

Proposta formativa da Arte Despertar
Conceitos e referenciais teóricos da Teoria do Desenvolvimento Humano



CONECTAR PARA ENGAJAR

Junho de 2020

Julia Nader Dietrich

Revisão de Literatura: conceitos utilizados pela Associação Arte Despertar

Este breve estudo tem como objetivo apoiar a Associação Arte Despertar na sistematização de suas práticas de trabalho, ancorando a estas, conceitos e dados encontrados em revisão acadêmica de literatura. Foram utilizadas as bases do Google Scholar e Scielo, com consultas realizadas entre março e maio de 2020. As referências foram sistematizadas seguindo as normas da American Psychological Association (APA).

Quando este texto se refere aos profissionais da saúde, sejam eles médicos, enfermeiros, psicólogos etc., e não se especifica gênero, salvo quando indicado.

PARTE I. CONCEITOS E CONTEXTO	4
A humanização em saúde como conceito-chave	4
Sistema em falência	11
Profissionais exaustos e em burnout	12
Turnover de profissionais	15
As consequências para os pacientes	19
Reformas possíveis	26
Mindfulness	27
Habilidades socioemocionais	29
Compromisso social	31
Cultura organizacional e práticas de RH compassivas	32
Outras práticas meditativas	34
Medicina Integrativa	35
Arte como ferramenta	38
Exemplos das artes na saúde	38
Desafios do contexto nacional	38
Avaliação dos hospitais	42
PARTE II. A AÇÃO da Arte Despertar	44
Estrutura do trabalho da organização	44
Ciclo de mudança	46
Etapas do ciclo formativo	52
Identidade e autopercepção	52
Percepção	55
Empatia	58
Comunicação	63
Relacionamento	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

PARTE I. CONCEITOS E CONTEXTO

A humanização em saúde como conceito-chave

O conceito de humanização em saúde nasceu da necessidade de qualificar as práticas e atendimentos em saúde, entendendo o cuidado e atenção integral ao paciente como um direito humano, preconizado pela Organização das Nações Unidas. Considerado um pleonasma - uma vez que a saúde humana é a chave da discussão - o termo é uma resposta à divisão conceitual e prática entre as perspectivas humanista e positivista (GOMES, PAIVA, VALDÉS, FROTA E ALBUQUERQUE, 2008). Segundo Gomes et al (2008),

na área da saúde, ainda predomina, na prática, a influência positivista, expressa pela visão focada na doença, na fragmentação do sujeito, no reducionismo ao biológico, uma vez que a atuação dos profissionais é cientificista, objetivista, excludente, visando adequar o sujeito a um padrão ideal de bem-estar, enquadrando o paciente em comportamentos definidores, normativos. (GOMES et al, 2008, p.145).

A discussão coexiste e se intercambia com a concepção da saúde integral, que entende o sujeito como ser completo e integrado e com as práticas da medicina integrativa, que, por sua vez, reafirmam a necessidade de uma relação positiva entre paciente e profissional da saúde. Nesse sentido, médicos(as), enfermeiros(as), auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, atendentes, paramédicos(as), auxiliares de limpeza, dentistas¹, enfim - todos(as) aqueles que atuam no ambiente médico e hospitalar são agentes proativos na promoção do cuidado e atenção a este sujeito integral. Compreender qual é o paradigma qualitativo deste cuidado e quais são as metodologias comprometidas com a totalidade da experiência humana são referências muito necessárias no debate contemporâneo da promoção da saúde e enfrentamento às doenças.

Em uma perspectiva fenomenológica², comumente associada à discussão de medicina integrativa, é necessário questionar a abordagem positivista do campo da saúde, que, entre outros aspectos, tende a focar exclusivamente nas ações técnicas, esquecendo a caracterização cultural

¹ Sobre os dentistas e práticas de humanização, ler Vergnes, Apelian e Bedos. (2015)

² Como a defendida por Gomes et al (2008).

da instituição médica, as relações de poder existentes e das próprias estruturas de poder na sociedade. Para Minayo (2000), o processo de humanização, então, não pode apenas ser estabelecido por decreto; e sim, deve ser compreendido como uma ação necessariamente dialética e dialógica, e como uma atividade constante. Ou seja, é uma decisão institucional, mas necessariamente pessoal, individual e crítica de cada profissional da saúde.

Nesse direcionamento, em busca de superar as dificuldades de acesso, equidade, qualidade, fragmentação do processo de trabalho, vínculo entre profissionais e usuários, lidando com a dimensão subjetiva, discute-se amiúde a necessidade de humanização na saúde como política transversal, que fortaleça e contribua para a efetivação na prática de saúde dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). (Gomes et al, 2008)

Paralelamente, a discussão também se relaciona com o crescente reconhecimento das organizações e comunidade internacional que a saúde mental das pessoas - muitas vezes invisível - é uma das questões de desenvolvimento mais negligenciadas quando se discutem os objetivos de desenvolvimento dos países. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), todas as pessoas têm direito a sua saúde e bem estar mental e psicológico. Contudo, ironicamente, é nos serviços de saúde que muitas das violações desses direitos acontecem (OMS, 2015). Por isso, o 3º dos 20 objetivos do Desenvolvimento Sustentável diz respeito à "assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades", garantindo, entre outros pontos-chave, que se atinja "a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos." Nesse sentido, a atenção à qualidade do sistema é fundamental. Não apenas é necessário garantir o atendimento correto do ponto de vista técnico ao paciente, mas seu cuidado e atenção integral. (BRASIL, ONU, 2013).

Do ponto de vista legal, no Brasil, a Política Nacional de Humanização em Saúde (BRASIL, 2003) tem como objetivo efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde - universalidade, integralidade e equidade -, incentivando que gestores, trabalhadores e usuários possam dialogar e se

comunicar de forma solidária, respeitando e valorizando a diversidade do tecido social.

Como o conceito de humanização é polissêmico, Campos et al, em diálogo com Carvalho (2004), Campos et al (2004) e Deslandes (2004), entre outros, argumentam que é ainda mais necessário garantir o diálogo entre os envolvidos na promoção da saúde para uma *práxis* pautada na defesa da vida e da promoção da mesma. Dessa forma, a discussão de humanização perpassa necessariamente por compreender as iniquidades do sistema de saúde, as fragilidades das dinâmicas laborais e da hierarquização entre técnica/tecnologia e relações interpessoais.

Tom Hutchinson (2011), diretor de programas em Whole Person Care da Faculdade de Medicina da Universidade McGill, e uma das principais referências na utilização de iniciativas de Mindfulness em saúde, argumenta que para transformar o sistema de saúde global é necessário recuperar a ideia do cuidado do paciente como ser integral/ inteiro. Para o pesquisador, a medicina tornou-se específica e técnica por demais - as especialidades, cada vez mais, se concentram no mínimo, na parte, no detalhe, como por exemplo, ortopedistas especializados em cirurgias de mãos, otorrinos que só cuidam de problemas na laringe, fisioterapeutas que só lidam com recuperação de embolia pulmonar, etc. Para ele, a chave está em mudar o sistema - voltando a compreender não só o paciente, mas o próprio provedor de saúde - integralmente.

Hutchinson acredita que há um descompasso em como a medicina está estruturada: embora a perspectiva seja de atender a saúde do paciente, o foco, ao contrário, tem sido a atenção à doença. Para ele, a diferença não é apenas semântica: há uma profunda crise do sistema, que coordena todo atendimento nesta perspectiva.

Visão semelhante é defendida por Todres, Galvin e Holloway (2009), que elaboraram uma estrutura de análise sobre humanização³, classificando as práticas em "humanistas" e "desumanistas", entendendo que não há juízo de valor entre elas, uma vez que as práticas chamadas de desumanistas podem ser necessárias a depender do contexto do paciente (Quadro 1). Como exemplo, os autores citam como exemplo a situação hipotética de um paciente em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Neste caso, o

³ Comum à discussão, as autoras fazem uso da literatura fenomenológica, tendo como principal base os trabalhos clássicos de Husserl.

paciente necessita que seus cuidadores foquem exclusivamente nas definições técnicas do seu funcionamento corporal nas diferentes fases do tratamento (TODRES, FULLBROOK e ALBARRAN, 2000 apud TODRES, GALVIN e HOLLOWAY, 2009).

Quadro 1. Formas de humanização e desumanização da saúde

Formas de humanização	Formas de desumanização
Interiorização	Objetificação
Proatividade/ Agência	Passividade
Unicidade	Homogeneização
União/ Coletividade	Isolamento
Criação de sentido	Perda de sentido
Jornada pessoal	Perda de jornada pessoal
Pertencimento	Deslocamento
Personificação	Redução ao corpo

Fonte: Adaptado por mim de Todres, Galvin e Holloway (2009).

Para os pesquisadores, preocupar-se com a humanização é defender uma visão ou valor específico do que significa ser humano e, então, encontrar maneiras de agir sobre essa preocupação. Assim, eles propõem que iniciativas, treinamentos, formações partam do que são os constituintes essenciais do que é ser humano como base de valor. Eles indicam que esta base de análise deveria ser utilizada em dois níveis: o grau ou extensão em que o cuidado aborda todas as oito dimensões juntas e a diferença do cuidado comparando cada abordagem humanizada frente ao seu equivalente desumanizador. Ou seja, é necessário identificar o que está obscuro na prática cotidiana do cuidar. Por exemplo, embora o conhecimento e ação técnica sejam fundamentais, elas têm um potencial para ofuscar o tratamento desumanizado, ainda que de forma sutil.

Como ilustração, os autores recorrem à dualidade de **interiorização e objetificação**:

Por exemplo, quando enfermeiros ou médicos dão más notícias a um paciente e sentam-se em frente ao computador, eles podem focar a conversa em como os indivíduos se encaixam nas estatísticas de sua condição, na categoria diagnóstica e em outras categorias médicas, em vez de atender ao que essas más notícias significam para a pessoa atendida (TODRES, GALVIN e HOLLOWAY, 2009, p.70, tradução minha).

Todres, Galvin e Holloway (2009) explicam que na **passividade** como prática desumanizadora há ênfase excessiva nas atitudes e práticas que tornam a pessoa passiva em relação à sua condição e tratamento, condição comumente associada ao modelo médico tradicional. Para os autores, a ênfase crescente em promover envolvimento do usuário na saúde e assistência social é justamente uma reação a essa visão fragmentada:

Através da passividade excessiva, a pessoa é despojada da dignidade humana em graus variados e isso pode ser desumanizador. Por exemplo, pessoas com anorexia nervosa geralmente se rebelam contra a falta de dignidade quando uma preocupação excessiva com nutrição e ganho de peso as infantiliza de tal maneira que elas se sentem excessivamente vigiadas (...). (TODRES, GALVIN e HOLLOWAY, 2009, p.70, tradução minha).

Eles recorrem a Stockwell (1984 apud TODRES, GALVIN e HOLLOWAY, 2009, p. 71) para explicar a dualidade de **unicidade e homogeneização**, que identificou que os pacientes impopulares ou considerados difíceis recebem pior tratamento que aqueles que se adequam à norma vigente. Ou seja, a expectativa de que todos os pacientes sejam iguais, ajam como bons pacientes, obedientes ao tratamento, compassivos é uma constante ainda bastante presente na prática clínica. E, segundo Todres, Galvin e Holloway (2009) isso também afeta os próprios profissionais que, muitas vezes, frente a uma norma institucional ou modo de gestão pouco humanizado, tendem a ser menos criativos e a promover menos oportunidades ofertadas aos doentes (PARSONS, 1951; ROSENHAN, 1973 apud TODRES, GALVIN e HOLLOWAY, 2009).

Em relação à **união e isolamento**, os pesquisadores indicam que, de maneiras diferentes e em tempos diferentes, a privacidade, a conexão humana e a intimidade podem ser importantes no bem estar do paciente. E, para eles, é a dimensão da união/coletividade que torna possível a experiência de empatia, na qual o sofrimento e as lutas do Outro são compreendidas. É ao entender que todos vivem a dimensão coletiva que compreende-se, inclusive, as vicissitudes do mundo. Na perspectiva da humanização, os pesquisadores tomam por base um estudo de Williams e Irurita (2004 apud TODRES, GALVIN e HOLLOWAY, 2009), no qual

participantes identificaram sentir-se desvalorizados por atividades como falta de contato visual, ficar de pé no final da cama do paciente e não ao lado deles, expressões sérias ou em branco, falta de toque, não conversar socialmente com a pessoa, não lembrar de seus dados pessoais. Os pesquisadores também citam dados de Del Barrio et al. (2004 apud TODRES, GALVIN e HOLLOWAY, 2009) que descreveram como os enfermeiros podem otimizar experiências positivas para pacientes com transplante de fígado em terapia intensiva, facilitando a presença de familiares na UTI ao lado do leito. O estudo mostrou que o único apoio social que os pacientes desejavam e precisavam era de sua família, retomando como o isolamento pode ter impactos significativamente negativos no próprio curso de tratamento e experiência do paciente.

Todres, Galvin e Holloway (2009) explicam ainda que a criação de sentidos é fundamental na experiência humana, especialmente quando em um cenário de saúde/doença. Para eles, quando há **perda de significado/sentido**, as pessoas são lidas como números e estatísticas, o que faz com que as respostas (tratamentos, decisões) não façam sentido, uma vez que a resposta coletiva, numérica, de dados não necessariamente diz da experiência humana individual. Os pesquisadores citam estudo de Charmaz (2006 apud TODRES, GALVIN e HOLLOWAY, 2009) que documentou como um conjunto de pessoas com doenças crônicas, como diabetes, esclerose múltipla e doenças cardíacas e circulatórias, mediram suas atividades e envolvimento cotidianos como indicadores de saúde, adotando-as como marcadores de quem são e de quem estão se tornando. "A pesquisa ilustra como as pessoas foram capazes de entender sua saúde e bem-estar, concentrando-se além dos sintomas e analisando como estão se saindo nos contextos mais amplos do mundo da vida" (TODRES, GALVIN e HOLLOWAY, 2009, p.72, tradução minha), revelando a importância da experiência vivida e dos sentidos que esta cria na trajetória do paciente.

Semelhante à dualidade sobre criação e perda de sentido, está a **jornada pessoal**. Segundo os pesquisadores, a perda da jornada pessoal pode ocorrer quando os cuidadores não prestam atenção suficiente à história e às possibilidades futuras da vida de uma pessoa. Isso se manifesta em uma ênfase excessiva em como a pessoa é, não em quem é. Por exemplo, na consulta médica "instantânea", os indivíduos são separados de seu contexto social normal e tratados como casos, e não como pessoas com histórico e biografia.

O **deslocamento** como forma de desumanização, por sua vez, ocorre quando há perda do sentido de espaço ou quando uma sensação de estranhamento acontece. Nessa circunstância, as pessoas são desafiadas a encontrar um novo sentido para o “estar”, seja ele em uma nova ou desconhecida cultura, em que normas e rotinas não são as que ele está acostumado. A pessoa, então, é convocada a se “recolocar”, se “reestruturar” nessa nova dinâmica ou espaço. Para Todres, Galvin e Holloway (2009), a discussão de pertencimento e deslocamento também se manifesta no espaço físico dos ambientes médicos, e engloba questões como privacidade, dignidade, na sensação de “sentir-se em casa”⁴ e no próprio sentimento de esperança.

