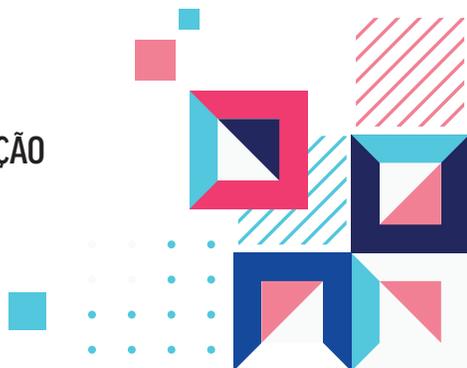


HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE UM VALOR INTEGRAL

COMISSÃO NACIONAL PARA A HUMANIZAÇÃO
DOS CUIDADOS DE SAÚDE NO SNS



HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE – UM VALOR INTEGRAL



JOSÉ CARLOS BERMEJO

INTRODUÇÃO À CONFERÊNCIA

FILIPPE ALMEIDA

Muito brevemente, tenho o gosto de apresentar o Professor José Carlos Bermejo. Professor da Universidade Ramón Llull de Barcelona, da Universidade Católica Portuguesa e da Camillianum de Roma.

O Professor Bermejo é autor de numerosos livros e artigos, é um especialista de humanização em saúde, luto e bioética, e mestre em aconselhamento, pós-graduação em luto, humanização, gestão e pastoral da saúde.

A sua experiência e conhecimento são uma mais-valia na procura de uma abordagem mais compassiva e centrada na pessoa, nos diferentes cenários da vida. Dirige o Centro de São Camilo, Centro de Assistência à Saúde e Humanização em Madrid, que é uma referência na promoção da humanização e da saúde integral da pessoa, uma plataforma de divulgação da cultura humanista, que visa promover a sua aplicação nos domínios da saúde social e educacional.

O título da conferência que dá o enfoque à nossa reunião de hoje é “Humanização em Saúde, um valor integral”.

Dirigindo-se, naturalmente, a humanização a todos os atores em saúde, doentes e profissionais, concordaremos certamente que a centralidade da humanização é, na verdade, o doente, na sua expressão mais radical de ser pessoa, que é, quando se está doente.

O que é que pode significar acompanhar um doente?

É dar, naturalmente, segurança científica, tão robustas são as ferramentas diagnósticas e terapêuticas de que hoje dispomos.

Mas é também despertar-lhe a confiança no rigor dos procedimentos e no empenho firme da nossa ação. É respeitar a sua autonomia, não lhe negando a possibilidade de, no limiar da sua vulnerabilidade, nos confiar a sua própria liberdade. Isto é de uma responsabilidade tremenda.

Acompanhar um doente é, ainda, estar disponível para fazer aquilo que ele necessita. E é também, ao mesmo tempo, ser capaz de o escutar, trilhando sulcos de uma medicina que desaguará em intensa comunicação humana, preenchida com palavras, gestos e silêncios.

Acompanhar este doente é, finalmente, abrir-lhe as portas de uma medicina narrativa que sabe dobrar-se sobre si mesma.

A humildade é um valor muito importante na nossa atividade. Uma medicina que sabe dobrar-se sobre si mesma, reconhecendo naturalmente o seu fulgor, mas também os seus próprios limites.

Intercetam-se aqui, portanto, na nossa relação com os doentes, a ciência, a ética, a antropologia, quiçá a teologia.

A humanização é, portanto, um valor, um valor maior, porque é capaz de integrar estas múltiplas dimensões de um cuidar de autêntica proximidade humana.

Estimado Professor Bermejo, bem-vindo a Portugal. Muito obrigado por vir.

Estamos aqui para escutá-lo.

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE – UM VALOR INTEGRAL

JOSÉ CARLOS BERMEJO

Muito bom dia. Saúdo-vos com ternura.

No Centro que dirijo, declarámos este ano como o ano da ternura, o que nos está a servir para pensar, investigar, falar, e tentar converter-nos à dinâmica da ternura.

Muito obrigado por me convidarem. Dirijo o Centro de Humanização da Saúde há 43 anos. São muitos anos pensando, investigando e pondo em prática, não só palavras, mas também programas e assistência humanizada.

Convidaram-me e atribuíram-me a primeira intervenção, não sei se porque sou velho na história da humanização ou porque falo muito bem espanhol e isto pode servir para praticar a língua!

Gostaria de começar desta maneira.

Celebravam-se as festas patronais numa cidade, onde todos os anos se celebram e, para um momento importante, a missa maior das festas patronais do povo, da cidade, decidiram convidar um sábio eremita – tinha fama de ser sábio e ainda não o tinham ouvido.

Convidaram-no, aceitou, e chegou o momento esperado por todos, o sermão da missa maior das festas patronais da cidade. Todos estavam com os ouvidos apurados, e o eremita começou assim: “sabem o que vos vou dizer”? “Não”, responderam todos. E o eremita disse: “deveriam saber o que há que dizer no sermão da missa maior das festas patronais da cidade. Por não o saberem, não lhes digo”. E assim acabou!

No ano seguinte (segundo Congresso), celebraram-se as festas novamente e convidaram o eremita – tinha fama de ser sábio, todos esperavam as suas palavras.

Quando começou a falar, disse: “sabem o que vos vou dizer?”. Lembraram-se do que havia acontecido no ano anterior, e então, desta vez, todos disseram: “sim”. E o eremita disse-lhes: “se o sabeis, para que quereis que lhes diga?” E assim acabou!

No ano seguinte (esta é a minha conferência), voltaram a convidar o eremita – tinha fama de ser sábio! Haviam ensaiado e disseram: se começa da mesma maneira, uma metade dirá que sim, a outra metade dirá que não

(vamos ver se começa, como estão esperando que eu faça agora...)! Chegou o momento, de que todos estavam à espera. O eremita, efetivamente, voltou a começar assim: “Sabem o que vos vou dizer?”.

