

HUMANIZAÇÃO E EQUIDADE NA EDUCAÇÃO SUPERIOR EM MEDICINA

Enza Sidoti^(*)
Annalisa Arcoleo^(*)

() Universidade de Palermo, Cátedra de Higiene, Faculdade de Ciências da Formação, Departamento de Ciências para a Promoção da Saúde “G.D’Alessandro”, Policlínico Universitário. Via del Vespro, 133, Palermo 90127. esidoti@unipa.it*

Introdução

Os conceitos de humanização e qualidade dos Serviços de Saúde constituem parte integrante dos processos de tratamento. Fundamentalmente representam um maciço recurso à hospitalização e à administração de fármacos; o processo de tratamento é hoje voltado à facilitação do acesso e ao melhoramento dos níveis qualitativos dos Serviços Sanitários que devem atuar na difícil passagem da gestão da assistência à gestão da pessoa (21) com

- equidade de acesso, potencialidade de tratamento e possibilidade de prevenção para todos
- eficácia e apropriação do tratamento
- centralização do doente, não mais passivo receptor, mas ator participante
- diversificação da oferta em resposta às múltiplas necessidades
- promoção e fortalecimento da saúde com intervenções educativas individuais e sociais
- maior atenção à comunicação em saúde

Esta concepção diferente necessita e, em parte, já conseguimos, profundas modificações

- na gestão e na oferta dos Serviços de Saúde
- na relação médico-paciente
- nos percursos curriculares da formação de recursos humanos em saúde

Humanização, solidariedade, qualidade e equidade

Afirma-se, em síntese, a centralidade da pessoa-doente no processo de cuidado e da saúde como direito humano fundamental a salvaguardar. Assim, segundo a Organização Mundial da Saúde “o objetivo final do desenvolvimento social deve ser representado pelo melhoramento da saúde e do bem-estar: a aplicação dos conceitos de equidade, solidariedade e justiça social, a redução da desigualdade social e econômica representa o percurso eletivo para o melhoramento da saúde” (26).

É necessário, porém, fazer algumas distinções. Antes de tudo, a equidade na distribuição dos tratamentos de saúde é conceito diferente da equidade da saúde. A equidade da saúde diz respeito a uma questão de base, isto é, ao grau de saúde efetivamente conseguido em relação àquele devido e teoricamente alcançado, considerando-se a diversidade das necessidades e da diferente suscetibilidade de risco de doença. A equidade de tratamento é aquela que produz equidade da saúde. Isto é, cuidados que dão a todos a oportunidade de ter uma boa saúde. A equidade de oportunidade significa não só acesso aos serviços de saúde, mas acesso às políticas não sanitárias que assegurem uma alimentação suficiente e correta, água tratada e ar limpo, luta à poluição, segurança de e nas habitações e no trabalho, instrução, transporte, energia. A distribuição dos recursos deveria oferecer oportunidades semelhantes de saúde, oportunidade de perseguir uma boa qualidade de vida, a mais longa possível. A saúde como direito implica no dever do Estado de tutelar a dignidade humana. A igualdade da dignidade humana requer solidariedade em oferecer oportunidades semelhantes além da equidade dos tratamentos (5,8,10).

Três princípios constituem o fundamento ético:

- o princípio de solidariedade, por igualdade substancial de todos
- o princípio de subsidiar, por eliminação da iniquidade. No âmbito da saúde daquilo que não é necessário, antes evitável; no âmbito social para a igual distribuição de oportunidade.
- o princípio da proporcionalidade, em razão da capacidade contributiva por igual distribuição de recursos da comunidade (22,24,25).

Humanização, saúde e relação médico-paciente: a Educação Terapêutica

A saúde deve ser entendida como essencialmente ligada à qualidade de vida e considerada em seu aspecto multidimensional, compreendendo além de aspectos biológicos – e com igualdade – aspectos sociais, psicológicos e afetivos. O conceito de saúde assume à luz dos valores de uma resultante relativa a fatores biológicos, ambientais e socioculturais. Um bem complexo, em constante evolução e mudança, que deve ser mantido e frequentemente verificado no curso da existência. Este aspecto dinâmico interessa à pessoa na sua globalidade, em cada momento da vida e assume valores relativos aos contextos físico, econômico, cultural, social. Assume, além disso, valor educativo, na medida em que exige o respeito dos diversos valores que o termo sintetiza. Profundas modificações ocorreram no campo da saúde: na patologia dos nossos dias prevalecem as afecções crônicas e as patologias não suscetíveis de melhora, a despeito do progresso da medicina. O envelhecimento da sociedade em constante aumento trouxe um incremento nas patologias crônico-degenerativas, mas, ao mesmo tempo, trouxe possibilidades de mudança na assistência à pessoa-doente, na gestão da condição de doente, no suporte ao doente crônico para encontrar uma nova identidade. A patologia crônica, por outro lado, têm evidenciado a impotência do médico, ao lado de um relevante progresso científico, de “curar” o paciente e a confrontar-se com o fracasso da terapia e a perda da esperança (18).