Por fim, em relação à dualidade **personificação/ corporalidade** e redução ao corpo, a perspectiva humanizadora entende que a saúde do paciente está intrinsecamente conectada a uma ideia de bem-estar, algo que “faz a vida valer a pena” e não apenas como ausência de doença. Para os autores, “um modelo de causalidade que é determinístico e linear pode ser desumanizante, pois subestima o espírito, o propósito e o significado humano.” (TODRES, GALVIN e HOLLOWAY, 2009, p.74, tradução minha).

Kontos e Naglie (2007 apud TODRES, GALVIN e HOLLOWAY, 2009) propuseram a profissionais da saúde a utilização da visão do corpo em movimento como um reino de significados para práticas humanizadoras. Com base nas descobertas de grupos focais com idosos com Alzheimer, eles demonstraram como as expressões corporais dos pacientes podem ser entendidas de maneiras mais significativas e como, mesmo com demência e dificuldade de se comunicar verbalmente, os pacientes mantinham um senso de personificação, de “individualidade incorporada” e como eles conseguiam - por meio de seus corpos - comunicar-se com os demais. Ao perceber que estes pacientes se comunicavam, os profissionais puderam aprender a responder de maneira interativa às necessidades dos indivíduos, mesmo que estes não conseguissem se expressar verbalmente.

O framework proposto pelos autores é consonante com o conceito de saúde integral, no qual compreende-se que o sujeito é um ser completo,

⁴ Os autores utilizam a palavra *homeliness*, sem tradução direta para o português. (TODRES, GALVIN e HOLLOWAY, 2009, p. 73).

integrado. Ou seja, as dimensões que o compõem são interdependentes: física, emocional, social, cultural. Para se pensar uma Saúde Integral, é necessário que a medicina seja também um ecossistema saudável e sustentável, que tem como fundamentos centrais uma perspectiva holística entre mente-corpo e o aprendizado colaborativo. Nessa perspectiva, a própria ideia de cura e a criação de condições de saúde devem enfatizar modelos educativos, focados no autocuidado e no apoio comunitário (HAMILTON, PHILLIPS e GREEN, 2004).

Por fim, há uma importante corrente acadêmica que defende uma perspectiva sociohistórica para a discussão de humanização. Isto é, que a ideia de humanização está profundamente conectada com um compromisso ético e pautado nos direitos humanos do profissional e instituição para com a sociedade (SILVA, OLIVEIRA e PEREIRA, 2015).

Sistema em falência

Entre as muitas causas da falência, Gomes et al (2008), Duffy (2013), Nora e Junges (2013) e Silva, Oliveira e Pereira (2015), por exemplo, indicam a própria organização da sociedade contemporânea e dos modos de produção atuais que afetam direta ou indiretamente a organização do sistema de saúde. Para os pesquisadores, há uma expectativa de maximização da produção (atendimento), reduzindo custos (profissionais, tempo), e, em alguma medida, respondendo à doença com agilidade e não necessariamente em profundidade. Esta dinâmica, segundo Hutchinson (2011) afeta tanto os pacientes quanto os profissionais, que se veem imersos no sistema, com poucas oportunidades de alterá-lo.

Paralelamente, crescentes encargos administrativos e regulatórios à prática da medicina, bem como a necessidade de responder à burocracia excessiva da gestão - todas práticas recorrentes no sistema contemporâneo de saúde - têm se tornado fonte permanente do esgotamento dos profissionais em saúde e entraves significativos para uma prática humanizada (DUFFY, 2013; HUTCHINSON, 2011).

Como ilustração da insatisfação profissional, nos Estados Unidos, quando perguntados, a metade dos médicos não recomendariam a profissão

médica a seus filhos⁵ e no Reino Unido dois terços dos médicos atuando no National Health System (NHS) tampouco o fariam⁶. Pesquisa de 2001 da Associação Americana de Enfermagem indicou que 54.8% dos entrevistados não recomendariam sua profissão a seus filhos e amigos, e 23% desencorajariam fortemente alguém próximo a realizar tal escolha⁷.

Por fim, Gomes et al (2009) retomam que a mediação da experiência paciente-profissional por cada vez mais mecanismos tecnológicos e a valorização da técnica em detrimento à visão holística característica da experiência humana e diálogo reforçam a lógica positivista e colocam o sistema orientado para a doença e não para a saúde, novamente tirando o foco do paciente e da sua integralidade.

Profissionais exaustos e em burnout

Em relação aos cuidadores, longas jornadas de trabalho, falta de infraestrutura no espaço de atendimento, baixa remuneração, falta de colaboração, competitividade extrema entre as equipes e pressão pela eficiência e rapidez em detrimento à qualidade do atendimento estão entre alguns dos motivos pela dificuldade dos mesmos em cuidar integralmente de seus pacientes. Como apresentado na Figura 1, profissionais da saúde são comumente vítimas de sofrimento ou transtornos psíquicos de diferentes ordens, e, muitas vezes, têm que se afastar de suas funções por adoecimento.

⁵ A survey of America's physicians: practice patterns and perspectives. (The Physicians Foundation by Merritt Hawkins, Set. 2018, disponível em: <https://secure.ncmedsoc.org/wp-content/uploads/2018/09/biennial-survey-tpfoundation2018NC.pdf>

⁶ Dados de 2017 do Fundo Real Médico Benevolente (Royal Medical Benevolent Fund), disponível em: <https://rmbf.org/survey-reveals-crisis-of-confidence-in-medicine-as-a-future-career/>

⁷ Dado citado em Timofeeva, A. The Nursing Profession: Description and Issues. New York: Novinka Books, 2002.

Figura 1. Principais questões que afetam a saúde do profissional da saúde



Fonte: Elaborado por mim.

Nos Estados Unidos, por exemplo, mais da metade dos médicos experienciam sintomas de burnout - estresse extremo -, o dobro de outros profissionais, considerando idade, horas de trabalho e gênero, entre outros fatores. (REITH, 2018). E, segundo pesquisa de Shanafelt et al (2015), a quantidade de casos aumentou 9% entre 2011 e 2014. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisas focadas em diferentes regiões do globo, como, por exemplo, nos países do Oriente Médio, que além das questões globais ainda têm recorrentes episódios de guerra, violência e medo (CHEMALI, EZZEDDINE, GELAYE, DOSSETT, SALAMEH, BIZRI, DUBALE e FRICCHIONE, 2019). Na África Subsaariana, pesquisas indicaram altos índices de estafa entre os médicos, parteiras e equipes de enfermagem, mesmo com a alta subnotificação e dificuldades de realizar pesquisas contundentes na região. Como exemplo do estudo, 81% dos

médicos de hospitais em distritos rurais reportaram episódios de burnout, sendo que 31% deles tiveram as formas mais graves da escala MBI-HSS⁸.

Ainda de acordo com Reith (2018), são mais propensos a ter crises de estafa aqueles que trabalham em medicina de emergência, medicina de família (clínica geral) e medicina interna e médicas mulheres também têm maior chance de desenvolver os sintomas do que seus colegas do sexo masculino, indicando que fatores de gênero também impactam o bem estar dos cuidadores.

Embora haja menos estudos em relação ao burnout de enfermeiros e outros profissionais da saúde, estima-se que os dados sejam bastante semelhantes ao dos médicos. Novamente, o próprio fato de existirem menos estudos indica desigualdade no trato e compreensão dos atendentes do sistema de saúde. Em relação aos estudantes tanto de medicina, quanto das outras atividades de saúde e residentes, os dados são especialmente alarmantes. Uma revisão de 2009 apontou, por exemplo, que 75% dos residentes sofreram com severas crises de estafa nos Estados Unidos (ISHAK et al, 2013, REITH, 2008), e Frajerman, Morvan, Krebs, Gorwood e Chaumette (2019) que realizou meta-análise com 16 mil estudantes de todo o globo identificaram que 44% sofreram burnout.

No Brasil, os dados são semelhantes aos achados estrangeiros. Silva, Nunes, Santana, Reis, Neto e Lim (2015) observaram que no sistema de atenção primária à saúde em Aracajú, Sergipe, a prevalência de síndrome do burnout - em que se considera a doença estabelecida - foi de 6,7% a 10,8%, com destaque para profissionais mais jovens, com carga horária de trabalho excessiva e insatisfação profissional. Embora grande parte não tenha apresentado a síndrome, 54,1% apresentaram alto e 37,7% baixo risco para desenvolvê-la, reforçando os achados de que a maior parte das equipes de atenção primária em saúde apresenta algum sintoma da síndrome. Ebling e Carlotto (2012) que pesquisaram profissionais de um hospital na região Sul do País identificaram que há um alto risco para burnout especialmente para os mais jovens, ainda estudantes, com baixa renda e que são empregados pelo governo e atendem grande número de pacientes. Para os pesquisadores, a gama de fatores que podem favorecer ou evitar a apresentação da síndrome é

⁸ Segundo Trigo (2011, p.41), “atualmente, o O Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS) é o questionário de auto-preenchimento mais utilizado para avaliação de burnout.”

muito vasta, e envolve mudanças na operação do sistema de saúde como um todo.

É também comum e crescente que os profissionais da saúde recorram ao abuso de substâncias psicoativas - legais, controladas ou ilegais - para lidarem com a extenuante rotina a que são submetidos e mesmo com a eventual perda ou sofrimento de seus pacientes (DOBKIN, 2019). Segundo a pesquisadora, dando como exemplo seu país de atuação, o Canadá:

Há vergonha associada a todos os tipos de doenças mentais, especialmente ao vício. Como uma regra não dita, a máxima do “não pergunte, não conte” prevalece. As instituições podem variar na forma e tempo de agir quando um colega está incapacitado. Um pode hesitar pelo medo de que a pessoa em questão perca sua licença - consequência muito temida. (...) A solução tem sido, muitas vezes, referenciar o paciente a programas de apoio. (...). Porém, como indicado no Relatório da Associação Médica do Canadá, barreiras persistem na busca pelo tratamento: (1) acreditando que a situação não era tão severa, (2) vergonha de pedir ajuda, (3) não conhecer os serviços disponíveis. (DOBKIN, 2019, p.6, tradução minha).

Ela ainda complementa, citando GOSSOP, MARSDEN, STEWART e TREACY (2001):

De fato, em um relatório do Reino Unido sobre profissionais da saúde (metade eram médicos) indicou que a ida voluntária do profissional era muito incomum (9% da amostra). Os encaminhamentos se deram principalmente devido ao absenteísmo do profissional ou a um incidente em que a pessoa estava intoxicada no trabalho. (DOBKIN, 2019, p. 6, tradução minha)

Turnover de profissionais

Outra questão associada ao nível de estresse e alta competitividade do sistema é o turnover de profissionais da saúde. O termo diz respeito à troca constante de profissionais em clínicas, hospitais e outros postos de atendimento.

Nos Estados Unidos, em que o sistema é quase exclusivamente privado, o turnover médico atingiu o nível mais alto de sua história em 2018, mesmo

frente aos baixíssimos níveis de desemprego do país. Dados de 2019 do Relatório Nacional de Retenção e Empregabilidade em Saúde (National Health Care Retention & RN Staffing) publicado pelo NSI Nursing Solutions, Inc. revela que a demanda por enfermeiros(as) e outros profissionais continua superando a oferta dos mesmos. Enquanto nas demais áreas o turnover médio de profissionais é de 15%, em hospitais o percentual em 2019 foi de 19.1%.

Outro dado relevante indica que metade dos graduados em enfermagem deixa o emprego em até dois anos, o que gera altos prejuízos ao sistema. Em um hospital com 600 enfermeiros e taxa de turnover de 20%, a troca de profissionais leva a instituição a uma perda anual de 7 milhões de dólares por ano, com o custo médio do turnover de uma enfermeira variando entre 42 e 64 mil dólares por ano (MORGESON, 2013). Para Morgeson, no sistema de saúde, encontrar e manter bons trabalhadores é essencial para garantir um cuidado de qualidade ao paciente. Ele indica que um forte sistema de Recursos Humanos é fundamental para evitar o turnover disfuncional⁹, que maximize a possibilidade de retenção do bom profissional.

Em relação aos enfermeiros, Parry (2008) insiste na necessidade de fortalecer os espaços formativos antes da entrada dos mesmos no espaço de trabalho e oferecer suporte formativo e com espaços de troca para que estes possam contribuir com as dinâmicas organizacionais da instituição. Grande estudo da Universidade de Akron com mais de 700 enfermeiros de Ohio, nos Estados Unidos, sugere ainda novas pistas em relação ao burnout, insatisfação profissional e turnover. Mais de 90% dos entrevistados foram mulheres, demonstrando que a enfermagem é ainda um campo notadamente feminino. Como há uma associação simbólica de que ser mulher é ser mais altruísta e cuidadora, os autores presumiam que esse altruísmo seria visto como a motivação adequada para atuar em enfermagem. Porém, o estudo revelou que enfermeiras que buscam a carreira por outras motivações que não o “desejo de cuidar”, veem o trabalho como menos estressante, têm melhor saúde pessoal e maior compromisso com a prática do que as outras (DILL e DIENFENDORFF, 2016). As autoras indicam que a aquelas que têm motivações intrínsecas

⁹ O pesquisador define dois tipos de turnover: 1) o funcional, que diz respeito à possibilidade do profissional de alçar novas e mais vantajosas oportunidades e 2) o disfuncional, que diz respeito à insatisfação do profissional com o ambiente de trabalho. (MORGESON, 2013, p.1).

e extrínsecas têm menos chance de burnout e exaustão do que as que são movidas por desejos de caráter pró-social.

Na China, um robusto estudo apontou que 48% dos mais de 2 mil médicos entrevistados reportaram violência no ambiente de trabalho, o que apresentou correlação positiva com exaustão emocional e cinismo e correlação negativa com a eficiência profissional. Outros fatores (como turnos de mais de 10h/ dia, reconhecimento da performance e satisfação geral com a vida) foram indicados como preditores estatisticamente relevantes para o índice de turnover do staff médico chinês (SHIYING, SHAOWEI, QISHUANG, HUANGYUAN e SIYING, 2016).

Pesquisas apontam dados semelhantes aos dos países desenvolvidos em países em desenvolvimento. De acordo com Subha e Shakil (2009), o estresse do profissional tem uma correlação direta com sua insatisfação com o ambiente de trabalho e com os altos índices de turnover. Em estudo de caso regional no Paquistão, os pesquisadores encontraram que entre as principais causas para a insatisfação dos profissionais estava a falta de apoio dos administradores, baixa aceitação ou resposta pelo trabalho realizado, baixo alcance de interferência do profissional no ambiente de trabalho, imprevisibilidade no ambiente de trabalho e resposta financeira insuficiente.

No Brasil, a discussão é ainda mais complexa, dado o fato de que o sistema de saúde é híbrido: grande oferta pública, pelo Sistema Único de Saúde e inúmeros serviços privados. Estes diferem-se na forma de contratação, remuneração, oferta de benefícios e retenção dos profissionais.

Entre as causas mais comuns para a questão figuram a insatisfação do profissional com seu ambiente de trabalho, o tempo de resposta das instituições para efetivação e progressão de carreira do profissional e o próprio burnout. Segundo Sampaio (2010), é também necessário considerar as migrações internas nos profissionais de áreas mais pobres para áreas mais ricas e dos profissionais do sistema público para o privado.