Haviam ensaiado: uns disseram “sim” e outros disseram “não”. E o eremita disse: “quem o sabe, que o diga a quem não o sabe”. E assim acabou.

Bem, este poderia ser o meu esquema. Sabeis o que vos vou dizer?

Disseram-se já muitas coisas aqui. Falou-se de dignidade, de personalização, falou-se de empatia, falou-se de medicina narrativa, falou-se de encontro amigável, de respeito pela autonomia. Foram ditas, provavelmente, as coisas mais centrais da humanização. Eu venho preparado com o meu esquema, de todas as formas.

Venho do Centro de S. Camilo, que dirijo há mais de 30 anos. É um Centro para pessoas idosas, doentes, para doentes no final da via. Morrem 600 pessoas por ano, vivem os últimos 17 dias em ambiente de cuidados paliativos. O espaço está muito humanizado, não parece um hospital. É o resultado de um objetivo de humanização dos espaços.

Poderia contar muitos detalhes: os espaços estão pensados para as pessoas doentes, para as suas famílias e para os trabalhadores e os voluntários. Não aparenta ser um hospital para doentes, porque nos acostumámos a que os hospitais sejam brancos, feios, inóspitos. O maior paradoxo: inóspitos.

O corredor da unidade está decorado com pintura, escultura, arquitetura e música. No S. Camilo de paliativos, há um piano no corredor – durante as manhãs, um voluntário toca se não incomodar ninguém. Os quartos têm, além da cama, um sofá para a família, a mesa de trabalho, o frigorífico e a televisão. Cada quarto tem uma identidade diferente. Também o quarto de banho tem uma identidade diferente, mesmo que não se veja, mas tem um estilo diferente no interior.

Os doentes podem levar as camas para os terraços, felizmente, quando há bom tempo. E é um prazer ver os doentes no exterior a apanhar sol. Podem cozinhar e, em família, com frequência, celebrar a sua última ceia, a última vez que comem juntos, que se reúnem. Há também muitos lugares para a cultura, para a festa, para a celebração.

Também é um centro docente, onde ensinamos intervenção em luto, algumas metodologias particulares, como seja a câmara de GESEL para

supervisionar a comunicação com o doente, como se dão más notícias, como se gerem situações difíceis. Temos uma unidade móvel que sai para o mundo rural e para outras cidades, para tentar sensibilizar para a humanização, para o valor da escuta e do acompanhamento nas situações de sofrimento.

Mas não me pediram para falar do nosso Centro, escolhi apenas algumas imagens. Pediram-me que fale, sim, da humanização como chave de valor. Então, utilizarei esta meia hora para explorar com o meu próprio esquema, algo que já publiquei em vários livros sobre humanização, nestes anos, algum já traduzido para português.

A minha pergunta é: o que aconteceu? Perdemos a essência mais íntima, nossas vísceras que nos definem, nossa capacidade de sentir e de dar significado e valor às nossas experiências? Ficámos vazios de interioridade?

O que aconteceu, para que precisemos de falar de humanização? Perdemos a compaixão?

Talvez a tenhamos perdido. Eu não sou moralizante no meu discurso, ou pretendo não o ser, porque neste momento, sobre a humanização como movimento global, no mundo inteiro há discursos moralizantes, emotivos, acusando as políticas, acusando a universidade. O meu discurso não quer ser moralizante, antes quer identificar o que está acontecendo.

O que está acontecendo e o que significa humanizar? Eu vejo, viajando muito pelos diferentes continentes, que é um movimento global. Por exemplo, na América Central, vários países têm planos de humanização da assistência em cuidados de saúde. O que querem? Eliminar os maus-tratos, eliminar a violência na relação profissional. Este é o seu objetivo. Em outros lugares, querem qualificar a gestão da qualidade, porque se burocratizou em absoluto – tudo tem a ver com a qualidade na gestão dos programas e dos serviços de saúde.

Desenvolverei o meu tema, dizendo que falamos de algumas chaves de valor. Alguns referentes históricos podemos talvez apenas citá-los, particularmente na medicina. Também pretendo motivar para que procuremos referentes no nosso país, na nossa cultura, na nossa história da medicina e da saúde, e no estado da arte, ou seja, como estão as coisas neste momento. Naturalmente, centrar-me-ei na minha experiência, que não é em Portugal. Em Portugal, o que faço é dar aulas em Viseu, Castelo Branco e na Universidade Católica de Lisboa, e no passado também no Porto.

De que falamos, quando falamos de humanizar? Há alguns anos, dirigi esta pergunta a uma doutora em Filologia, e pedi-lhe que fizesse uma investigação sobre a palavra humanizar. É uma palavra moderna, que alguns criticam, dizendo que não há nada que humanizar. A assistência em cuidados de saúde já é o mais humano que podemos fazer. Nós, seres humanos, já atendemos à vulnerabilidade, à fragilidade, à doença, ao morrer. Só por isso, somos a expressão profissionalizada da humanidade dos povos, da ternura dos povos. No entanto, é verdade que, mesmo que as profissões da saúde sejam expressão de humanização, podemos desumanizar-nos.

De que falamos? A origem da palavra humanizar, nas nossas línguas, é outra, mais velha: *humanar*. *Humanar*, etimologicamente, é o que podem fazer os deuses, que podem sair de si, a divindade, e humanar-se. O dicionário diz abrandar-se, encarnar-se, baixar simbolicamente, sair, entrar na natureza humana. Daí vem a palavra humanizar. A origem é *humanar*.

