

Humanização da Assistência à Saúde

José Carlos Seixas¹

Introdução

Este texto deriva do trabalho “Humanização da Assistência à Saúde”, apresentado no 1º Encontro Estadual de Humanização, em São Paulo, nos dias 9 e 10 de Dezembro de 2004.

O Resgate da Humanização da Assistência

Você, profissional da saúde, sente, reconhece, concorda, que a assistência à saúde está, ou, está ficando muito “desumanizada”?

Você vivenciou ou foi informado de que a “assistência à saúde” era muito mais “humanizada” no passado do que atualmente?

Você crê que a humanização da assistência à saúde é algo a ser obtido, ou a ser recuperado?

Se “Humanização da Assistência” for algo a ser conquistado, vamos ao “imaginário” futurista, para se caracterizar o que se quer:...e haja teologia, filosofia, sociologia, história, psicologia...

Se “Humanização da Assistência” é algo que se perdeu, e que se quer reconquistar e praticar, creio ser bom caracterizar bem o que se quer recuperar, de essencial, deste “arquétipo” desejado (“Se não sabemos aonde queremos chegar, qualquer caminho serve e poderemos chegar a nada”).

Relacionamento Interpessoal do Paciente com o Médico

No relacionamento interpessoal do “paciente com o médico”, ou, do usuário com o profissional de saúde, o cliente sentia-se acolhido, apoiado e tranqüilizado pelo prestador da assistência:

Ser acolhido: na condição de pessoa, gente, um igual, mas com uma incapacidade ou fragilidade física ou psíquica, valorizada a partir de determinado momento ou circunstância; pessoas com uma dor física, com ou sem sofrimento mental; com uma insegurança quanto ao futuro; pessoa com um medo quanto a sua sobrevivência.

Ser apoiado: por um ou por vários profissionais com capacitação tecnocientífica e psicossocial, a serviço do paciente, para ajudá-lo a superar suas limitações e sofrimentos.

Ser tranqüilizado: pela esperança do profissional de ser sempre possível buscar o melhor, esperança transmitida ao paciente atemorizado.

Na essência, a humanização no atendimento, humanizar é recuperar este tipo de relacionamento interpessoal, sempre que possível, afastando os fatores, as causas que o dificultam, que o destroem e, também, sempre que possível, criando fatores novos que o facilitam. Por que se perdem estas qualidades de relacionamento usuário – prestador de serviços de saúde? Alguma das partes piorou? Ficaram mais indiferentes?...

Os médicos do passado eram pessoas melhores do que os atuais? Os pacientes são mais exigentes hoje do que no passado? Creio que não estão nas diferenças intrínsecas das pessoas, de ontem e de hoje, as razões mais substantivas da mudança, para pior, no relacionamento.

Houve mudanças substantivas, para pior, no relacionamento humano, por conta da formação acadêmica dos médicos, dos profissionais de saúde, nos cursos do passado e nos cursos atuais? Pouco provável. Hoje, diferente do passado, ensina-se, com freqüência, psicologia, sociologia, antropologia, administração pública..., ciências enriquecedoras para melhores relacionamentos interpessoais.

O que mudou, afetando tanto o relacionamento usuário-prestador, na assistência à saúde? Creio que podemos apontar três causas determinantes (mais do que causas condicionantes, onde podemos identificar uma infinidade de causas eventuais) que mudaram as características dos relacionamentos interpessoais entre usuários e prestadores da assistência à saúde:

- 1ª) A complexidade, a diversidade e a complementaridade da tecnologia científica disponível na atual assistência à saúde, com conseqüente melhoria de sua efetividade, qualificável e quantificável.
- 2ª) A rápida evolução na incorporação da ética social e individual (aplicável àquele que tinha tido acesso aos serviços de saúde). Ética social que gerou uma responsabilização para com todos os pacientes, reconhecendo e propiciando o direito de todos ao acesso a todos os tipos de serviços de saúde, provocando uma admirável incorporação de pessoas, até então, marginalizadas da assistência à saúde.
- 3ª) A mudança cultural, dos usos e costumes, nos relacionamentos interpessoais, bilaterais, libertando-os de padrões comportamentais estereotipados e

¹ Professor Doutor em Medicina Sanitária, Assessor de Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

aceitos, facilitadores dos relacionamentos, mas que eram também facilitadores de mecanismos de dominação – alienação e impeditivos de expressões espontâneas e criativas. Seguramente as novas formas de relacionamentos interpessoais, por vezes até mesmo agressivas, são libertárias e progressistas, sempre quando ocorrem em relacionamentos simétricos, entre iguais. Entretanto, eventualmente, são extremamente constrangedoras e aflitivas quando numa “relação assimétrica”, como ocorrem entre usuários e o prestador de saúde por se dar entre dois iguais, em essência, porém, com uma das partes totalmente fragilizada pela “doença”, frente à outra parte, presumível e desejavelmente, segura de suas competências e atribuições.