Oliveira, Poz e Dussault (2017) e La Forgia e Couttolenc (2008) em estudos sobre a atenção primária à saúde e a estratégia do Saúde da Família indicam que para maior eficiência dos mesmos é necessário

endereçar o alto turnover das equipes, em especial dos(as) médicos(as), bem como a falta de local de moradia permanente destes profissionais¹⁰. Segundo eles, a situação pode ser atribuída aos baixos estímulos nos contratos de trabalho temporário, que normalmente são consequência de restrições orçamentárias das municipalidades. Estas têm dificuldades tanto em reter os profissionais, quanto em ajustar seus salários sem infringir a Lei de Responsabilidade Fiscal. Para eles, muito embora o sistema único de saúde e principalmente a atenção primária sejam por excelência multidisciplinares, mantém-se modelos que referendam a hegemonia médica, contribuindo para uma carga de trabalho excessiva do profissional (OLIVEIRA, POZ e DUSSAULT, 2017, p. 1174).

No País, considerando o sistema público, o turnover afeta não apenas os profissionais da ponta (como equipes médicas, de enfermagem, fisioterapia, etc), mas os próprios gestores das diferentes esferas do executivo municipal, estadual e nacional. A troca de gestão e falta de continuidade de políticas estabelecidas figuram como um dos principais desafios do sistema (LORENZETTI, LANZONI, ASSUITI, PIRES e RAMOS, 2014). Segundo os autores que realizaram extensa coleta com gestores do sistema, para garantir eficiência e efetividade da política pública de saúde é necessário que o País avance, seguindo os próprios princípios e guias do SUS, na continuidade do esforço de promover treinamento e profissionalização dos gestores, uma modernização substancial das formas de comunicação e tecnologia da informação tanto nas unidades de saúde e hospitais quanto nas próprias secretarias de saúde e a redução de instabilidade e alto turnover dos gestores devido a implicações políticas como, por exemplo, indicações de governo, “escambos” partidários e dinâmicas eleitorais.

Por fim, como uma discussão recorrente no campo da enfermagem, mas que se aplica às diferentes habilitações profissionais no campo da saúde, é necessário que as equipes possam ser geridas em suas especificidades, mesmo que a premissa seja o trabalho interdisciplinar e colaborativo. Como ilustrativo dessa discussão, a Associação Americana de Acreditação de Enfermagem pontua que a excelência em saúde só pode ser alcançada se os enfermeiros tiverem influência e capacidade de tomada de decisão sobre as práticas de enfermagem (MEDEIROS, SIQUEIRA, ZAMBERLAN, CECAGNO, NUNES E THUROW, 2016). Assim, é também um desafio

¹⁰ Ver também NEY e RODRIGUES, 2012.

correlacionado com a discussão de humanização a presença de espaços de negociação das diferentes classes profissionais e das dinâmicas de gestão em ambientes hospitalares e similares. (ILO, 2017).

As consequências para os pacientes

São muitas as consequências da falta de humanização no acesso ao serviço de saúde e na sua promoção, porém, certamente, todas elas dizem respeito ao paciente e à qualidade do tratamento que ele recebe. Porém, a discussão de qualidade não se restringe na resposta técnica do cuidador, e sim na integração desta com a forma como o paciente foi recebido, orientado e acompanhado em sua jornada pelo sistema de saúde. Para muitos pesquisadores, a resposta técnica, inclusive, está necessariamente condicionada à forma como este paciente recebeu o tratamento (SHANAFELT et al., 2010; HAYASHINO et al., 2012, WEST et al., 2006), incluindo o contexto em que ele e seu(s) cuidador(es) estava(m) inseridos. West et al. (2006), por exemplo, realizaram grande estudo longitudinal e aferiram que, além do burnout, a perda de empatia ou empatia reduzida pelo paciente foram associados ao aumento de erros médicos.

Experiência do usuário

Dessa forma, entende-se que um resultado desejável da humanização na área da saúde é uma boa experiência do usuário, ou seja a compreensão de que é “a soma de todas as interações, moldadas pela cultura da organização, que influenciam a percepção do paciente ao longo do processo de cuidado” (THE BERYL INSTITUTE, s/d, tradução minha)¹¹.

Para compreender a experiência do paciente ao redor do globo, o Instituto Beryl realiza, desde 2011, uma pesquisa bial em diferentes países do globo. O estado da experiência do paciente 2019: um apelo à ação para o futuro da experiência humana, que reuniu 34 países em seis continentes, revelou que o tema segue em voga e que este necessariamente está profundamente relacionado com a cultura da organização.

Na pesquisa, a experiência do usuário aparece como principal preocupação dos provedores de saúde (79%), seguida pela necessidade

¹¹ Disponível em: <https://www.theberylinstitute.org/page/DefiningPX>. Acesso em maio de 2020.

de atuar no engajamento dos profissionais (45%) e expansão do acesso à saúde (24%). Esta última ficou empatada com a 4ª prioridade, de administrar melhor os custos (24%). É interessante perceber que há uma correlação entre a experiência do usuário e demais preocupações, uma vez que uma equipe engajada, qualidade de acesso e manejo de custos afetam diretamente o ambiente clínico. Como apontado por Hutchinson (2011), a discussão do cuidado humanizado necessariamente diz respeito a todas as dimensões do atendimento em saúde.

Também realizada pelo Instituto Beryl, a pesquisa *Perspectivas do consumidor sobre a experiência do paciente (2018)*¹² indica que 91% dos consumidores confiam que a experiência do paciente é extremamente/muito importante de modo geral e tem influência significativa em decisões que irão tomar em relação ao cuidado próprio em saúde. 78% indicam que a experiência do paciente é importante por conta de sua própria saúde e bem-estar e 69% acreditam que uma boa experiência contribui para resultados positivos e cura no tratamento. 72% dos entrevistados também indicam que a recomendação de familiares e amigos é necessária para a escolha do cuidado médico, indicando que a experiência de outro usuário também afeta a decisão da pessoa.

O mesmo estudo revelou ainda que no espectro da experiência do paciente, as habilidades de comunicação dos profissionais são mais importantes do que a infraestrutura oferecida pela unidade de atendimento (Fig 2), revelando que, embora haja uma importância nas condições do ambiente, a relação humana prevalece.

¹² WOLF, J. *Consumer Perspectives on Patient Experience 2018*. The Beryl Institute, 2018.

Figura 2. Desejos do paciente



Fonte: Adaptado por mim do The Beryl Institute (2018).

Para Alvarenga (2018), para uma boa experiência do paciente é necessário estabelecer um equilíbrio entre as competências técnicas e habilidades subjetivas (*hard e soft skills*, respectivamente) do profissional, que, necessariamente deve atuar em equipe, em um ambiente colaborativo e cuja cultura organizacional tenha como foco o cuidado centrado no paciente. De acordo com o Instituto de Medicina dos Estados Unidos¹³, é necessário ter

atitude de parceria entre os profissionais de saúde, os pacientes e seus familiares garantindo que todas as decisões respeitem as necessidades e as preferências dos pacientes e que eles recebam educação e o suporte que precisam para tomar as decisões e participar do seu

¹³ Institute of Medicine. Envisioning the National Health Care Quality Report. Washington, DC: National Academy Press: 2001.

próprio cuidado. (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001 apud ALVARENGA, 2018).

Stange (2010) define que uma ação centrada no paciente tem os seguintes elementos como centrais, e que, inclusive devem servir de marcos para avaliação da estratégia: profissional com estilo de comunicação empático, com clareza para explicar e garantia do entendimento e validação do paciente, parceria entre paciente e profissional para tomada de decisão compartilhada e definição do curso de tratamento, tempo adequado de visita/ consulta e confiança do paciente.

Tal a importância das habilidades em comunicação e da eliminação de barreiras discursivas que a Sociedade de Medicina Hospitalar dos Estados Unidos desenvolveu o estudo I-HOPE (2018), com o objetivo de traduzir as dúvidas e demandas mais comuns dos pacientes em relação ao cuidado humanizado para profissionais de saúde e demandas dos próprios profissionais e pesquisadores da área para compreensão da discussão de humanização. Com base em 499 respondentes, incluindo 267 profissionais de saúde, 244 pacientes e familiares e 63 pesquisadores de 47 organizações do sistema norte-americano, foram elaboradas 782 questões de pesquisa e sugestões para melhorar o cuidado hospitalar. Estas foram então agrupadas em tópicos que deram origem a 36 questões representativas, que então foram priorizadas em 11 questões centrais (Quadro 2).

Quadro 2. Questões prioritárias da humanização em saúde

Prioridades	
1	Que intervenções garantem que os pacientes participem da tomada de decisões em relação a seus objetivos e cursos de tratamento?
2	Quais são as práticas mais eficazes para realização de alta entre hospitais e provedores de saúde (entrega de documentos, explicações)?
3	Como a equipe de assistência pode coordenar melhor a educação e informação do paciente sobre medicamentos, condições médicas e assistência hospitalar na alta de pacientes hospitalizados para minimizar a confusão?
4	Para pacientes internados, o que compreende um processo de alta colaborativa que promove a compreensão e capacitação do paciente para gerir sua saúde de forma eficiente em casa?
5	Que estratégias são eficientes para identificar e eliminar barreiras de compreensão dos pacientes sobre informações apresentadas durante a hospitalização e na alta?
6	A telemedicina pode ajudar a diminuir os índices de reinternação do paciente ou qualificar as mudanças no cuidado do hospital para outros ambientes?
7	Após a alta, para quem o paciente deve telefonar em caso de dúvidas, preocupações ou necessidades para receber os recursos mais apropriados?
8	Quais são as formas mais efetivas para pacientes e profissionais estabelecerem diálogo em compreenderem a informação sobre o diagnóstico, passos seguidos, tratamentos escolhidos e o que deve ser feito após a alta?
9	Quais são as expectativas do paciente em relação ao manejo/tratamento da dor?
10	Quais são as melhores intervenções para otimizar as medicações durante o curso de tratamento do paciente?
11	Promover informações mais claras e acessíveis sobre o funcionamento do hospital (estacionamento, cafeteria, protocolos para entrar nos quartos, etc.) resultaria em experiências de paciente melhores se comparadas às práticas atuais?

Fonte: Adaptado por mim. I-HOPE (2018).

Embora voltadas para a discussão de humanização dentro de um ambiente hospitalar e em situações de internação, as perguntas podem oferecer pistas à discussão de humanização em saúde como um todo. Novamente, percebe-se foco no diálogo profissional-paciente, e na importância de uma comunicação clara, informada e empática.

Também nessa perspectiva, Stewart, Brown, Weston, Mcwhinney, Mcwilliam, e Freeman (2013) propuseram uma espécie de mapa para atuação do médico Medicina Centrada no Paciente, e que pode ser aplicada - com as devidas modificações - para todos os profissionais da saúde. Segundo os autores, seis grandes passos ou dimensões devem ser levados em conta: 1) exploração da experiência do paciente com a doença e com sua condição - *disease and illness*, em inglês; 2) compreensão da pessoa "por inteiro"; 3) viabilização de um "terreno em comum"; 4) incorporação da prevenção e promoção da saúde; 5) qualificar o relacionamento médico-paciente; 6) ser realista. Ou seja, para os autores é preciso compreender (1) o que deve ser curado fisicamente, o órgão doente e como o sujeito experiencia esta doença ou a forma como reage à doença (fadiga, cansaço, desconforto, disfunções); (2) entender quem é o paciente, suas crenças, valores, história e memória; 3) aprender a negociar com o paciente e a se comunicar com clareza, encontrando aspectos de sua própria vida e do paciente que sejam semelhantes; 4) compreender que a saúde deve ter a tônica da discussão e não a doença; 5) fortalecer laços com o paciente, respondendo às suas demandas, garantindo tempo e atenção à dignidade da pessoa; e 6) compreender que determinados resultados não podem ser mudados, e que a verdade e realidade precisam ser expressas e são direitos do paciente¹⁴.

No sistema público brasileiro é importante ressaltar a importância do Programa Saúde da Família. Estudos conduzidos em diferentes regiões do País compararam a satisfação de usuários das unidades tradicionais de saúde e de unidades de Saúde da Família, e o segundo teve maior satisfação que o primeiro (SAMPAIO, 2010). Pesquisadores atribuem a maior satisfação à própria característica interdisciplinar do programa, mas ressaltam que assim como em outras avaliações do sistema, a resposta é uma média, com grandes desigualdades territoriais.

¹⁴ Por exemplo, comunicar que determinada doença não tem cura até o momento, que o sujeito provavelmente terá que utilizar cadeiras de roda para o resto da vida... notícias e informações muito difíceis de ser ditas e escutadas, mas que, quando verdadeiras, devem ser comunicadas como um direito do paciente e seus familiares.

O caso da clínica Cleveland

Entre os muitos exemplos bem sucedidos sobre experiência do paciente, vale ressaltar o caso da Clínica Cleveland, em Ohio, nos Estados Unidos. O hospital que já era considerado uma referência na qualidade técnica, em 2006, viveu uma completa reforma em sua cultura organizacional e hoje é a maior referência em atender integralmente as necessidades do paciente. Ou, nas palavras de Toby Cosgrove, ex-presidente da instituição e que capitaneou o processo de mudança da mesma,

a organização redefiniu [o mote] 'Pacientes em primeiro lugar' como um compromisso de prestar atendimento capaz de abordar todas as necessidades do paciente, incluindo não apenas seu bem estar físico, mas suas necessidades educacionais, emocionais e espirituais. (COSGROVE, 2014, tradução minha).

Para alcançar a mudança necessária, a instituição investiu fortemente na criação de estratégias formativas e de gestão focadas na comunicação empática de todos os profissionais. Entre as estratégias, foi criado o cargo de Navegador do Serviço ao Paciente (Patient Service Navigator - PSN na sigla original). Os PSNs são responsáveis por apoiar a mediação das necessidades do paciente com o exercício e questões do cuidado técnico à saúde. Em um dos casos narrados, Cosgrove (2014) explica que um PSN trabalhou com enfermeiros para ajudar um paciente terminal assistir ao casamento de sua filha, organizando que o mesmo fosse realizado em uma unidade de enfermagem do hospital. Comida, flores e passes de estacionamento foram doados e um assistente social e o oncologista do paciente foram responsáveis pelas leituras e brindes.

Mesmo reconhecendo a importância das evidências científicas nos tratamentos, a clínica abriu espaço para as chamadas terapias alternativas. Chamados de Serviços de Cura, ministrados por uma equipe especializada que inclui assistentes sociais, enfermeiros especialmente treinados, capelães e massoterapeutas, são oferecidos aos pacientes técnicas de relaxamento como imagens guiadas, meditação, hipnoterapia e terapias de toque. Muitos dos serviços, inclusive, são oferecidos sem custo. Eles se sobrepõem aos tratamentos oferecidos por meio do Centro de Medicina Integrativa, que por sua vez, inclui acupuntura, treinamento

mente / corpo, quiropraxia, psicoterapia holística e programas especializados para perda de peso.