Fizemos este estudo, publicámo-lo e, em algum momento, pensei: não deixa de ser um pouco ridículo que falemos de humanizar. Se agora viessem algumas vacas inteligentes, ou ovelhas inteligentes, e nos perguntassem o que estão a fazer os seres humanos, e o tentássemos explicar – queridas vacas, estamos falando de humanizar – rir-se-iam de nós e diriam: nós não fazemos congressos para falar de “vacarizar”! Somos vacas, seremos vacas, fomos vacas, quando comemos, quando dormimos, somos vacas. Por que falam de humanizar, se são humanos, se têm sido humanos? Além disso, são profissionais de saúde. E acontece que teríamos de explicar às vacas (loucas), teríamos de explicar-lhes que, na natureza humana, não é o mesmo ser humano e viver e comportar-se humanamente. Somos humanos também quando nos matamos, também quando nos maltratamos!

Por isso, é necessário falar de humanizar ou, como outros propõem, de humanismo nas profissões da saúde. Seja como for, humanização ou personalização, acho que há motivos suficientes para falar de humanizar ou de re-humanizar, ou de humanismo.

Por que temos que falar disto? Certamente que estamos expostos ao perigo da colonização tecnológica. Não é que humanizar seja moralizar, falar negativamente da tecnologia. Claro que não. Tive alguns incidentes também em países muito pobres e pensei: se tiver um acidente, prefiro estar na Europa. Se eu puder escolher, prefiro um sistema de saúde onde haja

muita tecnologia, porque será mais fácil responder às minhas necessidades diagnósticas, de controlo de sintomas, de tratamento e de palição.

A tecnologia não é o oposto da humanização, é uma das expressões da humanização. Mas, este processo galopante de digitalização, de medicina de precisão, pode levar-nos a perder o objetivo, que é o ser humano, a pessoa concreta, doente, a sua dimensão relacional, a sua família. Não podemos utilizar apenas a técnica, não podemos ser meros tecnocratas, meros funcionários que utilizam a tecnologia ao serviço dos processos de saúde.

A demonização da técnica é uma questão muito antiga, que a mitologia grega se encarregou de pensar. Talvez o mito de Prometeu a represente, quando os deuses roubaram o fogo, que representava a capacidade de transformar a natureza e, por roubá-lo, foram castigados, atados a uma coluna, e uma águia devoraria seu fígado permanentemente, por terem querido transformar a natureza com o poder divino.

Desde então, pensamos que talvez a tecnologia possa desumanizar, porque é como convertermo-nos em deuses. Algum filme já o terá mostrado em alguma cena – o início do filme, os alunos de medicina e o grande médico que diz “farei de vocês algo mais do que homens, farei de vocês médicos”. Lembra-se do filme, do médico, do seu início? Intitula-se “El doctor”!

Efetivamente, a tecnologia pode tornar-se uma barreira que despersonaliza, o computador pode converter-se numa barreira, mas a minha crítica não é moralizante sobre o desenvolvimento tecnológico. Ortega e Gasset dizia que, no ser humano, uma mesma coisa é técnica e humanidade. Não é que a humanidade seja o contrário ou a outra face da nossa condição. A tecnologia é a expressão da nossa identidade humana. Mas, com o seu uso, efetivamente, podemos despersonalizar. Podemos tratar as pessoas como casos clínicos, de uma maneira seriada, despersonalizada.

O bioeticista espanhol Javier Gafo, catedrático de Bioética da Universidade de Comillas, foi, para mim, quem primeiro escreveu sobre humanizar do ponto de vista ético, tendo dito que a humanização é o primeiro desafio ético. A desumanização é o primeiro problema, antes que a eutanásia, que o aborto, que os problemas da relação. Para ele, a desumanização era igual a despersonalização nas relações profissionais.

Efetivamente, estamos recebendo, eu com gosto, mas também com atitude reflexiva, os poderes que têm incluída a inteligência artificial, para nos suportar, para nos ajudar, para praticarmos a evidência nos processos. Há coisas que me assustam! Com a inteligência artificial, as pessoas enlutadas podem “ressuscitar” os seus mortos para continuar a falar com eles. Alguns, podem patentear esta “ressuscitação”, “digitalizar” os mortos e ter, como propriedade privada, as pessoas mortas, reconstruídas a partir do rasto digital. Dou as boas-vindas ao poder que tem a inteligência artificial, à qual já perguntei o que penso sobre um tema. E a inteligência artificial respondeu, numa página, dizendo o que eu penso sobre o luto e a inteligência artificial. Já sabe o que penso, elaborando sobre toda a informação que há na rede.

Alguns se perguntam, não só com a telemedicina ou a inteligência artificial, se estamos já no final da medicina com rosto humano! Eu espero que não. Espero também que a humanização não seja uma decoração, uma pseudo-personalização de alguns processos, de alguns produtos, porque isso também o faz a empresa que vende carros, “personalizando” o produto: de que cor o quer, quanta potência, e a parte de frente, e a parte de trás? Tu pagas, tu és o centro, tu és o cliente! Espero que não vamos atrás destas propostas de pseudo-personalização que nos apresenta o mundo do mercado.

Há motivos, efetivamente, para falar de desumanização. Seguramente que a temos como experiência, como doentes. Eu também a tive, como doente na pandemia: fui gritado, fui maltratado e não era necessário. Não era necessário! Fui atendido sem me olharem para a cara. Isto é o que dizem todos os doentes: não olhou para mim, olhou apenas para o “écran”. Isto é uma realidade. São motivos que também justificam que falemos de desumanização.