Até bem pouco tempo a relação médico paciente era inspirada no paternalismo. Era o médico a decidir e o doente a seguir, a submeter-se à autoridade. O corpo era visto como um conjunto de peças a serem reparadas, a ótica era voltada à doença, aos aspectos deficitários que determinavam um rótulo, o diagnóstico, e uma conseqüente e necessária prescrição farmacológica. A ótica humanística, sem eliminar a competência própria da saúde, se coloca, fundamentalmente, em ajuda à pessoa-doente e evidencia as potencialidades restantes, a despeito dos aspectos deficitários. O cidadão reivindica o direito de participar das escolhas, para viver, mas antes para decidir como. Ele quer ser ajudado a compreender esta nova dimensão da doença, que modifica seu projeto existencial. Os profissionais da saúde são responsáveis por fornecerem informações e tratamentos de comprovada eficácia para requerer, na liberdade de escolha, um consenso na participação da cura.

Mas a relação médico-paciente, longe de exaurir-se ou de gerar conflitos, adquiriu uma dimensão profunda e humana no “cuidar de si próprio”. Além dos fármacos e da tecnologia médica para a cura, emerge a possibilidade de “cuidar de si próprio”, de escutar, de interessar-se com atenção e constância, de ativar processos de recuperação, mental ou físico, não esperados. Tudo isso implica na necessidade de uma relação diferente entre médico e paciente, não uma relação desequilibrada na qual o paciente seja obediente e o médico impositivo, mas uma relação de participação recíproca, de humanização, na qual o médico deve educar o paciente para: conhecer sua própria doença, gerir o tratamento, prevenir complicações, controlar o estado emocional e os momentos de crise, adaptar à doença ao seu estilo de vida e não o contrário, educar o paciente a melhorar a qualidade da vida. Este modelo não é mais biomédico, mas bio-psico-socio-pedagógico. Integra e melhora os efeitos das condutas médicas normais, através da gestão da doença, exercita um controle sobre a qualidade da vida, previne as condições negativas e determina aquela “melhora” que, a despeito dos aspectos físico-biológicos, favorecem a realização da pessoa (1).

Humanizar significa ter presente as dimensões da pessoa que concorrem para determinar o paradigma saúde, o seu bem-estar, para acolher os problemas que o paciente encontra ao afrontar-se

com seu sofrimento e permanecer sujeito ativo na gestão do próprio estado. O profissional da saúde se vale de sua capacidade profissional, das condições de trabalho e recursos organizativos adequados para responder às exigências humanas. A humanização aqui considerada se dirige a um tempo aos profissionais e usuários. Melhora a assistência, mas também a atenção ao paciente. Elemento fundamental da humanização é a passagem do paciente à pessoa. A ação para a saúde se desenvolve, passando através da centralidade da doença à centralidade da saúde e da pessoa. Ocorre, então, a necessidade de abrangência da intervenção de aspectos de cura aos aspectos de “cuidado”. A dimensão de cuidado comporta uma análise de necessidades, mas também uma simultânea valorização de todos os recursos e das potencialidades. O percurso educativo parte do “diagnóstico educativo” até mesmo das escolhas de estratégias de ensino. Cada prática educativa deve ser planejada com o mesmo cuidado reservado aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos comuns (3,6,9,11).

A aprendizagem do paciente é relativa ao grau de aceitação que ele tem da própria doença. Em consequência, é difícil imaginar intervenções educativas eficazes sobre pacientes oncológicos que não estão cientes do próprio diagnóstico. Ao mesmo tempo, é difícil imaginar que intervenções educativas possam ser realizadas sem o envolvimento dos familiares aos quais são oferecidas as competências para suporte do doente. O processo de humanização que se realiza através da Educação Terapêutica ajuda a melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família (16).

A Formação em Medicina

A Medicina não é Ciência assimilável a outras Ciências porque seu objeto específico é um Ser que não pode ser reduzido a objeto e porque a medicina se exerce dentro de um conjunto de valores; requer, em consequência, uma formação que, além de completa deverá ser implementada por outras ciências humanas. A educação e a formação em medicina se tornam, então, uma construção conjunta do saber médico e do saber pedagógico.