Segundo Cosgrove (2014), a nova cultura - que segue como referência global em humanização -, impactou positivamente não apenas os próprios pacientes, mas os profissionais, que sentem-se mais apoiados e fortalecidos no trabalho colaborativo. A iniciativa, inclusive, foi nomeada pelo ex-presidente dos Estados Unidos, Barak Obama, como modelo para o sistema de saúde como um todo, e como uma referência para vencer os desafios do País na área¹⁵.

Reformas possíveis

Para Hutchinson (2011), é necessário que as organizações passem a compreender a promoção da saúde como um problema complexo, que necessariamente requer a colaboração dos entes de uma organização. Nesse sentido, todos devem agir como um “bando de gaivotas”, em que cada um tem e compreende sua posição estratégica, mas atua em direção comum aos demais, compondo um mosaico específico para cada contexto, para cada paciente (Fig. 3). Para que esta reforma aconteça é necessário antever reações a determinados eventos, estipulando respostas coletivas. Embora a princípio simples esse tipo de programação exige uma reforma intensa das organizações, priorizando que os agentes de saúde tenham tempo e espaço para colaborar. Da mesma forma, cada profissional deve compreender sua própria jornada, suas potências e limitações no cuidado de cada um dos seus pacientes, na compreensão de sua diversidade e da variedade de contextos em que cada um está inserido e no fato de que sua expertise é apenas uma parte da resposta; que outros são igualmente necessários, cada qual com a sua responsabilidade e conhecimento.

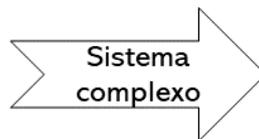
¹⁵ Ver https://www.cleveland.com/metro/2009/07/president_barack_obamas_visit.html

Figura 3. Respostas ao sistema estressado

Sistema estressado

➤ **Fadiga da compaixão**
Exaustos, profissionais se colocam no lugar do Outro, mas têm dificuldade de se separar. Sentem que é “demais”, “esmagador”. Também chamado de estresse secundário, profissional se sente esgotado pelo sofrimento alheio.

➤ **Burnout**
Exaustos, profissionais apresentam: despersonalização, frustração profunda com o cotidiano e exaustão emocional. A causa não diz respeito aos pacientes e sim ao sistema e a forma como a medicina está estruturada.



Resposta necessária

➤ **Alto valor de empatia com sólidas fronteiras**
Capacidade de se colocar no lugar do Outro, respeitando suas próprias limitações e compreendendo suas próprias dificuldades ou impedimentos.

➤ **Olhar integral para o paciente no sistema**
Sistema deve ser organizado como colaborativo, centrado nas necessidades concretas do paciente e do cuidado com este. No lugar de máquinas e preenchimento de formulários, organizações se centram no diálogo coletivo e compartilhamento de ideias e propostas coordenadas.

Fonte: Adaptado por mim de Hutchinson (2011).

Pelzang (2010) indica que é necessário que os sistemas de saúde modernos busquem uma abordagem centrada no paciente e que essa é uma abordagem cada vez mais presente em diversos países do globo. Porém, para ele, a implementação de uma política centrada no paciente requer melhores e mais claros métodos de mensuração. É preciso que os provedores de saúde possam compreender melhor tanto as definições, conceitos e perspectivas teóricas de uma abordagem humanizada, quanto os elementos que a compõem.

Mindfulness

Assim, é necessário que as organizações invistam em treinamentos e processos formativos que permitam aos seus colaboradores investigarem e compreenderem melhor a si próprios. Hutchinson acredita que um caminho possível para responder à reestruturação do sistema é investir no conceito e em práticas formativas de *mindfulness*, palavra que se traduziria em português como atenção plena. Segundo Raza (2009),

mindfulness pode ser descrita como uma atenção às experiências do momento presente, sem julgamento, incluindo emoções, cognições e sensações corporais, bem como estímulos externos. É uma prática e uma maneira de estar no mundo, em que os indivíduos mantêm atitudes como abertura ao Outro, curiosidade, paciência e aceitação, enquanto concentram sua atenção a uma determinada situação ao passo que ela se desenrola. Dessa forma, mindfulness pode ser compreendida como um conjunto de habilidades que facilita os aspectos curativos do encontro entre clínico e paciente.

Segundo Dobkin (2018), mindfulness é uma capacidade humana inata universal que pode ser incentivada ou cultivada por práticas específicas, como, por exemplo, meditação ou mesmo por escrita de diários. A ideia é que a pessoa possa refletir sobre o tempo presente, sobre situações que acontecem, compreendendo melhor seus sentimentos, bem como o contexto de determinado acontecimento. Como exemplo, a pesquisadora destaca o relato de um médico que atua na emergência hospitalar e que participa de atividades de mindfulness:

Por exemplo, eu entrei em uma sala de espera lotada e fui abordado por uma senhora mais velha que reclamava do fato de que ela estava lá a noite inteira sem atendimento, tinha dores no peito e estava ameaçando ir embora. Minha primeira (e automática) reação foi ficar com raiva. Eu não queria ouvir o que ela dizia, mas ela continuava... mas, então, graças a minha prática de meditação Consciência de Respiração, eu percebi como eu estava ficando cada vez mais irritado. Eu me perguntei: "O que eu devo fazer com essa emoção? Devo deixar que isso arruíne minha rotina com os pacientes? Esqueço o que eu ouvi?" Então, eu parei por um momento (tomei meu espaço) e lembrei que eu estava na emergência pelos pacientes. Finalmente, eu reconsiderarei: "Talvez ela realmente tenha algo." Li a triagem feita pela enfermeira: "a paciente havia chegado às 4 da manhã, 75 anos de idade com dor localizada no abdômen, ombro esquerdo e escápula", e decidi que precisava atendê-la primeiro. Acabou que ela tinha uma embolia pulmonar. (DOBKIN, 2018, p.1-2).

A pesquisadora narra ainda outros exemplos, como uma médica que teve que suturar um paciente muito violento trazido pela polícia e que havia cometido muitos crimes, um outro médico que atendeu um senhor muito irritado, reclamando com sua esposa que estava agendado para instalar um marcapasso: ele estava com medo, chateado e com muita vontade de

fumar um cigarro. Para ela, ao tomarem o tempo para ouvirem e respeitarem os momentos e contextos de seus pacientes, estes profissionais conseguiram, então, oferecer um cuidado de qualidade.

Na Espanha, Asuero, Queraltó, Pujol-Ribera, Berenguera, Rodriguez-Blanco e Epstein (2014) realizaram um estudo randomizado e controlado medindo grupos de profissionais que atuam na saúde primária pré e pós intervenção, que, resumidamente, consistiu na apresentação de tópicos relevantes à prática clínica, estratégias para lidar com o estresse baseadas em mindfulness, prática de mindfulness, ioga e rodas de conversa. Após a intervenção o grupo que recebeu o treinamento melhorou consideravelmente seus níveis de estresse e indicadores de burnout, bem como ampliou suas medidas na escala de empatia, sugerindo que a inclusão desses conteúdos, de fato, qualifica a prática e bem estar do provedor de saúde.

Habilidades socioemocionais

Conectada à discussão de mindfulness e às premissas da experiência do paciente, está a de investir em habilidades socioemocionais e inteligência emocional na formação inicial e continuada dos profissionais da saúde. Grosso modo, isso significa apoiar os profissionais em lidar melhor com o ambiente e contexto em que atuam, bem como em melhor escutar e dialogar com seus pacientes. Comumente associada ao ambiente escolar, o treinamento ou desenvolvimento de competências socioemocionais diz respeito a um conjunto de competências necessárias ao bom funcionamento do trabalho em equipe, e da atuação de todo e qualquer profissional. Defendida por alguns autores como Big Five, ou, em português “as grandes cinco” (Fig. 4), essas competências seriam dimensões da personalidade humana presentes em todas as pessoas, independentemente de sua origem e cultura, e em diferentes momentos temporais.

Figura 4. Cinco principais competências socioemocionais

Big Five

1. Abertura a novas experiências
2. Extroversão
3. Amabilidade
4. Consciência ou conscienciosidade (do inglês conscientiousness)
5. Estabilidade emocional

Fonte: Elaborado por mim.

Segundo material desenvolvido pelo site de inovação Porvir,

o pioneirismo da teoria é atribuído a Gordon Allport e colegas que, em meados dos anos 30, buscaram nos dicionários todos os adjetivos que poderiam descrever atributos de personalidade (como por exemplo: "amável", "agressivo" etc). Na década de 40, Raymond Catell reduziu a lista de adjetivos para 171 termos e depois os agrupou por afinidade em 35 conjuntos. A partir dos anos 60, pesquisas de grande amostragem detectaram que cinco fatores principais resumiam a variação existente. Os autores que mais contribuíram ao modelo à época, considerados os "pais" da teoria, foram: Lewis Goldberg, Robert R. McCrae e Paul T. Costa, Jerry Wiggins e Oliver John. (ARAI et al, 2014).

No campo da saúde, Judit, Expósito, Costa, Díaz, María, Carrillo, Izquierdo e Rodríguez (2018) identificaram que a performance de estudantes de enfermagem na prática clínica é positivamente correlacionada com as competências socioemocionais dos estudantes. Ou seja, segundo eles, quanto maior o domínio das habilidades socioemocionais, maior o resultado em uma prática clínica simulada. Hurley, Hutchinson, Kozlowski, Gadd, Vorst (2019) identificaram que estudantes de graduação de enfermagem que recebem treinamento em habilidades socioemocionais antes do internato (placement) melhoram sua entrada nos hospitais e atuação na pós-graduação, especialmente os que atuam com saúde mental.

Compromisso social

Embora presuma-se que as profissões de saúde, a priori, tenham uma relação direta com o interesse social, nem sempre a motivação está presente nos profissionais que as escolhem. (THOMPSON, 1997; WEAR, 1997).

Gebbie, Rosenstock e Hernandez (2003) indicam oito áreas de crítica importância para a formação dos profissionais da saúde para o Século XXI: informática, genômica, comunicação, competência cultural, pesquisa participativa em comunidades/ baseada em comunidades, saúde global, políticas públicas e legislação e ética em saúde pública. Nota-se que nestas categorias há grande ênfase em uma visão de caráter humanista da saúde.

Visão semelhante é defendida por Faulkner e Curdy (2000) que são enfáticos na defesa de que estudantes de medicina sejam ensinados a compreender a responsabilidade social da profissão. Mais do que uma premissa, os autores defendem a inclusão do tema como uma disciplina na formação inicial dos mesmos. Para eles, a participação em atividades de responsabilidade social desenvolveria ou reforçaria qualidades como confiabilidade, dependência, altruísmo e compaixão. A prática, além de qualificar a pessoa em si responde ao contrato social estabelecido entre universidades e sociedade: um compromisso ético e político das instituições com o caráter público.

De acordo com Silva, Oliveira e Pereira (2015), há uma tendência contemporânea no campo da saúde que vem afetando fortemente a discussão de humanização: a premissa do “direito a ter direitos”, que pressupõe que o sujeito é convocado a transformar-se a partir da autoconsciência. Ou seja, ele se empodera ao acessar e conhecer as regras e normas apresentadas à sociedade. Essa perspectiva, segundo as autoras, é política e histórica, uma vez que ela se transforma cotidianamente ao passo que as leis e regras também se modificam. Porém, segundo elas, não é clara e imediata a extensão da implicação do sujeito nesse conjunto de regras, seja uma política institucional ou uma política nacional. Cabe ao processo formativo, em alguma medida, fortalecer o acesso às regras, à informação, mas estas devem vir acompanhadas de uma discussão simbólica, na perspectiva da ética e do

envolvimento pessoal e individual de cada profissional. Ou, nas palavras das autoras:

pode-se afirmar que a questão de direito coloca o profissional em posição para ver questões críticas da vida que colocam em questão projetos terapêuticos, estratégias de cuidado e até projetos de vida que fazem o profissional pensar sobre o objeto complexo que é o cuidado humano e a dimensão da existência. Dadas estas questões, deve-se afirmar que a proteção de direitos se torna algo relevante (...) porque esta questão também diz respeito à experiência de um senso de empoderamento do próprio sujeito. Silva, Oliveira e Pereira (2015, p.941, tradução minha)

Nora e Junges (2013), que realizaram revisão sistemática sobre humanização na atenção primária à saúde no Brasil indicam que é parte da discussão de humanização no país, garantir espaços para que os trabalhadores possam discutir sobre sua prática e micropolíticas institucionais, seja em ações de formação interna, seja no próprio cotidiano de trabalho. Para eles, é fundamental compreender a humanização não apenas como um conjunto de princípios e sim como uma prática de trabalho social concreta. E, entre outras atividades, os pesquisadores relembram a importância dos espaços de participação e controle social em saúde.

Pasuci, Meyer, Nogueira e Forte (2017) associam a discussão social às culturas organizacionais das instituições médicas, e afirmam que a humanização requer integração e diálogo tanto interno, quanto de caráter social, envolvendo comunidades e governos nos diferentes níveis e, no caso das instituições privadas, com o próprio mercado. Para os autores, no Brasil, a humanização ainda se apresenta como um discurso e não como ações de fato implementadas na prática.

Cultura organizacional e práticas de RH compassivas

A pesquisa do Institute Beryl de 2019, indicou que há uma crescente preocupação - expectativa de investimento - no treinamento dos profissionais (59%), expandir o engajamento do paciente e da família (41%), expandir as formas de mensuração de satisfação do consumidor (35%). Paralelamente, indicam que, para que o tratamento humanizado ocorra, é necessário ter uma cultura organizacional focada na experiência do paciente (35%), com gestores que apoiem experiências inovadoras e

uma equipe engajada para tal ação. Na mesma perspectiva, os entrevistados apontaram que os maiores entraves são o foco em experiências organizacionais que não tem a experiência do paciente como premissa (44%), resistência a fazer coisas diferentes (38%) e a necessidade de recursos para empreender as mudanças necessárias (25%).

Ainda no mesmo estudo, 91% dos entrevistados indicaram que a qualidade da experiência do paciente é diretamente influenciada pela cultura organizacional, seguida pelo engajamento da equipe (94%), engajamento do próprio paciente, família e comunidade (82%) e excelência clínica (82%). Novamente, as relações humanas são a tônica da discussão.

Dutton et al. (2014 apud Grueso-Hinestroza et al., 2018), definem a cultura organizacional como um conjunto de normas e valores compartilhados que podem ou não determinar a expressão de compaixão dentro das instituições, mas que ainda carecem mecanismos adequados para mensurar a forma como a prática da compaixão se institucionaliza. Como resposta, Grueso-Hinestroza, López-Santamaría, González, Salcedo e Amaya (2018) realizaram estudo qualitativo sobre humanização hospitalar na Colômbia, aplicando questionários focados na mensuração de práticas de recursos humanos compassivas.

De acordo com Dutton et al., (2014 apud Grueso-Hinestroza et al., 2018), práticas compassivas são compostas por práticas individuais e ações que favorecem um comportamento colaborativo e de apoio entre os profissionais, o desenvolvimento de ações de apoio e suporte aos profissionais pela organização e o estímulo à colaboração entre os diferentes membros de uma instituição. Entre as ações Grueso-Hinestroza et al. (2018) nomeiam, por exemplo, o incentivo das organizações às causas sociais, espaços e dinâmicas de apoio emocional aos colaboradores, espaços institucionalizados para a resolução de conflitos intra e interpessoais, bem como ações de gestão para mediar situações emocionalmente difíceis. Para eles, é também uma prática compassiva o investimento e valorização de valores como empatia e compaixão nos processos de seleção, introdução, socialização, treinamento e avaliação dos colaboradores.