Uma das causas de desumanização costuma ser a reivindicação de que estamos com *burnout*. Bem, isto também pode ser um discurso fácil. Em 1974, um psicanalista alemão, Freudenberger, começou a estudar a síndrome do *burnout*. Depois, alguns autores criaram instrumentos para medir quanto *burnout* há nos grupos profissionais. Colocou-se de modo a falar de *burnout* em todos os congressos, para reivindicar. Estamos em *burnout*! Precisamos que cuidem de nós! É uma realidade, mas também pode ser um discurso fácil, para justificar algumas reclamações. É verdade que também contribuí para a desumanização.

Às vezes, a atitude dos utentes parece um mercado. Alguns espaços de saúde parecem um mercado. Faça-me isto! Ou tratam mal aos profissionais. Pode-se ver o resultado da agressão pela própria população! Também precisa de conjugar o verbo que os profissionais de saúde e da assistência em saúde querem conjugar.

Para mim, se me perguntassem: José Carlos, porque tem que falar de humanização? Em primeiro lugar, eu responderia assim: não há igual acessibilidade aos recursos de saúde e de prevenção, no mundo inteiro. Não é o mesmo, numa ilha como no continente, numa região de um país como noutra, num país como noutra, num continente como noutra. Enquanto não tivermos os recursos e a proteção da saúde globalizados, com acesso universal no mundo inteiro, penso que temos, só por isto, motivo suficiente para falar de desumanização.

Alguns já fizeram muitos discursos sobre humanização, fizeram também fundamentação filosófica, antropológica. Os discursos mais sólidos buscam os fundamentos filosóficos e jurídicos. Para mim, devemos falar de humanização, não em termos de causas, sim em termos de fundamentos. Sabem que é o símbolo universal da dignidade. Da dignidade!

Todos temos a mesma dignidade, todos os seres humanos: velhos, jovens, meninos, brancos, negros, os que ainda estão dentro da mãe ou que já saíram, homens e mulheres com capacidades cognitivas ativas, somente em potência ou já deterioradas por Alzheimer ou outras demências. Todos temos a mesma dignidade! Fundamentou a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, nasce da nossa radical vulnerabilidade.

O nascimento da solidariedade para recuperar as capacidades humanas é o fundamento da origem da hominização ou da humanização. Uma jornalista norte-americana localiza a origem da “humanidade” a partir da imagem de cura de uma fratura do fémur que não podia ser curada sem a ajuda de outra pessoa. Outros referem, como indicador, a condição conhecida como “avô desdentado”. É o crânio de um velho que não tinha dentes e que, na sua idade, só poderia viver se alguém o ajudasse, se alguém tivesse compaixão para que sobrevivesse.

A vulnerabilidade com a compaixão é a origem do nosso discurso, a fundamentação que poderíamos desenvolver muito, filosófica ou antropológicamente. O fundamento, no final, é dizer que essa dignidade justifica

que possamos dizer que temos direitos universais, todos os seres humanos, igualmente. Outros dizem que é uma questão emocional, a gestão do intangível, do subjetivo, da experiência de como vivemos, como significamos, cognitiva e emocionalmente, a doença e a saúde.

Para mim, humanizar é uma questão ética, quer dizer, tem a ver com os valores. A ética é essa parte da filosofia que pensa o que é bem e o que é mal, o que é justo e o que é injusto. Não que responda, mas que pensa e busca a resposta. Em qualquer serviço, em qualquer país, num grupo, numa grande instituição, onde nos perguntemos o que é bem e o que é mal, estamos a humanizar. Esta sala de espera é boa ou má? Está bem assim? Ou deveria estar melhor? O “deveria” é a expressão da busca ética, do mundo dos valores.

Conseguiríamos muitas mudanças, se considerássemos que humanizar é uma questão ética. Em primeiro lugar, teríamos que dizer, pelo menos em saúde, que não provocamos dano. Dito em latim, *primum non nocere*. Em primeiro lugar, há que não fazer mal. Mas sabeis que na ética também há outras regras de carácter superior. A regra de ouro é esta: trata os outros como gostarias que te tratassem a ti. Este é um modo de falar, de humanizar o trato.

Mas o trato não é o único que temos que humanizar. Temos também que humanizar a política, a gestão, a coordenação, a universidade, o currículo dos médicos e das enfermeiras, o morrer e a saúde mental. Tem que se aquilatar, para ver se nos tornámos “veterinários de corpos humanos” ou se, realmente, estamos atendendo à vulnerabilidade.

Não sei se se lembram da segunda formulação do princípio categórico de Kant. Dizia ele: comporta-te de tal maneira que possas propor a tua conduta como lei universal. Esta seria a regra de platina, poderíamos dizer. Trata os outros como gostarias que te tratassem a ti, quiçá seja uma projeção dos teus desejos, mas, comporta-te de tal maneira que o possas dizer assim em qualquer lugar, isto é proponível como lei universal.

Bem, assim quis definir, humildemente, o que entendo por humanização, e os motivos por que devemos falar de humanização. Vou tentar dar algumas chaves, só apresentá-las – podemos investigar sobre elas, descrevê-las.

Para mim, uma das chaves para humanizar inclui um necessário olhar o ser humano de forma multidimensional. Somos filhos, muito, de uma

cultura dualista: o corpo e a alma, o material e o imaterial, o corporal e o psicológico.

A Organização Mundial de Saúde, quando definiu a saúde, deu-nos uma visão tridimensional da saúde, como o mais perfeito estado biopsi-cossocial. Mas não é suficiente continuar nestas três dimensões. Para mim, poderíamos apresentar a multidimensionalidade do ser humano que a humanização nos reclama, desta forma: temos uma dimensão física, claro, mas muito sofrimento vem dos pensamentos. Como significamos a doença? Como vemos o que é a medicina? Como conceptualizamos a saúde e o morrer? Muito sofrimento está na significação que damos ao que vivemos.

