

Humanismo Médico na Prática: Buscando modelos sustentáveis

Humanismo médico en la práctica: buscando modelos sostenibles

Medical Humanism in Practice: Looking for Sustainable Models

Marcelo R. Levites,* Pablo González Blasco **

* Editor da presente edição de Archivos. Diretor Comercial de SOBRAMFA. ** Editor Sênior associado. Diretor Científico de SOBRAMFA.

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

Lembro do escândalo que alguns gestores demonstraram ao descobrir que um grupo de palhaços, que animava em grande estilo uma enfermaria de crianças com câncer, atuavam profissionalmente. A descoberta deu-se de modo fortuito: alguém se aventurou a deslizar uns trocados, a modo de gorjeta, no bolso de um dos palhaços. Este se virou para o benfeitor e comentou: “Não precisa disso, meu senhor. Se quiser fazer uma contribuição substancial, pode falar com o meu empresário que é aquele que está lá no canto esquerdo”. O mundo desabou. “Vocês não são voluntários? Quer dizer que fazem tudo isto por dinheiro?” O palhaço retrucou: “Somos profissionais, como certamente o senhor também é. Ou, por acaso, o senhor trabalha com base na gorjeta?”¹

Pode-se pensar ingenuamente que como humanizar implica uma atitude, e as atitudes são difíceis de medir – e por tanto de remunerar- deveria se deixar, mais uma vez, por conta da boa vontade das pessoas. O engano aqui é tremendo, porque as pessoas não incorporam as atitudes de por vida: podem, perfeitamente, abandoná-las em situações de cansaço, ou com as decepções que o dia a dia lhes traz. Por exemplo, a falta de agradecimento e a ausência de retorno diante da sua dedicação. A indiferença perante o esforço de alguém provoca uma terrível erosão das atitudes.²

Em que consistem essas atitudes? Como se incorporam num modelo de negócio que apresente resultados para todos os envolvidos no processo: o paciente, a família, o profissional médico, e os gestores? É possível desenhar um modelo de ganha-ganha que recompense as atitudes humanizantes, seja eficaz e sustentável? A presente edição de *Archivos en Medicina Familiar* traz uma série de relatos de experiências humanizantes na prática médica que servem para esboçar este modelo que o cuidado à saúde exige nos momentos atuais.

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

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

Ao contrário, o médico que conhece o paciente, porque o acompanha nos programas de gerenciamento de crônicos, tem a enorme vantagem de saber lidar com essas situações.³ Permitir que seja ele, o médico do paciente, a porta de entrada para a demanda desses paciente, evita internações desnecessárias, agiliza os cuidados, e também facilita a alta quando internados. Encurtar os dias de hospitalização é outro dos resultados que apresenta o desenho da gestão de crônicos. É fácil perceber que essas experiências requerem o desenho adequado do modelo de assistência por parte dos gestores, aliado às competência do médico que lá atua e que deve ser convenientemente formado.⁴ E dentre essas competências é preciso destacar -como também se relata- a capacidade de comunicação do médico: com o paciente, com a família, e com os outros colegas. A habilidade em comunicar-se assume um protagonismo enorme nos modelos de cuidados em **Instituições de Longa Permanência**, nos **Residenciais de Idosos**, e em toda a atuação descrita em **Cuidados Paliativos**. Este último cenário não se restringe a um ambiente específico, mas permeia os cuidados integrais e de pacientes crônicos que, em certo momento, requerem um “olhar de paliatividade” para otimizar a qualidade de vida. A formação específica do médico neste campo requer também investimento e competências adequadas.^{5,6}

As experiências aqui relatadas são possíveis porque se consegue desenhar um modelo de cuidado à saúde do qual todos se beneficiam. É preciso um reconhecimento por parte dos gestores do investimento necessário para a formação do profissional que se traduz em capacidade de comunicar-se, na quantidade de tempo gasto em conversas com pacientes e familiares, algo que aparentemente resulta em menor produtividade.⁷ Na verdade, é o que garante sustentabilidade do projeto e deve como tal ser apoiada e financiada. A medicina humanizada é mais eficaz, mais simples, satisfaz o usuário e diminui custos.⁸