Para que tal relacionamento seja efetivo e eficaz, não é possível a nenhuma das partes ser totalmente livre e espontânea. Há de ser-se controlado por valorização ética que considere a assimetria da relação, a fragilidade do cliente e a responsabilização do profissional assistente, a ponto de exigir-lhe eventuais sacrifícios pessoais a legítimos direitos de expressão seus, para que o relacionamento não desande e seja bom. Daí porque tal relacionamento exige uma valorização ética especial da parte do profissional.

Interferência Negativa da Modernidade na Relação com o Usuário do Serviço de Saúde

Os três determinantes sócio-culturais da modernidade não são fatores maléficos para a humanidade, pelo contrário, mas trouxeram conseqüências maléficas para o relacionamento usuário – prestador de saúde, e, em princípio, sem culpabilidade pessoal:

- 1º) O desenvolvimento tecnocientífico da saúde – dos profissionais e dos meios materiais, para diagnósticos e terapias (com a exigência de elevada capacitação do setor) – redundou numa inevitável segmentação no relacionamento, que deixou de ser bilateral, para ser de um lado, do lado do paciente, ainda quase unitário, mas, de outro, plural. E mais, com muita redução de tempo necessário e disponível para o relacionamento, por parte de tantos profissionais envolvidos.
- 2º) A ampliação, rápida, do acesso, aumentou muito e também rapidamente, o volume de atendimento por serviços disponíveis, o que necessariamente, redundou numa redução do tempo para um relacionamento interpessoal acolhedor, apoiador e tranquilizador para o paciente.

Daí porque se observa com freqüência que a assistência à saúde deixou de ser um atendimento a uma pessoa, com uma realidade própria e fragilizada, para se tornar uma atenção a uma “coisa” com problemas, a serem considerados e removidos.

Foi a substituição da “assistência humanista” à pessoa, pela “coisificação” da assistência à saúde. Portanto, o oposto à “assistência humanizada” é a “coisificação da assistência à saúde, pela precariedade dos relacionamentos dos usuários como os prestadores de assistência e a ausência de valores éticos a presidí-los.

A “Coisificação da Assistência”

Segundo o Dicionário Aurélio, “coisificação” é reduzir o ser humano, ou elemento(s) ligado(s) a ele, a valores exclusivamente materiais. Tratar como coisa.

Por certo “coisificação” no caso do tratamento do ser humano não é isto. Há centenas de fatores condicionantes que agravam o atendimento “coisificado” e que, sendo superados, tornam menos frágil o atendimento humanizado. A adoção de medidas compensatórias, devidamente utilizadas na assistência à saúde, tornam os relacionamentos interpessoais acolhedores, apoiadores e tranquilizadores, tornam possível, mesmo hoje, uma assistência humanizada.

Um mal ambiente de trabalho, físico e psicossocial, portanto, é fator condicionante, facilitador da “coisificação”. Uma longa demora ou a incerteza de atendimento facilita a “coisificação”. A desarmonia do trabalho em equipe – exteriorizada ou não para o paciente – desqualifica e “coisifica” a assistência, o atendimento. A ociosidade compulsória, sem distração ou entretenimento, em uma espera prolongada ou em uma internação hospitalar, “coisifica”. As tensões, preocupações, aborrecimentos pessoais, até mesmo neuroses mal resolvidas dos servidores, sem mecanismo de superação ou alívio, estouram na presença, ou em cima do paciente, coisificando a assistência.

Como se vê, há centenas, milhares de medidas que, tomadas e desenvolvidas – com consciência clara do que se quer obter – permitirão a retomada e, até mesmo, o aperfeiçoamento de uma assistência à saúde humanizada, que é um componente a mais de assistência qualificada e concorrencial. Na atualidade, a retomada ou a melhoria da assistência humanizada não é um trabalho, um esforço, de um tipo de profissional ou em cima de uma profissão, é um esforço de todas as pessoas pertencentes ao estabelecimento de assistência à saúde e, até mesmo da comunidade onde se insere.

É sempre bom reafirmar que a multi-causalidade de um fenômeno, especialmente social, é um facilitador na modificação da manifestação do mesmo, posto que se pode intervir, simultaneamente em muitas causas. Porém, uma única causa pode, também, determinar múltiplos efeitos e, assim, ao interferir em uma causa, posso obter diversos e diferentes efeitos e resultados.

Assim, é importante ter bem claro aonde se quer chegar, o que se quer obter, quando se interfere numa causa, por exemplo, da “coisificação” da assistência à saúde. Posto que estes fatores determinantes da “coisificação” da assistência não são removíveis, seria impossível o retorno à assistência humanizada?