Pode-se afirmar que se o objetivo específico da formação em medicina é a saúde do homem, o objetivo específico da formação, o homem enquanto médico e, ao mesmo tempo, enquanto doente, é, e deve ser parte integrante do processo.

É preciso refletir, à luz dos processos atuais “patient centered”, sobre a docência e sobre a metodologia didática apropriada. Um programa de desenvolvimento da formação deve fazer referência ao desenvolvimento de competência obtida das Ciências Humanas, isto é, fazer referência a competência pedagógica no campo da programação didática.

É necessário fornecer uma apropriada dimensão antropológica dos modelos antropológicos atuais, dos modelos da psicologia da educação, que devem incluir um bom conhecimento da dimensão ética nos processos de formação da consciência e de tomada de decisão.

A formação deve fazer referência às teorias relativas à organização da aprendizagem, realizando um movimento de “ensino-aprendizagem” para atuar na passagem de um modelo “centrado no professor” a um modelo “centrado na aprendizagem de adultos”. Em outras palavras, abandonar o processo baseado sobre “ensino de habilidades” para passar à valorização da “aprendizagem de habilidades”, das técnicas de ensino aos processos de aprendizagem (2).

A Formação ignora as humanidades nos percursos de base e de formação contínua. É preciso vencer a resistência da classe médica a essas mudanças. A prática da medicina oscila entre um desesperado tecnicismo dos progressos científicos e um paternalismo ainda forte que se autoreferencia com uma experiência de práticas operativas. O progressivo e conseqüente distanciamento entre ações sanitárias e satisfação integral das necessidades do homem pode trazer a conseqüência de notáveis evidências na evolução dos Serviços Sanitários.

Uma evolução que privilegia os aspectos técnicos vê crescer o custo da saúde e o conseqüente controle do Estado que, devendo limitar o “budget” racional ao invés de racionalizar os Serviços. O usuário vê negada, progressivamente, a própria vontade e a capacidade do profissional de instaurar um diálogo “humano” em um contexto de tecnicismo, perde a confiança em um decantado progresso que produz pouco em termos de ganho de qualidade de vida. O usuário se volta à medicina alternativa, à procura de solidariedade e humanização.

Segundo as afirmações da Organização Mundial do Comércio, do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial, a privatização do mercado, o conseqüente crescimento econômico deveria ter como conseqüência natural o melhoramento da saúde e a solução à pobreza. Ao invés disso, é confirmado que as multinacionais asseguram a privatização, o consumismo da saúde orientado aos altos rendimentos. A formação torna-se função do lucro dos tratamentos e o Estado é inexistente para os mais pobres.

É preciso, portanto, tornar a sustentar fortemente uma formação que seja abrangente e homogênea para todos os profissionais da saúde, em todos os países, que produza cultura humanitária e afronte de maneira sistemática e curricular os temas da equidade, da defesa da dignidade e da qualidade de vida. A Universidade é a instância formativa do ensino superior e, a qualquer título, deve ter a obrigação de suportar estes percursos e de favorecer a formação ética dos profissionais da saúde seja em instituições nacionais, como nas internacionais (20).

O Hospital que promove a saúde

A cultura do hospital sofre profundas revisões no cenário sanitário atual, também em função da centralidade da pessoa do paciente. O projeto “Health Promoting Hospitals” representa um testemunho concreto de orientação hospitalar, frente aos princípios da promoção da saúde como afirmado na Carta de Ottawa e na Declaração de Budapeste.

A carta de Ottawa individualiza cinco áreas prioritárias de intervenção para a promoção da saúde, entre as quais uma que prevê a reorientação dos serviços de saúde. O documento define que o papel do setor sanitário deve ser cada vez mais na direção da promoção da saúde, além da sua responsabilidade de garantir serviços clínicos e tratamentos.

A rede internacional dos hospitais para a promoção da saúde se configura como organismo que unifica e coordena todas as redes nacionais e regionais, sustentando a troca de idéias e o confronto das estratégias realizadas nas diferentes culturas e sistemas sanitários. Além disso, favorece o conhecimento de temas relevantes, alcançando a identificação de áreas de interesse comum, a co-divisão de recursos e a criação de um sistema de avaliação coparticipativo. A rede dos hospitais para a promoção da saúde é movida por uma profunda convicção de que os serviços hospitalares devem ser orientados de acordo com as necessidades dos pacientes, antes do que ocupar-se somente dos seus parâmetros físicos.