Os autores identificaram que a cultura organizacional pautada em compaixão, de fato, produz práticas mais humanizadas do que unidades de atendimento que não tem como foco a alteridade na relação humana, mesmo em casos em que a humanização do atendimento é um objetivo institucional. Para eles é necessário que a política de recursos humanos tenha como tônica uma leitura compassiva do outro, tanto em relação ao staff, tanto na oferta de treinamentos, incentivo ao diálogo e recursos de gestão que incentivem a mesma perspectiva do profissional com o paciente.

McClelland e Vogus (2014 apud Grueso-Hinestroza et al., 2018) apontam ainda que, quando existem práticas compassivas em uma organização, os traumas vivenciados no cotidiano de trabalho são enfrentados com maior capacidade institucional, desenvolvendo-se um contexto em que é mais fácil descobrir, sentir e responder ao sofrimento. E Chu (2016 apud Grueso-Hinestroza et al., 2018) aferiu que organizações que passam a recompensar ações positivas de apoio/ajuda ao próximo observam maior número de ações benevolentes.

Outras práticas meditativas

Além de treinamentos em mindfulness e em habilidades socioemocionais, nas últimas três décadas, pesquisadores vêm avançando bastante em estudos sobre a oferta de técnicas de meditação da compaixão (CM), também conhecida como meditação Loving-Kindness (LKM). Originária do Budismo (Mettā), o exercício, segundo Amato, Barbosa, Geocze, Cunha, Cassanti, Polcino, Zanini, Rorato, Oliveira, Ciszewski, Oliveira e Leite (2012, p.1),

“visa cultivar sentimentos de amor incondicional, empatia, bondade e compaixão em relação a si mesmo, outras pessoas e, eventualmente, em relação a todas as formas de vida”.

Bibeau, Dionne, e Leblanc (2016) realizaram extensa revisão de literatura sobre o emprego destas práticas meditativas em psicoterapeutas e aferiram que, de fato, as mesmas têm uma gama de impactos positivos em variáveis relacionadas à empatia, como por exemplo, positividade, comportamento focado no social, relacionamentos interpessoais, bem como empatia afetuosa e precisão empática. E, ainda, que a meditação da compaixão e meditação do tipo loving kindness reduzem os efeitos negativos da empatia para dor, diminuindo os riscos de burnout e

ampliando o autocuidado dos psicoterapeutas. Segundo eles, a prática deveria necessariamente compor o currículo formativo do atendente em saúde mental.

Medicina Integrativa

Na perspectiva da medicina integrativa, como apresentado em editorial do jornal O Estado de S. Paulo, “o paciente deixa de receber passivamente o tratamento para uma doença e passa a participar ativamente da própria saúde”. Paralelamente, cabe às instituições, promover a ação de cuidado de forma interdisciplinar, mitigando a hierarquia ou, em alguma medida, horizontalizando as relações entre médico e paciente, e entre médicos(as) e demais profissionais da saúde.

Neste campo, é também bastante comum o respeito e a utilização das medicinas orientais, como a medicina chinesa e a ayurvédica, bem como o uso das abordagens homeopáticas e antroposófica (Fig 5). De acordo com Kevin Barrows, professor do departamento de medicina integrativa da Universidade da Califórnia - São Francisco, é considerado saber científico tanto estudos clínicos publicados em revistas de alto impacto quanto os conhecimentos centenários e milenares com comprovação da clínica cotidiana e experiência do paciente¹⁶.

¹⁶ BARROWS, K. The Science and Art of Integrative Medicine. University of California Television (UCTV). Youtube. 14 de outubro de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TmHiJqx8Jdw>. Acesso em 26 de abril de 2020.

Figura 5. Principais componentes da medicina integrativa

Medicina Integrativa

A concepção preconiza centralmente que o paciente **não é unidimensional**. Ao contrário, ele é compreendido em corpo, mente e espírito, bem como um sujeito parte de uma comunidade e de um ambiente que o afeta e por ele é afetado. É necessário que sua saúde seja atendida por uma equipe multi e interdisciplinar e que decide as opções e curso de prevenção e tratamento em diálogo entre si e com o próprio paciente.

Aspectos centrais

-  **Integração terapêutica e práticas complementares de saúde**
Provedores de saúde utilizam diferentes técnicas disponíveis para atender às necessidades dos pacientes; suplementos dietéticos, práticas de exercício, acupuntura, massagens, terapias são compreendidas como ferramentas tanto quanto a medicação. Ideia de terapias seguras e modalidades complementares.
-  **Práticas saudáveis "de base"**
Equipe parte de diagnóstico e ajustes terapêuticos que englobam não apenas o histórico familiar de doenças, mas os hábitos de sono, nutrição, manejo de estresse e prática de exercícios físicos.
-  **Capacidade de cura inata**
Compreensão de que todos os sujeitos têm a capacidade de se "curar": o sistema biológico dos seres humanos tem a capacidade de se curar. Foco então nas barreiras que impedem esta capacidade.
-  **Prevenção e evolução no curso de tratamento**
Compreensão de que a prevenção é central e que o tratamento é paulatino – avança-se na intensidade/categoria do tratamento (menos invasivo, menos efeitos colaterais para mais invasivo, mais efeitos colaterais) seguindo uma escala de opções.

Princípios

-  **Baseada em evidências:**
Pesquisas e dados são compartilhados entre a equipe e paciente e embasam as decisões
-  **Centrada no paciente**
O paciente é proativo em seu tratamento. Além de comunicado, ele tem poder de decisão
-  **Relacionamento é central**
A relação entre profissional e paciente é o principal elemento terapêutico
-  **Compreensão é holística**
Corpo/mente/alma, comunidade e ambiente

Fonte: Elaborado por mim com base em Hutchinson (2011) e Burrows (2013).

Segundo Maizes, Rakel e Niemiec (2009), a medicina integrativa surgiu, inicialmente, como uma demanda dos consumidores, mas hoje se apresenta como uma solução em potencial para a crise do sistema de saúde dos Estados Unidos. Principalmente por funcionar entendendo a pessoa de forma integral e por assumir estratégias para assistir as pessoas em mudanças de hábito, a medicina integrativa tem se apresentado como resposta à epidemia de doenças crônicas, que vêm afetando profundamente a economia do País.

Os autores sugerem que um profissional que conhece bem seu paciente é capaz de endereçar questões do corpo, mente e de cunho espiritual. Ao coordenar o cuidado para cada paciente com uma equipe de outros profissionais, com outros conhecimentos, eles podem, de fato, responder às demandas apresentadas pelo paciente, com maior possibilidade de que o(s) tratamento(s) tenha(m) sucesso. Para os pesquisadores, é necessário investir continuamente na prática da medicina integrativa, orientando

recursos financeiros para garantir maior tempo do profissional no ambiente (mais horas dedicadas ao relacionamento e cuidado dos pacientes), mais tempo e priorização do trabalho em equipe, fortalecer estratégias de promoção à saúde e prevenção à doenças, pesquisar e estudar melhor as contribuições das medicinas e práticas alternativas e, por fim, investir no treinamento das equipes, especialmente em relação às habilidades comunicacionais.

Segundo George (2015) é a medicina integrativa é o caminho mais interessante para responder à ideia de cuidado centrado no paciente, uma vez que a evidência médica (Fig 6) se constrói em uma perspectiva dialógica, que parte e reflete a autonomia e empoderamento do sujeito no seu próprio curso de tratamento.

Figura 6. Construção da evidência médica



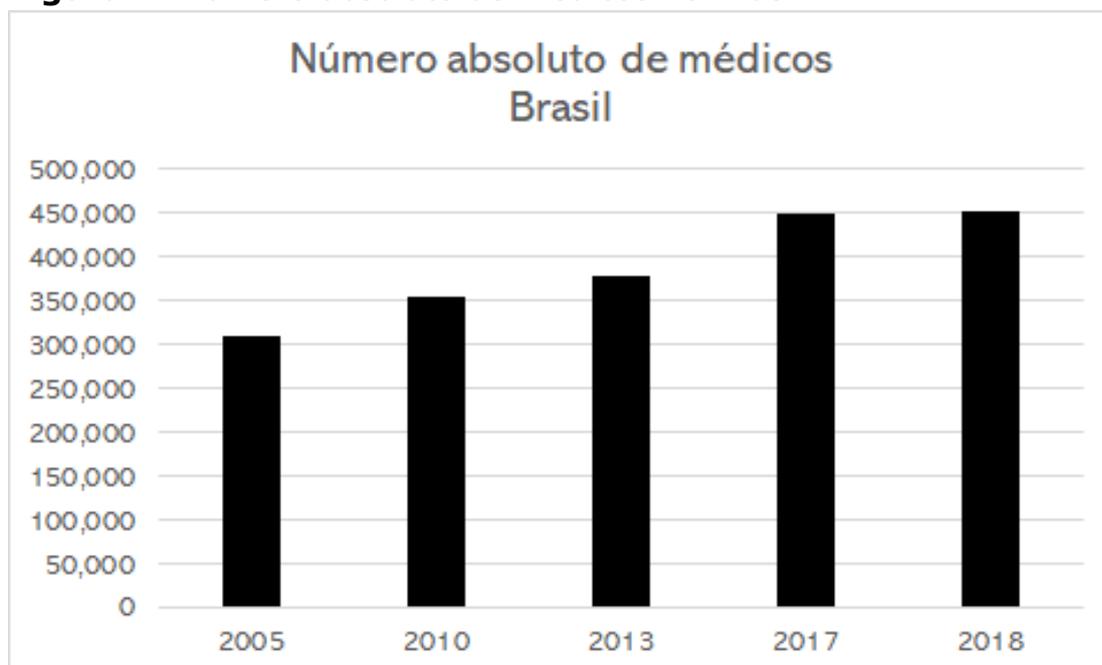
Fonte: Traduzido por mim de George (2015).

Arte como ferramenta

Desafios do contexto nacional

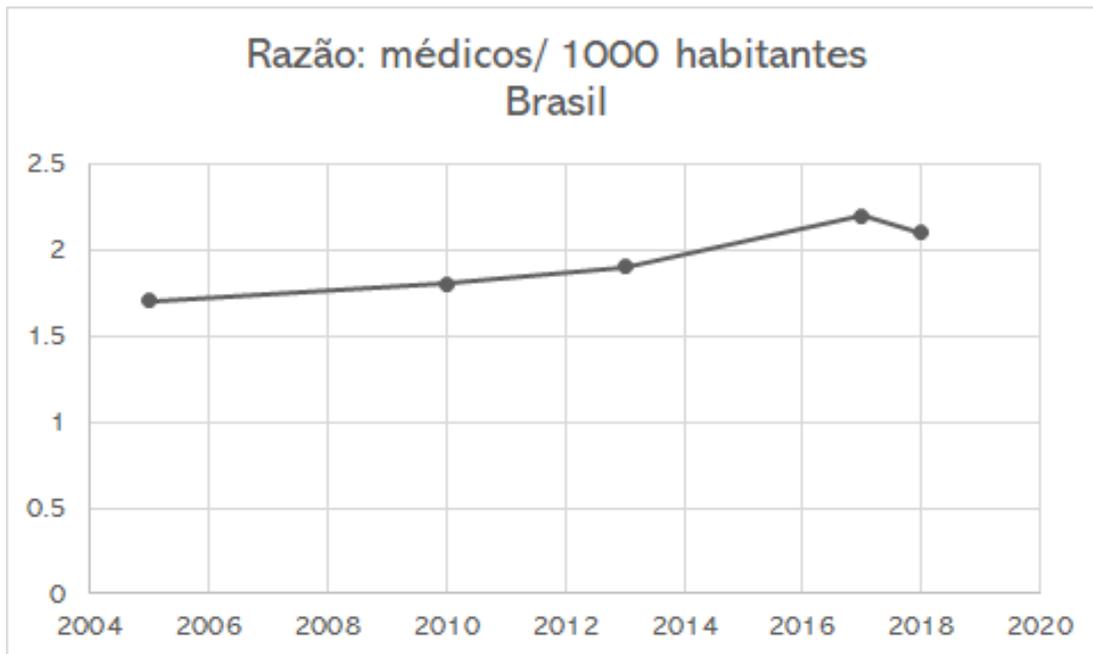
O sistema de saúde brasileiro compreende uma complexa rede de serviços públicos e privados, que se complementam em alguns serviços, mas que, principalmente, competem entre si no recrutamento de profissionais de saúde de qualidade. Existente desde 1998, o Sistema Único de Saúde foi desenvolvido com o compromisso de atender universalmente toda a população. O sistema, assim como a sociedade brasileira, porém, é extremamente desigual, tendo, entre alguns de seus desafios, a distribuição e formação de equipes de saúde em todo o País (OLIVEIRA, GABRIEL, POZ e DUSSAULT, 2017). O Brasil avançou consideravelmente no aumento de profissionais da saúde por pessoa (Fig 7), considerando, inclusive, a estratégia de convocar médicos brasileiros e estrangeiros para atuar em áreas menos privilegiadas do País, iniciado em julho de 2013. Como apontam os dados da OMS, o Brasil tem, considerando uma média nacional, uma razão adequada de médicos e equipes de saúde por pacientes (Fig 8), mas estes não estão uniformemente distribuídos nas diferentes regiões.

Figura 7. Número absoluto de médicos no Brasil



Fonte: Elaborado por mim. OMS (2019).

Figura 8. Razão de médicos por 1000 habitantes no Brasil



Fonte: Elaborado por mim. OMS (2019).

Chama atenção, por exemplo, como mais da metade dos médicos do País (54,1%) se encontra no Sudeste, região onde moram 41,9% dos brasileiros, e como há um desequilíbrio significativo na razão de médicos por habitantes (Fig 9). Nota-se que as maiores razões estão no Sudeste e Centro-Oeste e as menores no Nordeste e Norte.

Figura 9. Razão médico/ 1000 habitantes em estados brasileiros selecionados



Fonte: Elaborado por mim. OMS (2019).

Segundo Scheffer, Cassenote, Guilloux, Biancarelli, Miotto, e Mainardi (2018), mais da metade dos registros de médicos em atividade se concentra nas capitais, e há uma importante diferença entre os municípios de pequeno e grande porte.

Os 1.235 municípios brasileiros com até 5 mil habitantes têm razão média de 0,30. Nas 268 cidades entre 100 mil e 500 mil habitantes a razão é de 2,14. E nas 42 com mais de 500 mil habitantes a taxa é de 4,33 médicos por mil moradores. O grupo das cidades maiores (acima de 500 mil habitantes) conta com 14,4 vezes mais médicos que o grupo das menores (até 5 mil habitantes). (SCHEFFER et al, 2018).

