

# HUMANIZAR A MEDICINA... UMA VIRTUDE OU UMA NECESSIDADE?

Joana Silva Monteiro<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Odisseia, ACES Grande Porto III - Maia/Valongo

<sup>2</sup> Membro da Direção do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

*“Know all the theories, master all the techniques, but as you touch a human soul be just another human soul.”*

- C.G. Jung

Uma relação entre um médico e o seu doente é, por definição, uma relação humana. Se assim é, porque falamos na necessidade de humanizar?

Nas últimas décadas, a Medicina foi marcada por uma constante procura de evolução técnico-científica e a *ars medica* assumiu um papel secundário. Cada vez mais, ao longo da sua formação, o Médico é exposto desde cedo à alta tecnologia e o lado mais humanístico é pouco cultivado. Nos anos pré-clínicos fala-se em empatia na relação médico-doente, mas o paradigma observado na prática é o do médico altamente diferenciado e tecnicamente competente por oposição ao médico “humano”.<sup>1</sup> Assiste-se a consultas rápidas e frias, a tecnologia supera o diálogo e o ambiente impessoal, moderno e asséptico é promovido como sinónimo de qualidade e profissionalismo. Ensina-se uma Medicina “despegada” que superficialmente identifica e rotula estados emocionais ao invés de reconhecer como será experienciá-los e lidar adequadamente com o outro que está a viver aquela emoção.<sup>2</sup> Fomenta-se a prestação de cuidados e não o *Cuidar*.

Aprender Medicina deve ser também adquirir competências clínicas relacionais e de comunicação - “os doentes não querem saber o quanto um médico sabe, enquanto não demonstrar o quanto se preocupa” (*adapt. T.Roosevelt*)

## A Consulta Médica: Encontro e Relação

Enquanto médicos de família temos o privilégio de contactar não apenas com doentes, no sentido de “possuidores de doença”, mas também com pessoas sem doença que recorrem para a manutenção da sua saúde e “atividades preventivas”. Mas na sua essência a relação médico-doente provém de um encontro entre alguém que se encontra em sofrimento e que

pede ajuda.<sup>3</sup> Trata-se de uma relação de base des-nivelada entre alguém que sente a sua integridade (física, psicológica, moral, social...) lesada, afetada, diminuída e alguém que ajuda e consola. Há aqui, geralmente, um assumir de papéis esperados: por um lado o doente que traz à consulta a sua dor, o seu drama, subjetivo, carregado de emoção, procurando ajuda num médico que observa, recolhe dados objetivos e estabelece um diagnóstico científico, mas que também não pode (ou não deve!) deixar de ser “contínua” para as angústias do doente e responder às suas necessidades globais.<sup>3</sup>

Ao mesmo tempo, pretende-se que esta relação seja, por si só, terapêutica. Isto não significa que compete ao médico resolver/tratar todos os problemas, mas sim usar das suas competências clínicas para acompanhar e auxiliar na resolução deste processo, identificando as emoções e ajudando o utente no processo de clarificação cognitiva das mesmas.<sup>4</sup>

A relação médico-doente “humana” pressupõe que ocorra uma verdadeira partilha: de tempo, de informação; uma interação não só física, mas também emocional e um comprometimento afetivo que demonstra ao doente este “entrar em cuidados” por parte do médico.<sup>3</sup>

Humanizar a Medicina é, portanto, dotá-la desta característica de relação de ajuda onde existe empatia, ou seja, um “colocar-se no lugar do Outro, ver o Mundo pelos seus olhos”, e isto só acontece se formos capazes de ouvir, de sermos interessados e disponíveis.

## Desafios à humanização na Medicina

São vários os fatores que podem contribuir para que a Medicina praticada no dia-a-dia se torne “menos humana”.

Os processos de despersonalização começam, com frequência, externamente: os próprios médicos são tratados como prestadores anónimos por uma gestão que tem em conta resultados e que desvaloriza a sua responsabilidade individual perante o doente.<sup>5</sup> O fomento do trabalho por objetivos/indicadores também reforça esta situação: ao focar-se em

números a atingir, o Médico pode perder a perspetiva da pessoa que procura ajuda.

O fator tempo é sistematicamente apontado pelos Médicos como um fator limitante da sua disponibilidade para os doentes. Para além da curta duração das consultas, existe uma clara sobrecarga de tarefas burocráticas, entre outros fatores. O documento da Ordem dos Médicos "Regulamento dos Tempos Padrão de Consultas Médicas" recentemente publicado em Diário da República, constitui um marco histórico ao definir a duração das consultas de diferentes especialidades médicas com base nas propostas de quem trabalha nessas áreas. No referido documento podemos ler "a marcação dos doentes deverá respeitar um tempo padrão adequado, que proteja de forma clara os doentes e os médicos no exercício de uma medicina de qualidade e humanizada".