Outra parte do sofrimento, não só doença e sofrimento, está no mundo emocional, nesse modo íntimo como vibramos com o que se passa connosco por fora e por dentro. Experimentamos ansiedade, alegria, tristeza, medo, raiva. Somos todos assim. Temos dimensão emocional. Temos também dimensão relacional.

Humanizar, para mim, significa olhar o ser humano, o doente, nestas dimensões. Mas o doente também tem família, tem filhos, tem avós, tem preocupação com o seu trabalho, tem papéis.

Como seres humanos, além disso, temos uma dimensão de valores que não é a emocional, não é a racional. Pinto-a assim: o coração do coração. Apreciamos a justiça, a paz, a saúde. Isto são valores, não são sentimentos.

Também temos uma dimensão espiritual, o mundo da busca do sentido ou da angústia e do não sentido, a transcendência horizontal ou vertical.

Estas seis dimensões, para mim, justificam que falemos de humanizar, quero dizer, de um olhar multidimensional dirigido à pessoa, ao doente e a nós mesmos, que também somos multidimensionais. Ou seja, não é apenas uma atenção integral, holística, multidimensional, mas um modo de olhar o ser humano, o profissional e o doente, nesta chave de multidimensionalidade.

Uma segunda chave de valor, para mim, aporta ao modelo de atenção centrado na pessoa, ao paradigma de humanização como atenção personalizada, que espero que seja multidimensional.

Se olharmos também para nós mesmos como multidimensionais, poderemos, talvez, dar um passo no que foi, para a nossa história, a

medicina que insistiu muito na beneficência e criticamos a medicina paternalista. Hoje, queremos dizer que humanizar significa reconhecer o princípio de autonomia, a liberdade que o paciente tem de gerir, de decidir, não um subordinado, mas um interlocutor. Nestes momentos, somos desafiados a humanizar, o que, para mim, significa buscar o equilíbrio entre o antigo paternalismo criticado e o exagero em que caímos da hipertrofia do princípio de autonomia, que nos aconteceu porque fomos todos correndo atrás do paradigma principialista dos americanos – os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Fomos todos correndo, esquecendo a chave das virtudes, que é mais própria da cultura própria do Mediterrâneo.

Bem, outra chave de valor para mim, para humanizar, é definir o que entendemos por saúde. Se a saúde é apenas o silêncio do corpo, bastam máquinas que nos ajudem a conseguir que haja harmonia no funcionamento dos órgãos. Mas a saúde para os seres humanos é muito mais, é experiência, é biografia, é experiência biográfica, é projeto, é tarefa, é responsabilidade.

Olhar a saúde no seu sentido físico, mental, emocional, social e espiritual, é uma chave de humanização com implicações concretas na gestão dos programas e dos serviços para as pessoas, antes de adoecer e depois de se adoecer, e no morrer.

Eu penso também que o nosso sistema tem sido um pouco louco e desproporcionado. Não tem colocado em justo equilíbrio o significado e a importância da prevenção e tem exaltado, sobretudo, a importância do curar. Muito pouco o reabilitar. Por trás, há muito sofrimento. Por isso, temos que falar do inevitável, se for sofrimento inevitável, mas há sofrimento evitável. Temos, pois, que falar de humanização.

Há menos investimento no cuidar de nós mesmos e em como nos cuidar. Parece que cuidar é de segunda categoria e curar é de primeira categoria. Pagamos aos enfermeiros que trabalham no hospital, muito mais que aos poucos, já não há na Europa, enfermeiros que trabalham nas instituições de cuidado, como casas de misericórdia, residências, lares, residências de velhos. Parece que cuidar é de segunda categoria e curar de primeira, esquecendo que, na realidade, curar é uma forma de cuidar. Curar é uma forma mais de cuidar!

Também penso que temos muito pouco desenvolvida a cultura e os programas e serviços em chave de palição. Para mim, humanizar é também buscar esse equilíbrio necessário que responda às nossas verdadeiras necessidades.

Para mim, outro modo de dizer o que é humanizar, expressá-lo-ia desta maneira: alguns pensariam que, sendo nós profissionais, a humanização é a outra face. Eu digo, a humanização é o desenvolvimento da competência profissional. Mas a competência profissional não é só a competência científico-técnica.

Um aluno disse-me, uma vez, quando ensinava na Faculdade de Medicina – e colocou-o por escrito na parede da faculdade: ensinam-nos a contar mitocôndrias até com os dedos dos pés, mas não nos ensinam a escutar. E ensinar a escutar e aprender a escutar faz parte da competência profissional. E não é só o escutar, é também o confrontar, persuadir, motivar, conseguir a aderência, porque com a comunicação informá-mos bem e ganhámos a motivação para seguir o tratamento.

Sermos bons profissionais é também promover a competência emocional. Muita desumanização vem da má gestão de alguns sentimentos nas equipas. Por exemplo, a inveja. Um companheiro meu escreveu um livro inteiro sobre o poder que tem este sentimento destrutivo das equipas. Muitos profissionais foram à universidade seis, oito anos, não sei quantos, eu fui onze, e não receberam nem uma hora de formação sobre como gerir os próprios sentimentos ou os sentimentos do doente – a ansiedade, a tristeza, a raiva projetada, a negação como mecanismo de defesa.

Para mim, falar de humanizar é também falar de competência ética, capacidade para detetar conflitos e analisá-los, ver os valores que estão em jogo, saber discernir, deliberar com prudência – *fronesis* – para tomar decisões prudentes. Isto é ser um bom profissional.