Como exemplo, no caso do Amazonas, 93,1% dos médicos se encontram na capital, Manaus, que, por sua vez, abriga pouco mais da metade dos habitantes do estado, enquanto os 6.9% restantes atendem outros 62 municípios, distribuídos em mais de 1,5 milhão de quilômetros quadrados de área (SCHEFFER et al, 2018). A desigualdade na distribuição chamou atenção dos autores, que classificaram o Brasil como um país de extremos, “com cidades tão desprovidas de médicos quanto algumas localidades de países africanos”, enquanto naqueles municípios com mais de 500 mil habitantes, a proporção, muitas vezes, supera o de países ricos da Europa, lembrando que o estudo considerou tanto a oferta pública quanto privada do sistema. Paralelamente, o mesmo estudo mostrou que a distribuição de especialistas é ainda mais desigual no país, com a maior diversidade de especialidades concentradas no Sul e Sudeste, à exceção do estado da Bahia.

Como uma consequência da competição entre os sistemas privado e público, há também migração significativa dos profissionais de saúde contratados pelo sistema público para o privado: planos de carreira, melhores condições estruturais nas unidades de atendimento, maior continuidade na política adotada (gestão) e continuidade dos contratos de trabalho se tornam atrativos significativos para a mudança. Dessa forma, é possível dizer que existe uma espécie de turnover de profissionais entre os sistemas.

Oliveira, Gabriel, Poz e Dussault (2017) relembram ainda que desde a implementação da Estratégia da Saúde da Família, que preconiza o trabalho de equipes multidisciplinares, houve um consequente aumento

na demanda por mais médicos no sistema de atenção primária à saúde. Enquanto em 1970 haviam 18.489 estabelecimentos de saúde, em 2005 o número havia passado para 77.004 em 2005, com um aumento de 76%, requerendo novas e treinadas forças de trabalho.

Sampaio (2010) indica que, para compreender o sistema de saúde brasileiro, é preciso levar em conta o diálogo entre profissionais da saúde e população por meio da Estratégia de Saúde da Família, cuja expansão alcançou os objetivos do Ministério da Saúde. Em dezembro de 2009, o programa chegou a 30328 times e quase 240 mil agentes comunitários de saúde, atendendo 100 milhões de habitantes em 5349 municipalidades de todo o País. Segundo o pesquisador, em 2007, com financiamento da União, o PSF passou a contar também com psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, pediatras, ginecologistas, médicos homeopatas, psiquiatras, acupunturistas e educadores físicos, que fortalecem o caráter interdisciplinar e de atenção integral ao indivíduo, mas que complexificam a gestão local do programa, bem como a integração real dos profissionais a toda lógica do sistema de saúde.

Por fim, é digno de nota que os múltiplos desafios que afetam a garantia da saúde no Brasil atingem direta ou indiretamente a discussão da humanização hospitalar (Quadro 4), uma vez que todos - profissionais e pacientes - fazem parte do mesmo sistema.

Quadro 4. Principais desafios da saúde brasileira

Principais desafios da saúde brasileira
1) a baixa distribuição dos médicos nas diferentes regiões do país, especialmente nas áreas rurais e de difícil acesso;
2) desigualdade na cobertura dos serviços;
3) o tempo de espera para atendimento, especialmente nas cirurgias e exames laboratoriais;
4) a baixa cobertura vacinal e movimentos anti-vacinas, especialmente nas regiões mais adensadas do país;
5) a judicialização dos serviços médicos que, entre outros aspectos, afeta a composição orçamentária da pasta;
6) infraestrutura defasada e falta de insumos básicos;
7) falta de integração dos entes na gestão do sistema;
8) peso do sistema privado na oferta e garantia da saúde da população;
9) baixa cobertura e desigualdade e irregularidade de manutenção na distribuição sanitária, sobrecarregando o sistema;
10) as ainda presentes barreiras do acesso ao sistema de saúde.

Fonte: Elaborado por mim.²⁵

Para Victora, Barreto, do Carmo Leal, Monteiro, Schmidt, Paim, Reichenheim, Bastos, Almeida, Bahia, Travassos, e Barros (2011), em trabalho importante publicado no The Lancet, indicam que o

²⁵ Para mais informações, ver: <http://www.tratabrasil.org.br/saneamento/principais-estatisticas/principais-areas-afetadas/saude>

enfrentamento a estes desafios é eminentemente político, e que requer o engajamento de toda a sociedade para garantir o acesso de toda a população ao sistema.

Avaliação dos hospitais

A discussão de humanização está imbricada à discussão de qualidade hospitalar. No Brasil, o Estado é responsável por garantir a qualidade, tanto no sistema público quanto privado. Critérios para mensurar essa qualidade existem, na forma de licenças e sistemas de acreditação sancionados pelos governos, mas sua implementação, segundo La Forgia e Couttolenc (2008), têm sido escassa. Para os autores, um caminho possível seria implementar condicionalidades de financiamento tanto para o próprio SUS quanto para planos de saúde privados, seguindo exemplo de outros países com sistemas semelhantes.

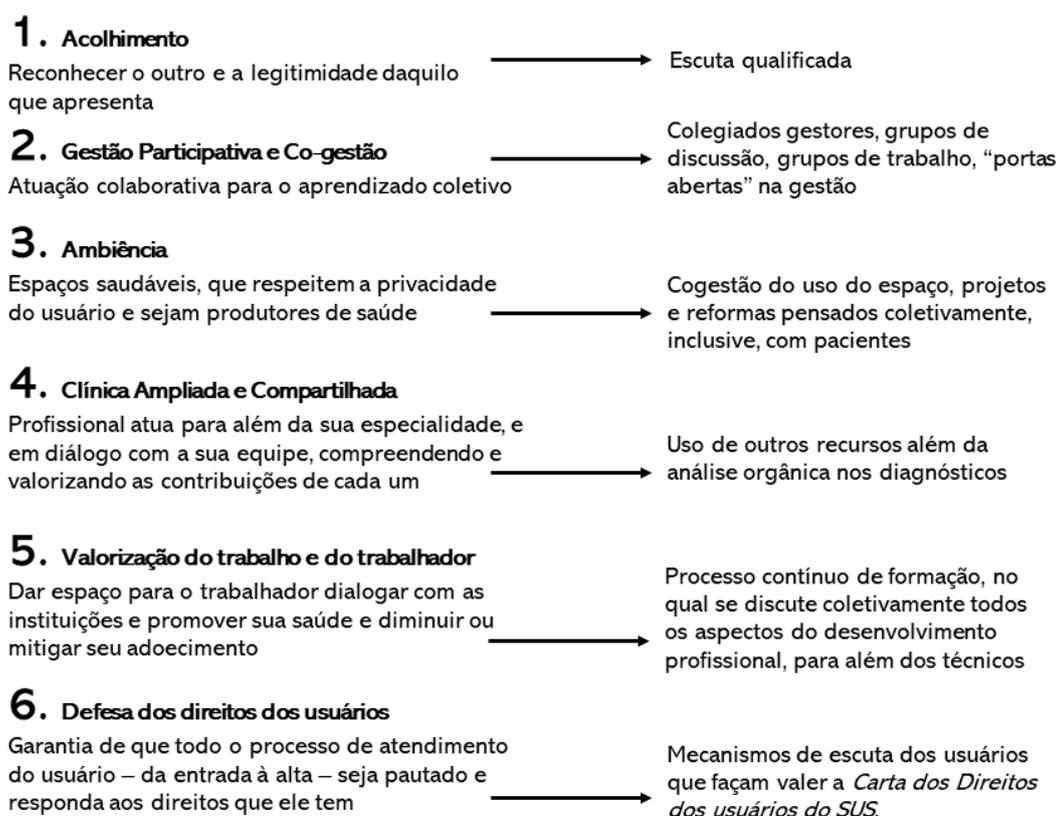
Contudo, os autores reconhecem que alcançar esses padrões não necessariamente garantem a qualidade. Muitas ações são necessárias para promover um atendimento adequado, como por exemplo, o estabelecimento de uma política interna dos hospitais a fim de promover contínuo aprimoramento e que inclua, por exemplo, avaliações de desempenho, trabalho em grupo efetivo, uso das tecnologias da informação, incorporação de evidência na prática, desenvolvimento e uso de orientações críticas e coordenação tanto dentro dos hospitais quanto dos mesmos com o sistema de saúde no nível local e nacional. Para eles, o aprimoramento contínuo requer uma abordagem sistemática suplantada por uma sólida política nacional de apoio à qualidade. E, novamente, esta deve necessariamente incluir a avaliação do paciente sobre o serviço prestado. Por fim, La Forgia e Couttolenc (2008) indicam ainda que é necessário endereçar a qualidade de parte das escolas médicas e para fortalecer a capacidade de resposta sobre erros médicos (malpractice)²⁶. No sistema público, para os autores, programas como o HumanizaSUS²⁷ e

²⁶ Textualmente, os autores afirmam que “When it comes to professional competence and behavior, surprising degrees of attention and neglect coexist. (...) As to physician malpractice, although Brazil has regulations and institutional mechanisms to protect its citizens, the mechanisms have no teeth. Partly because of physician self-interest, regional and federal boards rarely pull medical licenses and are more likely to issue a confidential warning or censure (...). Lines of accountability in the Regional Medical Councils appear diffuse because neither the public nor the government is represented.” (La Forgia e Couttolenc, 2008, p. xxxvi).

o CartaSUS têm o potencial de estimular melhorias significativas na qualidade dos hospitais.

Como iniciativa de destaque no sistema público, o HumanizaSUS, criado em 2003 pelo governo federal, diz respeito a um conjunto de diretrizes que ampliaram a Política Nacional de Humanização Hospitalar para um escopo mais amplo. A política que tem como objetivo reduzir as filas de espera para atendimento, permitir que pacientes conheçam os profissionais responsáveis pelo seu cuidado, garantir que todos sejam informados corretamente sobre suas condições e promover a participação dos profissionais nas tomadas de decisão e em seus percursos formativos. Estas diretrizes (Fig. 10) são guias interessantes não apenas para o sistema público, mas para orientar a discussão de humanização e qualidade de atendimento em saúde como um todo.

Figura 10. Estratégias para humanização (HumanizaSUS)



Fonte: Elaborado por mim. BRASIL, s/d²⁸.

²⁸ Site do Ministério da Saúde. Acesso em 10 de maio de 2020.

PARTE II. A AÇÃO da Arte Despertar

Estrutura do trabalho da organização

Em diálogo com a Política Nacional de Humanização Hospitalar e com foco no direito à saúde, desde 1997, a Associação Arte Despertar desenvolve metodologias e abordagens que fazem uso da arte e da cultura para conectar pacientes, acompanhantes e profissionais. Com respeito e valorização às suas identidades, a organização atua em diferentes hospitais e centros de saúde diretamente com os pacientes e realiza formações de profissionais na área.

Em relação aos profissionais e com base na sua atuação direta com os pacientes e acompanhantes, a organização desenvolveu metodologia - o Treinamento para o Desenvolvimento Humano (TDH) - que tem como foco apoiar os profissionais da saúde a desenvolverem habilidades e atitudes capazes de impactar o cotidiano das instituições, contribuindo para a Humanização da Saúde (FIGURA 11), especialmente no apoio ao desenvolvimento de práticas e ambientes acolhedores:

O respeito aos aspectos subjetivos da relação entre profissionais de saúde e pacientes representa um fator de proteção à saúde, na medida em que garante escuta ativa e o reconhecimento da singularidade e das necessidades do paciente (ARTE DESPERTAR, s/d, p.3).

E ainda como justificativa, a organização afirma que:

Qualquer ambiente corporativo desumanizado desfavorece a capacidade de produzir um atendimento humanizado dos pacientes. E, para tanto, os profissionais que nele trabalham precisam estar conectados com seu potencial de criação, orientados por uma visão de mundo que dê sentido à sua existência e com autonomia para exercer seus talentos. Desse lugar é que se originam valores tão fundamentais às instituições de saúde, tais como a empatia e o respeito. (ARTE DESPERTAR, s/d, p.9).

Consonante com as competências socioemocionais necessárias ao trabalho no Século XXI, este desenho formativo se apresenta como um caminho para a reflexão da práxis do profissional na área da saúde e como um convite para fortalecer a atuação coletiva e colaborativa das equipes.

Figura 11. Cenários positivos do treinamento



Fonte: Associação Arte Despertar (2019).

O TDH está em consonância com diferentes abordagens e metodologias do campo da Humanização em Saúde, com especial atenção ao desenvolvimento de habilidades de comunicação empáticas e estabelecimento de relacionamentos profícuos. Para tanto, a instituição lança mão de estratégias andragógicas contemporâneas que associam conhecimentos sobre desenvolvimento profissional e trabalho (Recursos Humanos) e investigação do desenvolvimento pessoal/ individual (Psicologia e Educação), sem abrir mão dos elementos formativos da arte,

que fortalecem e auxiliam o percurso investigativo do educando e do coletivo. No caminho formativo:

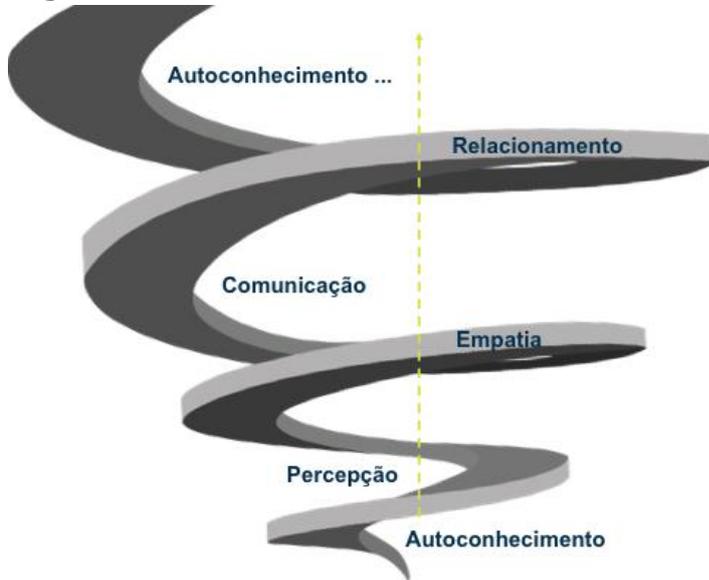
As vivências artísticas, ricas em expressão de lembranças, descrição de momentos significativos e trocas de experiência de forma verdadeira, contribuem para resgatar o melhor de cada um e para despertar a consciência sobre os recursos de que todos dispomos. Promovem vínculos que fortalecem todos os envolvidos na ação – pacientes, acompanhantes, profissionais de saúde e os próprios arte educadores – para o enfrentar situações difíceis e realizar modificações quando estas se fazem necessárias. (ARTE DESPERTAR, s/d, p. 7).