Há também fatores inerentes à própria profissão médica que influenciam a Humanização dos cuidados: a necessidade de realizar diagnósticos e terapêuticas, leva os médicos a olharem para os doentes como sistemas "mecânicos" compostos por partes que interagem, resultando em objetificação.<sup>6</sup> Por outro lado, a resolução de problemas, ou seja, a interligação dos sintomas e achados clínicos com os conhecimentos de patofisiologia requer uma abstração dos processos mentais do doente e é uma tarefa clínica complexa que implica diminuição da empatia, como forma de gerir o stress criado pela situação.<sup>5</sup> A desumanização também pode surgir como processo intrínseco, pela necessidade de o médico lidar com a dor ou desconforto que, em determinados procedimentos, tem de infligir aos seus doentes.<sup>5,7</sup>

Um outro aspeto importante que pode contribuir para a desumanização da Medicina é o *burnout* do Médico<sup>8</sup>, que frequentemente se manifesta como despersonalização, exaustão emocional e perda de empatia. Um estudo realizado pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICSUL) a pedido da Ordem dos Médicos revela que, no que diz respeito à prevalência dos indicadores de *burnout*, 66% dos médicos da amostra apresentavam um nível elevado de Exaustão Emocional, 39% um nível elevado de Despersonalização, e 30% um elevado nível de Diminuição da Realização Profissional.<sup>9</sup> As causas mais frequentemente identificadas como relacionadas com o *burnout* foram as exigências e os recursos organizacionais percecionados pelos médicos, ou seja, percecionar baixos recursos e elevadas exigências, para além dos aspetos dos horários de trabalho e da relação com os doentes, revelam-se os melhores

preditores de níveis de Despersonalização elevados. Impõe-se assumir que, para cuidar dos outros, também nós, médicos, temos de ser "cuidados".

### Consulta de MGF: experiência de humanização

Quando se fala de Medicina Humanizada, a ideia que surge automaticamente é de tempo, disponibilidade e proximidade: consultas mais longas, olho no olho, ouvir o doente com respeito, criando uma relação de parceria, dando resposta às emoções.

Os estudos mostram que o que os doentes querem que o seu médico seja disponível, transmita confiança, seja empático, humano, próximo, franco, respeitoso e rigoroso.<sup>10, 11, 12</sup>

A humanização da medicina deve começar, pois, pelo encontro com A PESSOA doente: esse é o ponto de partida imprescindível em qualquer tentativa de humanização. Sem contemplar o Mistério do Outro, ou seja, reconhecê-lo como ser único dotado de um conjunto próprio de valores, preferências, perspetivas, vivências, não há humanização possível.

Na Medicina Geral e Familiar este processo está, sem dúvida, facilitado porque na nossa prática observamos o doente inserido no seu contexto familiar, laboral, comunitário; temos como pilar fundamental da nossa especialidade a abordagem holística e os cuidados centrados na pessoa<sup>13</sup>, somos a primeira linha de contacto do doente com os serviços de saúde e praticamos uma medicina personalizada com continuidade de cuidados ao longo de todas as etapas da vida.

A desumanização da medicina em geral, mas sobretudo no caso da Medicina Geral e Familiar surge, portanto, como esquecimento, lamentável, do que tendo perto diariamente, deixamos passar sem reparar.

Para praticamos uma Medicina mais humana, ou melhor, para sermos mais Humanos a praticar a "Arte da Medicina" devemos, pois, procurar dar apoio, comunicar com os doentes de uma forma acessível, saber ouvir, respeitar os seus valores e preferências, articular com outros elementos da equipa de prestação de cuidados e estarmos dispostos a aprender, aceitando humildemente as nossas limitações. Devemos preocupar-nos com tratar doenças e cuidar das dolências... e não esquecer também de cuidar de nós!



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 - Kumar KA. Humanization of medical education: Need of the hour. Arch Med Health Sci [serial online] 2014 [cited 2020 May 7];2:96-9. Available from: <http://www.amhsjournal.org/text.asp?2014/2/1/96/133847>
- 2 - Emotionally Detached Concern or Empathic Care. In: Humanizing Modern Medicine. Philosophy and Medicine, vol 99. Springer, Dordrecht.,2008. [https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6797-6\\_14](https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6797-6_14)
- 3 - Competências clínicas de comunicação / Ana Peixoto... [et al.] ; coord. Rui Mota Cardoso. - Porto : Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2012. - 359, [1] p. : il. ; 21 cm. - ISBN 978-989-97953-0-3
- 4 - Turabian JL (2019) Psychology of doctor-patient relationship in general medicine. Arch Community Med Public Health 5(2): 062-068. doi: <http://dx.doi.org/10.17352/2455-5479.000056>
- 5 - Haque OS, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. Perspect Psychol Sci. 2012 Mar; 7(2):176-86.
- 6 - Timmermans S, Almeling R. Objectification, standardization, and commodification in health care: a conceptual readjustment. Soc Sci Med. 2009;69(1):21-27. doi:10.1016/j.socscimed.2009.04.020
- 7 - Christoff K. Dehumanization in organizational settings: some scientific and ethical considerations. Front Hum Neurosci. 2014;8:748. Published 2014 Sep 24. doi:10.3389/fnhum.2014.00748
- 8 - Gleichgerricht E, Decety J. Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. PLoS One 2013;8:e61526.
- 9 - Ia, Jorge et al. Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. 2017. Disponível em [https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/ESTUDO-BURNOUT\\_OM.pdf](https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/ESTUDO-BURNOUT_OM.pdf).
- 10 - Bendapudi NM, Berry LL, Frey KA, Parish JT, Rayburn WL. Patients' perspectives on ideal physician behaviors. Mayo Clin Proc. 2006;81(3):338-344. doi:10.4065/81.3.338
- 11 - Hurwitz B, Vass A. What's a good doctor, and how can you make one?. BMJ. 2002;325(7366):667-668. doi:10.1136/bmj.325.7366.667
- 12 - Wen LS, Tucker S. What do people want from their health care? A qualitative study. J Participat Med. 2015 Jun 18; 7:e10.
- 13 - Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I. and Ram Maastricht P. 2011. The European Definition Of General Practice / Family Medicine. 3rd ed. [ebook] WONCA EUROPE.