Entre as possíveis ações com a finalidade de promoção da saúde nos hospitais, o movimento “Health Promoting Hospitals” da Organização Mundial da Saúde evidencia quatro áreas principais de intervenção.

- Promover a saúde do paciente;
- Promover a saúde dos profissionais do hospital;
- Reorientar os serviços de saúde e os recursos para a promoção da saúde e
- Promover a saúde da comunidade no entorno hospitalar.

Os programas para a promoção da saúde podem melhorar as condições da equipe hospitalar, reduzir as taxas de absenteísmo, além de potencializar a produtividade e a qualidade do trabalho.

Aplicar na prática cotidiana este argumento traz a confrontação com uma dimensão de extrema responsabilidade: trabalhar, além de obter benefícios terapêuticos, para favorecer a máxima realização da pessoa e da comunidade. Também neste caso, para uma melhor eficácia, é muito útil que as intervenções possam valer-se também do trabalho de pacientes e familiares.

Inicialmente os projetos realizados no âmbito da rede “Health Promoting Hospitals” se diferenciavam dentro de uma abordagem mais tradicional às intervenções da educação em saúde, destinados aos pacientes, e em menor escala, aos funcionários. A equipe hospitalar hoje, pode exercitar uma profunda influência sobre a postura dos pacientes e de seus familiares, na medida em que estão mais sensibilizados às indicações médicas nas situações em que lhes obrigam a confrontar-se com a doença. Além disso, muitos tratamentos hospitalares não só previnem o perigo de uma morte prematura, mas apontam sempre mais para o melhoramento geral das condições de vida dos pacientes. A capacidade de fazer com que os pacientes e seus familiares continuem a seguir as medidas de saúde eficazes de um ponto de vista qualitativo, também após o término da hospitalização, representa uma variável fundamental. Nesse sentido, os programas de promoção da saúde tentam encorajar o paciente a seguir hábitos saudáveis, evitar um possível retorno ao hospital e apontar para a qualidade do seu estilo de vida (17).

Os levantamentos epidemiológicos têm, de fato, demonstrado com evidência científica a eficácia do autogerenciamento por parte de pacientes e familiares “expertos” em graus de co-dividirem as decisões com os profissionais para melhorar o próprio estado de saúde. Em qualquer tipo de projeto terapêutico educativo é de fundamental importância identificar e fixar com o paciente os objetivos a serem alcançados de modo a motivá-lo a aprender.

Um percurso sistêmico de promoção da saúde apresenta diversos níveis de conhecimento e competência que interagem entre eles.

O projeto clássico se fundamenta sobre a análise de necessidades, definição de objetivos e finalidade, verificação dos recursos, individualização dos atores, operatividade e avaliação final. O planejamento em função da promoção da saúde nos “Health Promoting Hospitals” requer uma re-visitação constante. Colocam-se a motivação como base e o envolvimento dos atores e da população alvo. A análise das necessidades e dos objetivos surge de maneira conjunta, seguida de um inventário de recursos e da remoção dos obstáculos, antes da operatividade/intervenção e da avaliação final.

Hoje, o raio de ação desses projetos se ampliou, endereçando-se também à problemática do tipo organizativo e social, como por exemplo, a transformação da cultura organizativa estruturada e as temáticas ambientais. Enfim, enquanto entidades dedicadas à pesquisa e à formação, os hospitais produzem, acumulam e difundem um grande conhecimento, e este pode ter repercussão sobre a estrutura sanitária local e influenciar a prática médica em realidades geográficas diversas (4,7,12).

O hospital moderno congrega um conjunto de atividades e de teorias que seguem linhas específicas, mas que se integram em um sistema complexo procurando particulares modalidades de convivência. O hospital moderno produz saúde, está no centro de uma rede de serviços e procura ampliar seu papel social. Precisaríamos nos interrogar sobre o futuro do hospital: atualmente o hospital reflete a contínua evolução da sociedade que o circunda; sociedade em contínua e rapidíssima evolução e transformação. Junto às modificações demográficas e epidemiológicas se associam de modo não definitivo, os percursos culturais sobre formação em medicina, sobre os custos das intervenções hospitalares, nas quais a tecnologia se desenvolve de um modo dominante. Não é mais possível adiar, mas parece essencial a abertura do hospital considerando-se o mundo real; o desafio principal parece ser aquele de conjugar a medicina baseada em evidência à assistência sanitária destinada ao mundo real e local. A medicina baseada em evidência é a melhor pesquisa de solução de um