Em recente evento sobre inovação e excelência médica como diferencial, promovido por um conhecido jornal paulistano⁹ afirma-se que a tecnologia ajuda a humanizar a relação entre médicos e pacientes. A explicação simples e aparentemente lógica é que com a informatização os médicos passarão a ter mais tempo livre de tarefas burocráticas que serão feitas pelos computadores. Até aí a equação quadra. Lembrou-me o conhecido comentário de Ortega y Gasset quando afirmava que a técnica é o esforço para poupar esforços. Mas, a grande questão é o que fazemos com o tempo e com o esforço que sobra? O que temos feito com o tempo poupadão nas esperas que tínhamos há 40 anos para retirar livros da biblioteca? E com o tempo que as bombas de infusão nos pouparam ao invés de ter de controlar os equipamentos de micro gotas para os pacientes na emergência? E com a facilidade que hoje temos em encontrar informação, sem ter de carregar manuais e vade-mécum nos plantões do Pronto Socorro? Onde foi o investimento desse esforço que nos foi poupadão? Em dedicação ao paciente? Em gastar tempo para auscultar o sofrimento humano e sintonizar com ele? Não parece ser esse o resultado. E o curioso é que continuamos nos enganando com o mesmo conto, e atribuindo à falta de tecnologia a carência de tempo que seria preciso investir no relacionamento. E se organizam eventos da alta hotelaria clamando pela tecnologia redentora da qual carecemos e que resolverá o problema.

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

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

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

A competência que buscamos na formação dos futuros profissionais implica Humanismo. Sem Humanismo, não há competência possível.¹⁰ Nos dias de hoje a medicina tem de ser forçosamente humana se quer pautar-se pela qualidade e pela excelência. Humanizar a Saúde é, assim, além de uma obrigação educacional uma condição de sucesso para o profissional da área.

Referências

1. Blasco PG. É possível humanizar a Medicina? Reflexões a propósito do uso do Cinema na Educação Médica. *O Mundo da saúde*. 2010;34(3): 357-367.
2. Blasco PG. O Humanismo Médico: Em busca de uma Humanização Sustentável da Medicina. *RBM. Revista Brasileira de Medicina* v.68, p.4 - 12,2011.
3. Stange, K. The Generalist Approach. Editorial - *Ann Fam Med* 2009;7:198-203.
4. Roncoletta A, Levites MR, Monaco CF, Blasco PG. Las Nuevas Competencias del Médico Familiar: Coordinando los Cuidados en el Hospital y Atendiendo a los Pacientes Crónicos en su Domicilio. Una Experiencia Brasileña. *Arch Med Fam* 2009. v.11, p.78 – 89.
5. Benedetto MAC, Pinheiro TRP, Levites MR, Blasco PG. Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos: Relato de Experiência. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*. 2010; (3): 27 – 32.
6. Irie RM, Janaudis MA, Assunção CM, Moreto G, Levites MR. Cuidados Paliativos: Humanismo com o paciente, resolutividade na gestão hospitalar. *RBM. Revista Brasileira de Medicina* (Rio de Janeiro). , v.70, p 14-20, 2013.
7. Benedetto MAC, Janaudis MA, Leoto RF, Blasco PG. Pacientes, Residentes y Estudiantes descubriendo la Medicina Familiar. *Arch Med Fam* 2006. 8 (1): 9-17
8. Levites MR, Moreto G, Leoto RF, Roncoletta AFT, Janaudis MA, Blasco PG. Cuidando do Diabético na Perspectiva da Medicina de Familia: impacto nos custos, prevenção eficaz e satisfação do paciente. *Arch Med Fam* 2006. 8 (1): 19-26.
9. Cfr. O Estado de S. Paulo, Fórum Estadão. 11-Setembro- 2019.
10. Levites MR, Blasco PG. Competencia y Humanismo: La Medicina Familiar en Busca de la Excelencia. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 2009. 6: 2 – 9.