco mencionada, o que explica a dificuldade do trabalho em equipe e de um enfoque multidisciplinar em função da complexidade do ser humano²⁴.

Quanto aos aspectos mencionados como indispensáveis à formação profissional, destaca-se a necessidade de um sólido conhecimento teórico associado à prática, aliado a atributos de personalidade tais como esforço, empenho, decisão, iniciativa. Aspectos éticos e traços humanistas de

personalidade (responsabilidade, sensibilidade, honestidade, humanidade) são também mencionados, até mesmo em maior proporção. Fica claro em muitos depoimentos que um dos principais objetivos é garantir o sucesso profissional, o qual é ratificado quando falam das expectativas profissionais que giram em torno de serem reconhecidos profissionalmente, tanto em *status* quanto economicamente²⁴.

Em seu estudo, os autores observaram, também, muita preocupação com relação à inserção no mercado de trabalho, visto pela maioria dos estudantes, especialmente da área não-biomédica e das classes menos abastadas, como competitivo, saturado e difícil. Isto leva alguns deles a considerarem como necessário os estudos de pós-graduação, não apenas para aprofundar conhecimentos (principal argumentação entre os estudantes das classes mais abastadas), mas na esperança de que isso seja um diferencial positivo no processo de inserção no mercado de trabalho²³. Dentre as características de personalidade mais apontadas estão aquelas que denotam uma maior necessidade de ser ativo e empreendedor, em virtude de um mercado profissional que exige hoje um profissional competitivo, qualificado e até “agressivo” para vencer as limitações e adversidades do contexto social. Com relação ao lugar do trabalho, destaca-se que a grande maioria aspira trabalhar em ótimas condições, destacando a prática autônoma e o espaço físico e humano de máximo conforto. São poucos os que apontam a preocupação de que esse espaço garanta também um bom atendimento para os usuários dos serviços²⁴.

É essencial que haja equilíbrio entre a capacitação científica e a formação humanística, que privilegie uma visão abrangente e multifacetada de saúde, bem como a sensibilidade no processo de lidar com a realidade psicossocial das pessoas que precisarão dos serviços profissionais.

Embora uma alta porcentagem dos estudantes pesquisados tenha considerado que a relação profissional-paciente deve ser de tipo mutualista, os depoimentos e justificativas dados por quase um terço deles apontam uma relação assistencialista, vertical e hierarquizada, baseada nas relações de poder estabelecidas em função da posse de conhecimento²⁴.

A tutoria pode envolver a discussão não apenas de questões derivadas do processo ensino-aprendizagem e da profissão em si, mas também a reflexão sobre os relacionamentos estabelecidos pelo residente em seu cotidiano²³. É importante lembrar que a tutoria não é psicoterapia de grupo, não é orientação científica, nem um grupo de

pesquisa. Ela não é orientação pedagógica, nem grupo de estudos, apesar de considerar todas estas dimensões durante seus encontros regulares²³.

Se o tutor para a área da saúde deve ser um profissional da saúde pode ser ainda questionado. Ele não precisa de treinamento especializado em áreas da psicologia. O tutor deve, da melhor forma possível, saber escutar e compartilhar opiniões. De certa forma, um tutor agindo dessa maneira tem a chance de exercer plenamente o humanismo e instigar e estimular essa mesma postura nos médicos em treinamento²³.

O processo de humanizar baseia-se na atitude simples de se disponibilizar para ouvir e contar, trocar experiências e comparar seu processo histórico com o outro. A identificação com esse outro, a reciprocidade de vidas e ações é que permite a identidade humana e o reconhecimento da possível imperfeição, mas também a ilimitada possibilidade do fazer de novo.

O programa de tutoria pode ser instrumento adequado de adaptação de residentes. A maior frequência de residentes de primeiro ano pode auxiliar em seu ajustamento à carreira. Por outro lado, o ajustamento dos residentes de segundo ano ao mercado pode ser tema dominante. Pouca atenção à carreira acadêmica pode ser observada. A obrigatoriedade foi considerada um fator positivo, garantida pela instituição²³.

Discussão e considerações finais

A efetivação de ações de saúde cada vez mais humanizadas e propostas de formação do profissional da área da saúde que contemplem os diversos aspectos inerentes à humanização dos serviços e as relações entre o profissional da saúde e seus pares, além da sua relação com os pacientes e familiares, passa por diversos aspectos.

As questões apontadas em relação a estudos que analisam a relação médico-paciente são transponíveis para a relação entre o profissional ligado à saúde, desde a recepção do paciente no serviço de saúde, até o atendimento clínico-hospitalar propriamente dito.

Uma relação amistosa, de respeito, cordialidade e, principalmente, em que a escuta dos anseios, desejos, demandas e sentimentos do paciente e de seus familiares seja possível, contribui para a resolutividade das ações de educação e promoção da saúde, contribuindo para que não se perca o sentido da atuação do trabalhador neste setor da sociedade, bem como para o desenvolvimento da sociedade na qual estamos inseridos.