Ciclo de mudança

O TDH é um modelo de autoformação permanente do profissional de saúde que compreende cinco etapas ou fases formativas: Identidade/ autoconhecimento; Percepção; Empatia; Comunicação e Relacionamento (Figura 12). Parte-se do reconhecimento do próprio indivíduo, sua origem, crenças, expectativas, medos para então perceber o Outro (SAID, 1999), seja ele um colega da equipe, o paciente, o acompanhante, suas respectivas identidades e o contexto em que se inserem, retomando o sistema proposto por Hutchinson (Figura 3). Ao reconhecer o Outro, pressupõe-se o desenvolvimento da empatia, fundamental para a interação entre profissional e paciente (SILVA, OLIVEIRA, PEREIRA, 2015; WILKINSON, WHITTINGTON, PERRY e EAMES, 2017; DEAN, FOUREUR ZASLAWSKI, NEWTON-JOHN, PAPPAS, 2017; MERLINI e GATTI, 2015; HAQUE, 2019, SCHWEICKERDT, 2018; SCOTT, 2011; TAKAKI e ANA, 2004). Este olhar empático é então aplicado a um conjunto de estratégias de comunicação que visam fortalecer um diálogo efetivo, claro e respeitoso com a diversidade de sujeitos envolvido no ambiente (COSGROVE, 2014; HAQ, STEELE, MARCHAND, SEIBERT e BRODY, 2004; DEVEUGELE, DERESE, DE MAESSCHALCK, WILLEMS, VAN DRIEL e DE MAESENEER, 2005; CHOUDHARY e GUPTA, 2015; SANSON-FISHER e COCKBURN, 1997; TOWLE e HOFFMAN, 2002; REES e SHEARD, 2003). Por fim, com base em uma comunicação empática, que estabelece o que Hutchinson (2011) descreve como "fronteiras permeáveis", o profissional estabelece então um relacionamento profícuo com seu(s) paciente(s) e sua equipe. Este relacionamento - se bem construído - responde diretamente às demandas da humanização em saúde, uma vez que respeita a cultura do paciente, interage na cultura local e institucional,

preserva a centralidade dos indivíduos envolvidos, e contribui para uma dinâmica colaborativa e segura para todos (FERGUSON e CANDIB, 2002; EMANUEL e DUBLER, 1995; MANSER, 2009).

Figura 12. Ciclo formativo do TDH



Fonte: Arte Despertar, 2020.

Por fim, dado o caráter autoformativo permanente do ciclo, este se recomeça. A cada novo encontro, novo paciente, o profissional é convidado a se reexaminar, e compreender aquele atendimento em seu contexto específico, com aquele sujeito específico. Ou seja, a prática dialógica se apresenta como contínua, como um exercício permanente de mindfulness do profissional (DOBKIN, 2018).

Esta capacidade de ação-reflexão sobre sua prática (FREIRE, 1974) exige do profissional a disposição para que o encontro com seu paciente ou membro da equipe seja um encontro dialógico. Ou seja, como aponta Rotter (2008), uma prática humanizada em saúde requer uma interação médico-paciente em que despem-se as relações verticais, para empoderar o paciente a tomar decisões autônomas, bem informadas e conscientes. A pesquisadora relaciona os passos para o desenvolvimento da consciência crítica propostos por Freire à experiência dialógica médico-paciente (Quadro 5).

Quadro 5. Relação freiriana da conduta do profissional em saúde

Tomadas de decisão contínuas	Habilidade participativas de comunicação
Participação do paciente	Habilidades de Coleta de dados
	<i>Perguntas abertas, sondagens, especialmente em relação à esfera psicossocial</i>
	Habilidades de Relacionamento
	<i>Responsividade emocional, incluindo demonstrar empatia, preocupação e legitimação, confortar a angústia e sem interromper</i>
Engajamento do paciente	Habilidades de Parceria
	<i>Demonstrações de interesse verbais e não-verbais, interpretação e paráfrase, não dominar o diálogo/ falar mais que o paciente</i>
	Educação e Aconselhamento do Paciente
	<i>Explicar o tratamento e a conduta médica, oferecer informações sobre estilo de vida e autocuidado, aconselhar sobre tratamentos, aconselhar sobre questões psicossociais e de bem-estar</i>
Empoderamento do paciente	Habilidades de Parceria
	<i>Demonstrações de interesse verbais e não-verbais, interpretação e paráfrase, perguntar sobre expectativas, opiniões e sugestões do paciente, solução colaborativa de problemas</i>
	Habilidades de Relacionamento
	<i>Responsividade emocional, incluindo demonstrar empatia, preocupação e legitimação, confortar a angústia e sem interromper</i>
Empoderamento do paciente	Educação e Aconselhamento do Paciente
	<i>Verificar a informação apresentada pelo paciente, aconselhar sobre tratamentos, aconselhar sobre questões psicossociais e de bem-</i>
	Habilidades de Parceria
	<i>Demonstrações de interesse verbais e não-verbais, interpretação e paráfrase, perguntar sobre opiniões e sugestões do paciente, promover chuva de ideias (brainstorm) com o paciente, negociação e solução colaborativa de problemas</i>
Empoderamento do paciente	Habilidades de Relacionamento
	<i>Apoio e confortar a angústia</i>

Fonte: Adaptado por mim de Rotter (2008).

Assim como com os educadores (na discussão freiriana), a forma e estratégias de comunicação do profissional da saúde podem reforçar a dependência ou apoiar a autonomia do paciente (Quadro 6).

Quadro 6. Comunicação na perspectiva freiriana

Passos freirianos para o desenvolvimento de consciência	Valores presentes nos passos e tomadas de decisão	Diálogo permanente em todas as decisões
<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão e esclarecimento* • Validação da experiência • Diálogo • Análise crítica do contexto social • Ação • Ação-reflexão (Práxis) 	<p>Autoestima e autoconhecimento</p> <p>Análise da raiz/ causas dos problemas</p> <p>Ação para transformação do <i>status quo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participação • Compreensão plena da história do paciente, tomando-o como copartícipe do processo • Ativação/Protagonismo • Escuta atenta e engajada, resolução compartilhada de problemas e negociação • Empoderamento • Autonomia para escolhas e decisões conscientes

Fonte: Adaptado por mim de Rotter (2008).

Ainda de acordo com Rotter (2008), para Paulo Freire, a capacidade de refletir sobre as experiências de vida e a consciência social são críticas no processo de fortalecimento e autonomia do indivíduo. Ao afirmar sua relevância, o paciente deixa de ser passivo para ser um agente ativo, co-responsável pelas decisões e curso de seu tratamento. Essa relação horizontal, por sua vez, afeta profundamente toda a estrutura do sistema de saúde, rompendo com hierarquias e fortalecendo o espírito comunitário e público das instituições. A visão reforça a compreensão de Hutchinson que propõe que a humanização e a perspectiva integral da medicina são chaves para a mudança do sistema de saúde.

Paralelamente, o TDH se relaciona diretamente com as competências socioemocionais, elencadas como fundamentais para todos os profissionais no Século XXI. Em sociedades cada vez mais tecnológicas e globalizadas, cabe aos agentes de saúde alcançar melhores formas de comunicação e trabalho em equipe para a resolução de problemas, mediando eventuais conflitos, com profundo respeito pela diversidade. No âmbito da saúde, é também necessário que os profissionais sejam capazes de ler a realidade criticamente, mas que permaneçam em constante evolução, realizando suas funções com resiliência. Isto é, é fundamental que os agentes sejam capazes de operar mudanças no sistema ao mesmo tempo em que permanecem atuando com eficiência e qualidade.

Para tanto, o modelo formativo propõe o reconhecimento de si próprio, o reconhecimento do Outro e o reconhecimento do contexto e ambiente da saúde como estratégias fundamentais não apenas do processo de atendimento, mas da reflexão sobre a própria estrutura do sistema. Dessa forma, os profissionais - e seus pacientes - são convidados a atuar no que Rotter (2008) chama de *continuum* de participação, atuando criticamente na e pela humanização da saúde de forma simultânea, em um ciclo que se repete a cada novo atendimento, a cada novo dia, a cada novo desafio que se apresenta.

Nessa perspectiva, são combinadas diferentes estratégias de trabalho, entre elas: a colaboração e engajamento *peer-to-peer* (entre pares) na própria equipe. Segundo Hutchinson, Snell, Wiseman e Lubarsky (2019), é necessário convidar o profissional em formação²⁹ a experimentar diferentes formas de responder a um desafio da prática clínica em um espaço seguro. Ou seja, para os pesquisadores, que realizaram estudo com 180 estudantes dos anos finais do curso medicina, muitas vezes, dúvidas, medos e anseios do cotidiano clínico ficam ocultos ou passam despercebidos uma vez que estes estão imersos no dia a dia dos atendimentos. Por isso, as estratégias formativas devem, segundo eles, ser construídas como espaços seguros tanto para a escuta, quanto para o treino das equipes de responderem às questões que se apresentam na prática clínica.

²⁹ Entende-se formação tanto inicial, quanto continuada.

No estudo realizado por Hutchinson et al. (2019), os estudantes trouxeram temas muito comuns no cotidiano de todos os profissionais de saúde, entre eles: perceber que não se está sozinho e ter capacidade de pedir ajuda, clarear e compreender papéis em uma equipe e ter capacidade de delegar, ficar calmo, conhecer a si mesmo, focar na segurança, ter capacidade de priorização, estabelecer um ambiente convidativo, criar uma aliança terapêutica, ter compaixão por si próprio, comunicar-se com clareza, acreditar na sua intuição, e documentar suas experiências. Para os pesquisadores, todos os processos formativos, então, devem levar em conta estes medos e expectativas, uma vez que o sentimento de isolamento é uma tônica muito presente entre todos os profissionais. O TDH, ao propor-se como uma estratégia de autoreflexão e de estímulo ao reconhecimento do Outro e ao trabalho colaborativo apresenta-se então como um método para romper com o isolamento do profissional, compreendendo a humanização em saúde como uma tarefa comungada entre todos do sistema.

Por fim, o TDH lança mão da arte como ferramenta investigativa desse processo, entendendo que por meio das diferentes linguagens artísticas é possível guiar este profissional nessa auto-investigação, eliminando barreiras e fazendo emergir com mais clareza o que está no subconsciente. Preconceitos, medos, angústias, senhos, desejos e expectativas tornam-se mais palpáveis com o auxílio destas ferramentas.

Como apresentado pela Arte Despertar no documento Teoria para o Desenvolvimento Humano (s/d, p.8), recuperando Maturana (1975; MINGERS, 1991) e Piaget (ARENDT, 2000; SANTANA, ROAZZI e DIAS, 2006)³⁰ compreende-se que todos "os seres vivos apresentam em sua própria estrutura biológica os recursos de autorregulação, autoprodução e adaptação no seu processo de desenvolvimento" e que, portanto, o TDH, fazendo uso das linguagens artísticas propicia um "contexto para que esse sistema retorne ao seu equilíbrio". E, ainda segundo a organização,

³⁰ Embora Maturana e Piaget sejam de correntes de pensamento filosóficos e educacionais distintos, argumenta-se aproximação entre eles. Tomando a contribuição de Maturana em parceria com Varela, Arendt (2000, p.10) indica que ao retirar os referenciais metafísicos kantianos da teorização piagetiana, seu modelo fica "muito próximo às considerações pragmáticas e enatistas de Rorty e Varela: o desenvolvimento passa a se constituir através de uma complexa rede de crenças e desejos que se reequilibram pela assimilação e acomodação em sucessivos patamares de organização e reconstrução, por auto-organização, a partir da história da acoplagem estrutural do organismo com o meio, numa relação de co-implicação, em sua ação guiada pela percepção, num quadro que inclui o contexto social e político."

isso corrobora com a tese de que nem sempre é necessário haver conteúdos novos ou a repetição de conteúdos antigos, mas, sim, a criação de situações que permitam acessar os conhecimentos indispensáveis para esse processo de reconstrução (ARTE DESPERTAR, s/d, p.9).

Dessa forma, o TDH propicia ao participante uma espécie de "desequilíbrio controlado", convidando o profissional da saúde à reformular "esquemas previamente estabelecidos, muitas vezes inconscientemente", convidando que cada indivíduo "possa reelaborar seus próprios conceitos a partir da experiência, e não o contrário" (ARTE DESPERTAR, s/d, p.14).

Etapas do ciclo formativo

Entendendo que o TDH se organiza em cinco grandes etapas ou passos que, após cumpridas, reiniciam em um plano autoformativo do profissional, é necessário compreender cada uma delas em maior profundidade.

Identidade e autopercepção

A primeira etapa do ciclo diz respeito à autopercepção do indivíduo e compreensão sobre sua própria história, memórias e sentimentos - um grande e subjetivo arcabouço chamado pela Arte Despertar de "identidade".

Existem no imaginário social grandes símbolos que definem os profissionais do mundo atual. Na saúde, é comum vermos os seguintes símbolos protagonizados em comerciais, filmes e séries de televisão: um médico - homem, branco, de jaleco, austero -, uma enfermeira - mulher, branca, de cabelos presos, bondosa e atenciosa -, uma recepcionista - uniformizada, bem humorada, com um telefone nas mãos, recebendo e organizando uma fila de espera -, um paramédico - homem, forte, carregando outra pessoa nos braços. Ao mesmo tempo, são apresentados contextos de caos - especialmente no jornalismo e em algumas séries de televisão - como um Pronto Socorro lotado, pacientes sendo tratados em corredores, filas de espera intermináveis nos serviços públicos... Estas imagens, embora parcialmente verdadeiras, não constituem a integralidade dos ambientes médicos e são, essencialmente, construções

disseminadas - especialmente pelos meios de comunicação - com uma chancela de verdade. Estas várias personificações e identidades nunca foram homogêneas e estanques (LATOURET, 1994 apud ARTE DESPERTAR, s/d, p.18), e atualmente, mais ainda - com as ações afirmativas e políticas de diversidade que ampliaram as cores, raças e gêneros nos diferentes ambientes profissionais. Hoje, por exemplo, é mais comum ver uma médica negra, nascida em outro país, atendendo um paciente ao lado de um enfermeiro branco³¹.

Estes símbolos ou versões imaginadas dos profissionais fazem parte do imaginário coletivo e afetam profundamente as expectativas das pessoas sobre si próprias. Como exemplo, é comum a dualidade entre uma mulher profissional que também é mãe - seu cotidiano é marcado por símbolos do que uma profissional deve ser e pelo imaginário de uma mãe presente no cotidiano de seus filhos. Como apresenta Ciampa (1984, apud ARTE DESPERTAR, s/d), a percepção da identidade de si próprio e do Outro é profundamente marcada por ideais estanques - positivos e negativos - do que se espera de um indivíduo:

Nós nos tornamos algo que não éramos ou nos tornamos algo que já éramos e estava como que "embutido" dentro de nós? Parece que quando se trata de algo positivamente valorizado, a tendência nossa é afirmar que estava "embutido" em nós ("sempre tive vocação pra ser médico"); quando não desejável, frequentemente estava "embutido" nos outros ("sempre achei que tinha propensão para o crime", "sempre achei que ele tinha um jeito de 'bicha'"). Que dizer da jovem que se torna dona de casa? E do religioso que se torna ateu? O escriturário que se torna gerente está realizando uma "tendência", uma "vocação"? (CIAMPA, 1984)

Como aponta Vogt (1979, p.81, grifos meus), a representação de si e do Outro é um discurso, que carrega uma vasta carga simbólica individual e coletiva; ou seja "quem comanda o discurso de quem e como os fatos aí referidos passam pela mediação do intercurso de vozes que compõem o tecido das representações e dos pontos de vista" de uma determinada narração, trazendo à discussão de identidade as questões da linguagem e da semiótica. Segundo ele:

³¹ Embora certamente a profissão médica seja uma das que mais refletem a desigualdade social histórica do país, certamente, há uma maior diversidade de identidades presentes (ARTE DESPERTAR, s/d).