Cada vez mais se está falando de competência espiritual. Nisto, eu estou enriquecendo-me mais em Portugal do que em Espanha, porque vocês investigam mais. Por exemplo, um tema muito concreto: como influi a esperança, que é uma chave de natureza espiritual, um dinamismo espiritual, na recuperação de uma prótese da anca ou de um transplante de rim. Estas questões estão a ser investigadas, mas ainda temos muito pouco profissionalizada a tarefa de diagnosticar espiritualmente, fazer tratamento

e acompanhamento com profissionais especialistas em angústia existencial, em vazio, em sofrimento existencial. Por exemplo, os irmãos de S. João de Deus estudaram o sofrimento existencial como sintoma refratário que justifica a sedação paliativa no final da vida. Não os sintomas físicos ou psicológicos ou relacionais, mas o sofrimento espiritual, existencial, a experiência de vazio, por exemplo, que faz muitas pessoas desejar a morte. Saber responder a estas dimensões pode ser lido como competência espiritual.

Cada vez se fala mais da necessidade de competência cultural. Para mim, esta é uma chave de humanização, uma chave de valor. A promoção de competências transversais (“soft skills”), requer formação universitária e contínua, com conteúdos explícitos e metodologias específicas. Este é o meu convencimento, porque é também a minha experiência. Na Faculdade de Medicina de Santiago de Chile transformámos a disciplina de comunicação em medicina em disciplina obrigatória, com metodologias concretas e programa com conteúdos específicos.

Uma quinta chave é o que está acontecendo com a palavra empatia. Está sendo ultrapassada, em parte, pela palavra compaixão, legitimamente, mas cedo, já que ainda não explorámos a empatia como atitude. As atitudes na psicologia social têm uma dimensão cognitiva, uma dimensão afetiva e uma dimensão comportamental. Pensamos que a empatia é sentimento, é bidirecional e merece ser estudada. Dediquei-lhe um livro chamado Empatia Terapêutica.

Alguns estudiosos estão a ajudar-nos a ver que a empatia também pode ser usada para o mal. Por exemplo, uma empatia explorada ao serviço do conhecimento da vulnerabilidade do outro para o roubar via redes sociais, internet, para fazer bullying, para tanto mal, como fruto de um bom desenvolvimento da empatia.

Em todo caso, que bom se explorarmos a empatia e a vincularmos com a compaixão, essa capacidade de explorar o mundo dos sentimentos, dos significados. Que bom, se falarmos de relações de ajuda da medicina narrativa, de ajudar com a escuta como terapia, a escuta como tratamento, a escuta como resposta que ajude a gerir o próprio sofrimento do doente. Que bom, se aprendermos a responder com a palavra que devolve a compreensão.

Por trás disto, é necessário treinamento. Que bom, se nos treinarmos para personalizar a comunicação. Personalizar! Há autores que o dividem em várias subcompetências: personalizar o significado, personalizar o problema, personalizar o sentimento, personalizar a finalidade. Fá-lo Carkhuff, discípulo de Rogers, no contexto da psicologia humanista.

Que bom, se nos treinamos para aprender a usar a palavra como se fazia na Antiguidade. Na Antiguidade havia toda uma disciplina que tinha a ver com o estudo do uso da palavra na relação clínica. Chamava-se retórica. Era estudada não só para usar em público, para a política, por exemplo, ou para a comunicação, como eu agora, mas também como um bem para a informação, a comunicação, a persuasão, para a relação pessoal – a palavra que persuade. Pedro Lain Entralgo fez um estudo sobre o desenvolvimento do uso da palavra na tradição médica. Deu-nos um grande presente.

Na sexta chave tem-se falado, nos últimos anos, do paradigma do curador ferido, em alguns contextos. Também lhe dediquei um livro inteiro. É um aproveitamento do mito de Quíron, de onde vem a palavra “quirófono”, em espanhol, o que corresponde a bloco cirúrgico. No mundo das lutas entre os deuses, um deus que queria seduzir uma deusa que não o queria, transformou-se em cavalo para o conseguir. Lograram o encontro, nasceu um Quíron, um centauro. Foi ferido numa perna e transformou-se num grande terapeuta dos outros, com muita capacidade e muita delicadeza, mas não podia curar-se a si mesmo. Esta reflexão da mitologia é hoje pensada, por exemplo, por Carl Jung, como metáfora do curador ferido.

Aplicado ao nosso mundo da saúde, isto tem um potencial impressionante, já que consiste em reconhecer que não só somos profissionais da ajuda aos feridos, mas também somos cuidadores feridos. Por exemplo: eu também tenho uma mãe, minha mãe também adoeceu, minha mãe também teve Alzheimer, eu também tenho problemas em casa. Isto pode converter-se na minha vulnerabilidade, no meu sofrimento, nos meus limites, pode converter-se em cátedra, numa cátedra onde posso aprender o melhor da natureza humana. Nada humano me é estranho, disse Terencius – basta que me olhe ao espelho e encontre ali a vulnerabilidade que vejo nos doentes. Assim, como não hei-de compreender a raiva deste doente, se eu também me enraiveço? Como não hei-de compreender a sua tristeza, a

sua ansiedade, se eu tenho ansiedade por motivos menos relevantes que os dos doentes?

Este paradigma é muito potente para olharmos para nós mesmos, como ajudantes dos outros, mas também feridos, para integrar a nossa própria finitude e vulnerabilidade. Pode ser a melhor escola, o melhor caminho, para humanizar, para tratar o outro como sinto que preciso, também eu, de ser olhado.

Termino, dizendo que há algumas referências no mundo que, para mim, merecem ser consideradas:

Albert Schweitzer, que foi médico, filósofo, teólogo e músico franco-alemão, dizia: um bom médico deve escutar como um sacerdote, dos que escutam bem, raciocinar como um cientista, dos que raciocinam bem, atuar como um herói e falar como uma pessoa normal. É uma grande proposta de humanização.