É importante para a efetivação destas propostas, uma formação acadêmico-profissional em que estes princípios sejam considerados e, mais que isso, que estes pressupostos sejam protagonistas no processo de formação profissional (junto com as questões técnicas, historicamente e amplamente abordadas nos projetos pedagógicos), seja no âmbito da graduação, seja na educação continuada, na pós-graduação.

O processo de formação profissional constitui um espaço de formação e desenvolvimento de idéias, de valores e de concepções desenvolvidas em função de condicionantes não apenas acadêmicos, mas econômicos, políticos, sociais e culturais.

Concepções e práticas de saúde humanizadas e comprometidas socialmente são mais prováveis de surgirem em escolas humanizadas e preocupadas com as necessidades da população, que incentivem o desenvolvimento da sensibilidade por parte de seus estudantes para uma ação mais participativa dos pacientes/clientes²⁴.

É necessária uma reformulação estrutural, conceitual e ideológica desse processo para que os profissionais tenham condições pessoais e profissionais para atuar de forma humanizada.

Também é essencial que os prestadores de serviço (aqueles que já atuam nos serviços de saúde) tenham espaço e condições de trabalho para promover a inovação e diversificação das ações historicamente praticadas em relação à promoção da saúde. Deste modo, é fundamental o apoio e aderência dos gestores públicos e privados das instituições ligadas aos setores saúde, bem como a maior participação dos usuários praticando o controle social que lhes é pertinente, bem como atuando como protagonistas dos processos que envolvem a formulação e implementação das ações de saúde.

Cabe, ainda, aos professores responsáveis pela formação dos profissionais da área apropriar-se de tais conhecimentos e refletir sobre as possibilidades de trabalhar estes conceitos (e formas de atuação!) com seus alunos, contribuindo para a maior disseminação das informações acerca dos direitos e deveres dos pacientes; mostrando na prática aos outros colegas possibilidades diferentes daquelas historicamente estabelecidas nas relações entre o profissional da saúde e os pacientes e, por fim, contribuindo com a diminuição das injustiças e desigualdades sociais.

Colaboradores

BNG Goulart realizou a pesquisa, revisão bibliográfica, redação e revisão do artigo; BM Chiari realizou a redação e revisão do artigo.

Referências

1. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saude Publica* 1999; 15(3):647-654.
2. Vaitzman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):599-613.
3. Nygren-Krug H. Saúde e direitos humanos na Organização Mundial da Saúde. *Saúde e Direitos Humanos* 2004; 1(1):13-18.
4. Goulart BNG. Perspectivas da atuação fonoaudiológica na atualidade. In: Ribas L, organizador. *Anuário de Fonoaudiologia Feevale*. Novo Hamburgo: Feevale; 2003. p. 28-32.
5. Casate JC, Correa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(1):105-111.
6. Goulart BNG. Histórico do Sistema Único de Saúde. In: Ribas L, organizador. *Anuário de Fonoaudiologia Feevale*. Novo Hamburgo: Feevale; 2003. p.144-155.
7. Lenz AJ, Gernhardt A, Goulart BNG, Zimmer F, Rocha JG, Vilanova JR, Zwetsch LB, Wolf M. Acolhimento, humanização e fonoaudiologia – relato de experiência em Unidade Básica de Saúde de Novo Hamburgo (RS). *Boletim da Saúde* 2006; 20(2):59-69.
8. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface (Botucatu)* 2005; 9(17):398-400.
9. Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(17):401-403.
10. Benevides R e Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):561-571.
11. Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico paciente ? *Cad Saude Publica* 1993; 9(1):21-27.
12. Brasil. Ministério da Saúde.. Política Nacional de Humanização; 2004. [acessado 2005 fev 5]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390
13. Puccini PT, Cecilio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1342-1353.
14. Passos E, Benevides R. Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Lugar Comum* 2004; 19-20:159-171.
15. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec; 2000.
16. Helman C. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
17. Pereira MGA, Azevêdo ES. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51(3):153-157.
18. Perissinoto J, Chiari BM. A avaliação como ação precursora do diagnóstico. In: Andrade CRF, Marcondes E, organizadores. *Fonoaudiologia em Pediatria*. São Paulo: Sarvier; 2003. p.135-140.
19. Castro RBR, Silva MJP. A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001; 9(1):80-87.
20. Morinaga CV, Konno SN, Aisawa RK, Vieira JE, Martins MA. Frases que resumem os atributos na relação médico-paciente. *Rev Bras Educ Med* 2002; 26:21-27.
21. Ayres JRCM. Hermenêutica e Humanização das Práticas de Saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):549-560.
22. Neves MCP. A fundamentação antropológica da bioética. *Bioética* 1996; 4:7-16.
23. Marcolino JAM, Vieira JE, Piccinini Filho L, Mathias LAST. Tutoria com médicos residentes em anestesiologia: o programa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Rev Bras Anestesiol* 2004; 54(3):438-447.
24. Traverso-Yepez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saude Publica* 2004; 20(1):80-88.

Artigo apresentado em 08/12/2006

Aprovado em 27/06/2007

Versão final apresentada em 02/08/2007