problema crítico existencial entre as provas de eficácia mais convictas imersas na literatura. Observam-se as habilidades dos profissionais da saúde em função da assistência de um paciente particular; profissionais particulares se dirigem a pacientes particulares e não ao paciente mediano da pesquisa controlada. O hospital do futuro deverá abrir-se sempre mais em função das rápidas modificações demográficas, com muitas patologias simultâneas e, sempre, com mais idosos. A estrutura do hospital do futuro deverá ser profundamente enraizada no mundo real, numa estrutura no interior da qual “Evidence Based Health Care” deverá ser garantida a todos. O hospital deverá, em síntese, ser um lugar de cultura assistencial verdadeira, chamado ao desafio de harmonizar “High tech” (as conquistas de fronteira) com o toque humano, ou seja, com a participação das instâncias e dos valores dos seus pacientes (13,14,15,19,23).

REFERENCIAS

- 1) AA.V.V. . *L'autonomia del paziente*. L'Arco di Giano 48, 1-160, 2006
- 2) Alfano A., Zanolini A.. *La Formazione Continua in Sanità*. Salute e Territorio, 24, 158-183, 2003
- 3) Assal J. Ph, Golay A., Jacquenet S.. *L'educazione Terapeutica del Paziente*. L'Arco di Giano 48, 15-28, 2006
- 4) Audino G., Zeni L., Guarrera G., Fontana F.. *Il progetto ospedale amico del bambino come strumento di promozione della salute*. Difesa Sociale, 80, 171-178, 2001
- 5) Black D., Morris J.N., Smith C., Townsend P. (1990), *The black report*. In: Townsend P., Davidson N., "Inequalities in health", 1 st Edition. England: Penguin Books: pp. 31-213
- 6) Bongiorno A., Malizia S., “*Comunicare la diagnosi grave: il medico, il paziente e la sua famiglia*”, Carocci Faber Ed., Roma 2002
- 7) Cellini O., Innocenti A., Almansi G.. *La Toscana e l'UE. Prospettive per lo sviluppo di una rete europea per la salute*. Salute e territorio 25,17-29,2005
- 8) Costa G., Facciano F. (a cura di). *L'equità nella salute in Italia*. 1a edizione. Milano, Franco Angeli, 1994
- 9) Ferraresi A., Gaiani R., Manfredini M.. *Educazione Terapeutica, Metodologia e applicazioni*. Carocci Faber, Roma 2004
- 10) Fox J. (editor). *Health inequalities In European countries*. Gower press, Aldershot, 1989
- 11) D'ivernois J-F., Gagnayre R., “*Educare il paziente*”, Mediserve Ed., Milano 1998
- 12) Grone O., Garcia Barbero M.. *Health promotion in hospitals. Evidence and quality management*.
- 13) WHO Copenhagen, 2005
- 14) Grone O., Garcia Barbero M., Morello Marchese P., Simonelli F.. *Il Network OMS “Ospedali per la Promozione della Salute”*. Salute e Territorio 25,30-41,2005

- 15) Jovine R., Morosini PL.. *Guida alla medicina basata sulle evidenze*. Salute e Territorio, 26, 264-284, 2005
- 16) Lacroix A., Assal. J-Ph. "*L' education therapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique*", Vigot, Paris 1998.
- 17) Lera S.. *Il locus of control della malattia*. L'Arco di Giano 48, 49-58, 2006
- 18) Sidoti E., Alves Batista N., Sonzogni C., Tringali G.. "*Therapeutic patient education: from the cure to the taking care*". Supportive and Palliative Cancer Care 3,83-86,2005.
- 19) Simonelli F., Mayer K., Caldes Pinilla M.J., Grone O.. *La promozione della salute dei bambini e degli adolescenti in ospedale*. Salute e territorio 25,49-54,2005
- 20) Spinsanti S.. *Curare, prendersi cura, educare*. L'Arco di Giano, 48, 15-24, 2006
- 21) Roti L., Gori E., Gostinicchi S., Maciocco G.. *Innovazione e qualità dell'assistenza*. Salute e territorio, 25, 97-106, 2005
- 22) Terni G., Berni R., Biggeri A., Bertini G.. *La valutazione della soddisfazione degli utenti*. Salute e Territorio, 23, 66-70, 2002
- 23) Yared WT., Zanobini A., Jannello T.. *Il Network OMS, Regioni per la Salute*. Salute e Territorio, 25, 25-29, 2005
- 24) Vagero D.. "*Equity and efficiency in health reform: a European view*". Sco Sci Med 39,1203-1210.1994
- 25) Wilkinson R.G.. "*National mortality rates: the impact of inequality?*". Am. J. Publ. health; 82, 1082-1084, 1992
- 26) WHO Copenhagen, 2001