Gregório Marañón dizia: há que nos atrevermos a dizer muito alto que, para o médico, a técnica é secundária – a técnica não é ruim, é secundária em relação ao encontro.

Santiago Ramon y Cajal chamava a atenção sobre o perigo da vaidade dos profissionais, particularmente ele como médico, que nos persegue até morreremos. A vaidade, ou como dirá outro autor, a soberba do saudável.

Pedro Lain Entralgo era médico espanhol. Conheci-o, trabalhamos juntos em vários lugares, era filósofo. Fez um trabalho sobre o uso da palavra ao longo da história da medicina, o modo como a palavra se utilizava também como medicina, não só como instrumento para a comunicação.

Albert Jovell, também o conheci, trabalhei com ele, era oncologista, teve cancro. Agora, há uma fundação que propõe o seu modelo, modelo afetivo-efetivo, e há prémios à humanização com o seu nome. Ele falava do perigo da soberba do são – quando nos vestimos e nos colocamos elementos que dizem a todos que sou médico, sou profissional da saúde, estou no meu terreno.

Hoje em dia, o tema da humanização, para mim, parece um poliedro, em alguns discursos parece um salpicão de iniciativas boazinhas. Não me agrada muito quando se coloca tudo dentro de um capítulo “humanizar”: musicoterapia, pintura e magia no hospital infantil, muitas iniciativas que se podem perder das necessárias transformações radicais do mundo da

saúde. Também há o perigo de que a humanização se torne num verniz superficial, sem orçamento para a realização de iniciativas concretas, sem pessoas que trabalhem para desenvolver programas. Em alguns contextos, parece-me que vendem fumo: antes chamavam-se de gestão da qualidade, agora chamam-se de humanização; antes segurança do doente, agora humanização; antes formação contínua dos trabalhadores, agora desta forma. Pode ser uma moda, esperemos que não seja uma moda, que seja um modo de trabalhar, um modo de olhar.

O nosso Centro tem mais de 40 anos. Algumas das suas iniciativas servem para motivar, como o reconhecimento através de prémios – fomos nós, quem começou em Espanha. Agora já há várias instituições dedicadas à humanização. Acredito que a identificação de boas práticas e a sua divulgação são uma boa abordagem.

Por exemplo, há uma fundação que nasceu para humanizar os cuidados intensivos – Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. Que bom! Tornou-se uma fundação, humanizando. Também atribui prémios. Propuseram, no início, algo muito humilde – que as unidades de cuidados intensivos não fossem tão fechadas. Parecia que os doentes eram propriedade privada dos trabalhadores. Justificávamos isto com medo do contágio e separávamos a mãe do seu filho, apesar da gravidade. Há outra fundação – Fundación Humans – que também atribui os seus prémios e faz a sua investigação, menos as suas publicações, o que é mais difícil e que creio que é imprescindível.

Hoje, há teses de doutoramento e investigação sobre estes temas e estão em curso mudanças sérias em torno da humanização, mudanças sérias concretas nos diferentes programas e serviços. Encontramos já diversas publicações.

Em Espanha, onde a saúde é gerida por regiões, agora quase todas têm um plano de humanização da assistência em saúde. A Comunidade de Madrid e a Comunidade de Castilla-Leon já vão no segundo plano. Segundo a minha experiência, alguns erros que se cometeram, resultaram de se ter querido fazer planos de humanização, escutando todos, todos, todos! Todas as especialidades médicas, os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, as associações de doentes, os colégios profissionais, os sindicatos. Todos! Querer escutar é imprescindível. Mas, no limite,

querer escutar todos, para fazer um projeto, pode ser a própria armadilha, de onde logo saia tanto que nem se possam levar à prática as propostas de humanização.

Lanço um desafio à Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS, que felicito. Para que haja futuro para a humanização, para que haja mudanças reais a partir das propostas da Comissão, parece-me que estas têm de ser fundamentadas antropologicamente, filosoficamente, e juridicamente do ponto de vista dos direitos, para que tenham a solidez suficiente para resistir às críticas ou aos mais resistentes, que podem ser simplesmente os que se acomodem a si mesmos.

Na instituição a que pertenço – os Religiosos Camilos –, sintetizamos a humanização numa frase: “*Mais coração nas mãos*”. A sabedoria não está somente na cabeça, mas também na sede onde discernimos e onde habita o melhor de nós mesmos, que são os valores.

PERGUNTAS E RESPOSTAS NO FINAL DA CONFERÊNCIA

JOSÉ CARLOS BERMEJO

P1: Por vezes, praticamos ações com falta de humanismo e invadimos o espaço do outro, sem nos apercebermos de que o estamos a fazer. Fazem algum tipo de formação para profissionais de saúde?

B.: No nosso Centro, temos formações para os profissionais de saúde sobre “counselling” com um mestrado em “counselling”, Psicologia Humanista, ao serviço da vinculação, da aliança terapêutica. Temos também um mestrado de intervenção no luto. Tornámo-nos especialistas no acompanhamento do luto complicado, no sofrimento que geram as perdas. A doença é uma experiência de luto antes da morte, um luto antecipado. O luto pós-morte, quando se complica, pode tornar-se grave ou ser letal.

Temos outras pós-graduações com a Universidade de Barcelona sobre cuidados paliativos, sobre gestão hospitalar, e sobre o acompanhamento espiritual, além dos dois mestrados.

As nossas publicações avaliam os conteúdos. Publiquei 60 livros. No nosso Centro, ontem foi publicado o último sobre a ternura nas profissões

de saúde. Sobre humanização, publicámos 200 livros. Estes são nossos materiais.

Mas temos, sobretudo, algumas metodologias específicas.

A metodologia tem muito a ver com o aprender com a experiência e com jogos de “roleplay”. Na câmara de Gesell, pomos atores que fazem de doente ou familiar, e os alunos têm que treinar o uso de competências relacionais e de gestão de sentimentos, para uma boa comunicação em situações difíceis.

Falar muito de empatia, sem treinar a dimensão comportamental da empatia, torna-se em algo genérico e também polissémico, um bosque conceptual em torno de algumas palavras como esta.

Temos esta metodologia, mas também outra muito potente – os alunos profissionais de saúde têm que escrever diálogos com os doentes e as famílias e apresentá-los para serem supervisionados. A supervisão da comunicação é uma chave imprescindível para a formação neste campo.

Investigação, publicações, ações formativas, metodologias concretas: nos melhores momentos, estes temas tornaram-se uma disciplina obrigatória, em algumas faculdades de medicina e de enfermagem, como seja na Faculdade de Medicina de Santiago de Chile.

P2: Professor, em primeiro lugar, quero agradecer a sua conferência e a facilidade com que torna coisas complexas em coisas simples. Ficámos com a ideia de que podemos entender e fazer tudo o que nos disse. Por isso lhe agradecemos. De facto, colocou-nos num patamar de compreensão muito interessante. No final da sua intervenção, disse que há várias Comunidades que têm planos, que têm projetos, que têm vários instrumentos sobre as questões da humanização. Há referenciais de base que permitem a construção dessa diversidade pelas Autonomias? Ou cada Autonomia constrói o seu plano, a partir da sua própria conceção?

B.: A palavra Autonomia em Espanha significa Região que gere os serviços de saúde. Quase todas as Regiões fizeram o seu plano de humanização. Algumas, já fizeram dois: um plano para dois anos, e voltaram a fazer outro, com muitas consultas.

Conheço um estudo comparativo de todos os planos de humanização, feito pela Fundação Humans. O presidente, o criador, trabalhou como

vice-conselheiro de saúde, na Autonomia de Madrid, e depois conseguiu também liderar muitas iniciativas, muito participadas. Tem muitas possibilidades, com algumas a incidir, por exemplo, sobre a arquitetura. Outras pressionam a universidade para incluir a formação específica sobre questões de humanização. Outras incidem sobre a capacitação dos profissionais, as competências transversais, a perceção da qualidade, a participação dos doentes nos processos, o reconhecimento da autonomia. Há diferentes modelos.

É bom que haja planos, mas vós tendes melhor, que é terem conseguido comissões de humanização em todos os hospitais. Esse é um sucesso – o compromisso de cada instituição hospitalar. Nos cuidados de saúde primários não sei se se verifica esta realidade. Ou se haverá diálogo suficiente com as comissões de ética, ou se as comissões de ética se tornaram apenas em instâncias de acreditação dos trabalhos de investigação.

Parece-me um lugar em que se tem que estar em relação, porque humanizar é uma questão ética e também em relação com as comissões de qualidade, para que a qualidade não seja uma mera acreditação burocrática, a verificação de que os “papéis” estão em ordem.

Há muito caminho, em parte percorrido e muito por percorrer.

Outros países também estão a procurar a acreditação em humanização, a acreditar instituições, programas ou serviços em humanização. Por exemplo, a Colômbia concedeu a uma empresa a acreditação da qualidade com ênfase na humanização. Quer dizer, a humanização tornou-se num dos elementos da acreditação da qualidade. Seguem o modelo da Joint Commission, mais americano do que os nossos, que seguimos modelos europeus.

Bom, há muitas experiências para aprender.

P3: Tratar o outro como eu gostaria que me tratassem a mim, penso que é uma regra importantíssima. O problema, pode-se pôr, se eu tiver uma personalidade masoquista. Qual a importância, a necessidade de haver acompanhamento psicológico dos profissionais, um acompanhamento regular, qualquer coisa como grupos equivalentes, onde cada um de nós possa refletir sobre a sua personalidade, a sua maneira de se relacionar com os outros.

B.: Tratar os demais como gostarias que te tratassem a ti é a regra de ouro da ética. Eu propus a regra de Platina, que é a segunda formulação do princípio categórico de Kant: tratar os demais de tal maneira que o possas propor como lei universal. Quer dizer, que não tenha discussão. Penso que, historicamente, temos valorizado de forma excessiva a autonomia.

Alguém pode querer também ser maltratado, porque está mal de cabeça, de saúde mental. Alguém pode querer praticar a eutanásia, e não ser um valor que tenha integrado o profissional. Portanto, as expectativas do outro, por razões de autonomia, ou de saúde mental, ou de diferença de personalidade, não justificam a resposta.

Teríamos uma medicina “à la carte”, em função de desejos e expectativas. A chave de referência, para mim, é o conceito da aliança terapêutica que se está resgatando hoje.

Tínhamos sido muito paternalistas, convertemo-nos todos em autonomistas, podemos recuperar a chave da aliança. Na aliança, somos todos vulneráveis, com personalidades diferentes. Também os profissionais têm personalidades diferentes.

Às vezes, temos mais necessidade de ajuda de algum especialista em saúde mental do que alguns doentes, porque, sendo tão variado o nosso mundo, há de tudo, e não há tantos critérios definidos de exclusão em saúde mental, em particular. A saúde dos médicos, a saúde mental dos enfermeiros, a saúde mental dos psiquiatras é um tema que daria para falar. Está claro que, quando um piloto de aviação tem dificuldades, transtornos emocionais, relacionais, e não está no suficiente domínio da sua responsabilidade, o retiramos. No mundo da psicologia e da saúde, não temos estabelecidos critérios de exclusão, ou seja, as dificuldades da maturidade e da diferença profissional temo-las entre todos, entre utentes, familiares e também entre os próprios profissionais.

Obrigado.