Não basta falar em enunciação, em falante e ouvinte, para que se alcance a complexidade das significações dos atos de fala. O problema é que sobre a identidade biológica, psicológica, individual, enfim, dessas categorias de enunciação, sobrepõe-se um jogo de representações, em que aquele que fala assume o papel do destinador, e, como tal, no momento mesmo em que fala, investe o ouvinte do papel de destinatário. (...) Essa atribuição de papéis, não é pelo ato da fala que se pratica, requer uma reflexão que não pode limitar-se apenas às questões de competência linguística do falante, já que não se trata tanto de saber como os indivíduos falam significativamente sobre o mundo, mas como se representam uns aos outros no processo de interação verbal, processo que, senão exclusivamente, se põe também como mediador e filtro de sua visão de mundo (VOGT, 1979, p.82, grifos meus).

Assim, o TDH propõe como início do percurso formativo que o profissional consiga reconhecer sua própria identidade - ainda que esta seja mediada pela sua própria visão de mundo - para então reconhecer e quiçá nomear os múltiplos filtros que afetam sua percepção de si e do Outro.

Nesse caminho, a Cultura - eixo fundante da reflexão conceitual e metodológica da Arte Despertar -, se coloca como estruturante. Reconhecer a identidade ou as múltiplas identidades presentes em um sujeito é reconhecer sua(s) cultura(s). Cultura é um conceito em disputa e que possui longa história. A polissemia do termo (TILIO, 2009; THOMPSON, 1995) apresenta diferentes enunciados e desafios para a discussão de identidade e não se explica por uma evolução linear. Os diferentes sentidos são defendidos com base em diferentes objetivos embora, não por acaso, sejam também acionados em conformações combinadas. De acordo com a proposta classificatória de John B. Thompson (1995) é possível organizar os diversos sentidos associados ao termo "cultura" em três grandes concepções:

- A concepção clássica, na qual a cultura é associada a algo próximo à ideia de civilidade, ou a ideia do "cultivo da mente". Trata de um conjunto de conhecimentos; um cânone sobre "história, artes, literatura, política, religião, etc" (TILIO, 2009, p.37), construído no dialético que reverencia o "velho" e abre-se ao "novo". A ideia a que Tílio se refere como Cultura com "C maiúsculo";
- A concepção antropológica, que tem como um de seus referenciais a obra de Geertz (2008, p.28), na qual é definida como "um padrão

de significados transmitidos historicamente, incorporado em símbolos e materializado em comportamentos”, como características e definições sobre um determinado grupo. Nessa acepção merece relevância o reconhecimento de não se trata de algo “hermeticamente local” (TILIO, 2009, p. 37), compreendendo que todas as culturas globais se intercambiam, e estão em constante transformação e reconfiguração.

- E a concepção estruturalista, que lê os fenômenos culturais “como expressão das relações de poder, servindo, em circunstâncias específicas, para manter ou romper relações de poder e estando sujeitos a múltiplas, talvez divergentes e conflitivas, interpretações pelos indivíduos que os recebem e os percebem no curso de suas vidas cotidianas” (THOMPSON, 1995, p.180). Nesse sentido, compreende-se o indivíduo situado em comunidades discursivas, grupos com interesses e formas de agir e pensar, o que poderia ser lido segundo Velho (2001 apud TILIO, 2009, p.38) como “cultura com c minúsculo”.

Reconhecendo que todo grupo é um conglomerado de “múltiplas identidades”, e, portanto, compreendendo a sociedade como a reunião de várias culturas, o primeiro passo do TDH é estimular o profissional da saúde a compreender como sua identidade é constituída de múltiplos elementos, construídos e reforçados historicamente, afetados ou mediados pela sociedade e pelo Outro, e frutos também da subjetividade (psique), e da própria biologia. Ou seja, é necessário que ele se entenda, por exemplo, não apenas como sujeito do sexo masculino, heterossexual, pai, de classe média, divorciado, ..., e também como o que cada um desses adjetivos representam para si, para o Outro e para o contexto social/ sociedade.

Percepção

Uma vez que sujeito se “auto percebe”, ele é então convidado a fazer o mesmo com o Outro, exercitando o que a psicologia se refere como Alteridade, ou *Otherness*, do termo em inglês.

Segundo Hugo Letiche³², professor da Universidade de Leicester e autor do livro “Making HealthCare” ou Fazendo o sistema de saúde se importar, em português, o sistema de saúde é um

“mundo complexo que ‘enlouqueceu’ ao nomear suas restrições como ‘simplesmente complicadas’. Estatísticas, abstrações e modelos têm como função apoiar este mundo complexo a ser eficiente, (...) mas o faz às custas do cuidado, da individualidade, da autonomia e da dignidade” do Outro.” (LISSAK e GOLDSTEIN, 2008, p. viii, tradução minha).

Para Letiche (2008), a medicina - nas configurações do sistema atual - assume a metáfora de “eu versus não eu”³³, gerando uma violenta batalha entre “um e o Outro”, impedindo que o diálogo aconteça, uma vez que este necessariamente requer abertura à diferença, alteridade e a crença em alternativas possíveis, uma vez que:

Diálogo explora possibilidades; ele investiga opções, oportunidades e pontos de vista hipotéticos. No diálogo, as partes podem explorar, investigar, e desenvolver ‘desejo’. O diálogo entre a saúde e existência de alguém que está vivo não pode ser restrito à lógica do ‘eu versus não eu’, em que todas as alternativas são [*a priori*] reprimidas e rejeitadas (LETICHE, 2008, p.48, tradução minha).

Segundo o pesquisador, a abertura ao Outro é então a base para a reformulação do sistema como um todo. Um atendimento humanizado, relações de trabalho mais equânimes e saudáveis e a própria eficiência do cuidar requer como premissa base a disposição àquele que não é igual a mim.

O autor recorda ainda que o cuidado em saúde requer conhecimentos e aplicações biomédicas e uma resposta minimamente standardizada que fortaleça a preditibilidade do curso de ações e resultados. Mas, ao mesmo tempo, o cuidado em saúde requer o que ele chama de sensibilidade nas circunstâncias e casuística, assumindo a ideia que a psicologia chama de “lógica não-apropriada”. Ou seja, define-se que não existe uma única verdade, ou o cuidador com todas as respostas e controle total do destino, ou a circunstância que não envolve “os outros”, ou “o resto”. Portanto, é necessário que os cuidadores - e em alguma medida seus

³² Nas palavras de Lissak e Goldstein, autores do prefácio do livro.

³³ O autor utiliza a expressão “self versus non-self” (LETICHE, 2008, p.48).

pacientes - assumam a ideia de “Ser-dois”, premissa que afirma que a existência se dá na presença e ausência, na unidade e na negação. Para Leticche, então:

A habilidade de contemplar o outro - isto é, estar com alguém e interativamente reconhecer sua humanidade - indica tanto a existência da plenitude de um relacionamento, e falta de si próprio sem o outro. Na psicanálise lacaniana, a falta energiza a existência e provê uma contínua fonte de desejo³⁴, mesmo sem resolução. Se alguém tenta explicar de um lado a identidade pela falta, ou por uma perspectiva 'essencialista' (ser para você mesmo), esse alguém não pode concretizar um relacionamento (LETICHE, 2008, p. 69, tradução minha).

Ou seja, em uma perspectiva lacaniana, os sujeitos não se bastam em si próprios - precisam do Outro ou até da ausência dele para poderem existir, retomando o que Vogt (1979) aponta como um jogo de representações: a percepção do outro necessariamente perpassa a linguagem e, portanto, a visão ou compreensão de si próprio está intrinsecamente conectada à leitura do Outro.

É nesse sentido que Said (1999) discute o conceito de alteridade. Para ele, a percepção do Outro é construída socialmente, deixando marcas profundas na psiquê e, conseqüentemente, na linguagem de todos os indivíduos. O Outro então é sempre uma construção do sujeito que o define. Como exemplo, Said discute que têm-se uma visão coletiva do mundo árabe em duas representações, que oscilam entre a do fascínio (a odalisca, os véus, o tapete voador, o mistério) e a da repulsa (o terrorismo, o 'barbudo', o comerciante sovina e espertalhão). Em ambos os casos, estas percepções foram forjadas social e historicamente pelo mundo ocidental, cuja cultura - essencialmente - se apresenta como modelo dominante para o resto do globo. Ou seja, o ocidental (eurocêntrico) é o normal e o oriental é o estranho, o diferente. Dessa forma, assim como Said propõe em relação à leitura dos povos, a perspectiva da humanização em saúde convida o profissional a despir-se da sua visão ou a compreender as raízes da mesma para mitigar a estereotipia ou visão estreita (e até preconceituosa) sobre o diferente.

³⁴ Grosso modo, o desejo em Lacan também é uma construção própria da linguagem. O corpo manifesta-se a partir de vontades e frustrações que, juntas e associadas à pulsão e ao gozo (conceitos lacanianos e freudianos), dão forma à personalidade humana (NOGUEIRA, 1999).

O exercício da alteridade, então, é fundamental para que a percepção do Outro não seja enviesada ou notadamente excludente. Um profissional da saúde precisa entender que seu paciente e seus colegas - todos - têm histórias, memórias e identidades próprias, assim como ele.

A segunda etapa do TDH, portanto, consiste em apoiar o profissional a identificar como sua visão do Outro, sua visão de si próprio e sua visão do contexto são construídas e expressas em suas falas e atitudes cotidianas. Para que ele possa rever suas ações, ele precisa, antes se conhecer. Ou, como indica Hutchinson (2011) em sua proposta de fronteiras permeáveis, ele precisa conseguir compreender suas questões para que possa empatizar com o Outro, atendendo-o corretamente e com qualidade, mas sem deixar se imiscuir na dor e questões que este Outro apresenta.

Empatia

Logicamente, uma vez que este outro compreende a si próprio e ao contexto/ Outro, ele é então convocado a empatizar com as questões trazidas ou apresentadas pelo paciente, pela sua equipe ou por familiares/acompanhantes do paciente, garantindo um distanciamento adequado para se preservar³⁵ e, inclusive, garantir ações técnicas pertinentes e de qualidade.

O termo empatia apareceu inicialmente na psicologia como uma tradução do alemão *emfühlung* (TICHENER, 1909 apud LANZONI, 2012), que literalmente significa "sentir-se eu", ou sentir em mim; ou seja, a habilidade de perceber a experiência subjetiva de outra pessoa.

Uma vez que a empatia é uma atividade imaginativa de se colocar no lugar do outro, ela difere de outras expressões compassivas, como, por exemplo, a piedade ou o sentimento de pesar, "pois estas não envolvem a tentativa de compreender as emoções ou o ponto de vista da outra pessoa" (KRZARNIC, 2015, p.4, tradução minha).

Segundo Krzarnic (2015, p. 4, tradução minha), "a empatia tampouco é o mesmo que a Regra de Ouro 'faça para os outros aquilo que gostaria que fizessem para você', pois isto supõe que os seus próprios interesses

³⁵ Preservar sua saúde e integridade física e mental, bem como segurança pessoal e profissional.

coincidem com o deles" e que ter empatia é justamente tentar descobrir estes interesses diferentes³⁶.

O conceito, porém, segundo a literatura contemporânea tem sido compreendido como um construto multifacetado e não estanque³⁷ (BLAIR, 2005) e que pode ser, então, subdividido em categorias: empatia afetiva, empatia emocional ou cognitiva e empatia motora ou somática (RAIN e CHEN, 2017), que por sua vez são subdivididas em outras categorias (Figura 13).

Embora parte dos pesquisadores argumentem que estas dimensões não estão dissociadas e são inter-relacionadas (ROGERS, DZIOBEK, HASSENSTAB, WOLF e CONVIT, 2007), é interessante compreender cada uma destas categorias, tendo como foco o conceito de fronteiras permeáveis de Hutchinson e sua relação com a humanização em saúde.

De acordo com Blair (2015), a empatia afetiva ou emocional diz respeito à habilidade do sujeito de sentir o sentimento do Outro, respondendo com uma emoção apropriada ao que o Outro expressa. Já a empatia cognitiva, também chamada de Teoria da Mente ou mentalização, está relacionada com a capacidade de compreensão e entendimento do estado emocional do outro. Segundo Kanske, Böckler, Trautwein, Parianen Lesemann e Singer (2016), um bom empata emocional não necessariamente consegue compreender o estado emocional do outro (mentalização) e alguém que entende racionalmente a emoção alheia, não necessariamente responde emocionalmente a esse sentimento.

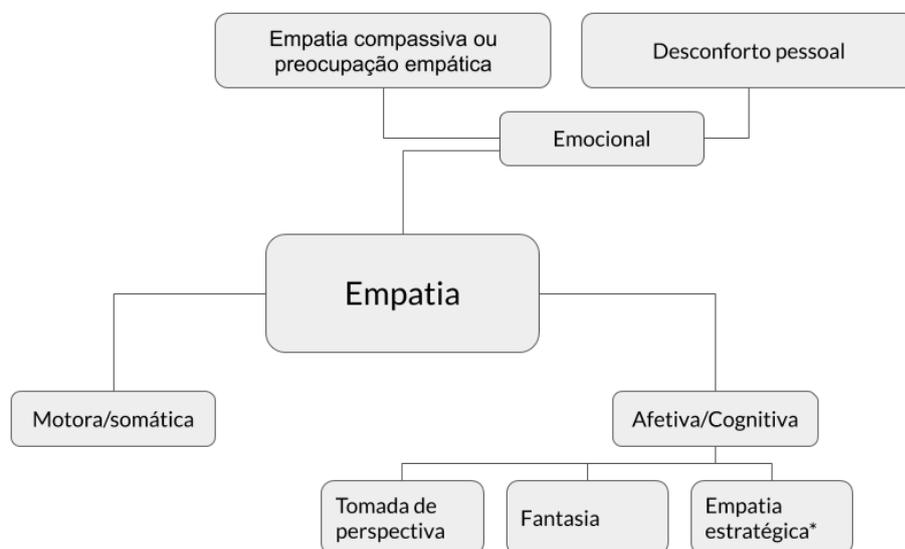
A empatia motora ou somática, por sua vez, é uma reação física, associada a neurônios espelhos, que ativam resposta no sistema nervoso somático (Iacoboni, 2009) e que segundo alguns autores é necessária para que ambas formas de empatia - cognitiva e emocional - aconteçam (VAN DER GRAAFF, MEEUS, DE WIED, VAN BOXTEL, VAN LIER, KOOT e BRANJE, 2016). Um exemplo da empatia somática é virar o rosto quando

³⁶ A autora usa como exemplo o caso da designer, ativista e pesquisadora Patricia Moore, que, em 1979, aos 26 anos, realizou experiência imersiva como uma idosa, utilizando próteses e artefatos que não apenas a faziam parecer uma idosa de 80 anos, mas a sentir-se como tal. O experimento resultou em uma verdadeira revolução no design, com produtos e recursos desenhados especialmente para idosos, minimizando desconfortos. O caso será melhor discutido e apresentado com imagens no Produto II - Caderno Metodológico.

³⁷ Segundo Blair (2005), empatia é uma coleção "solta" de sistemas neurocognitivos parcialmente dissociáveis.

um animal é atropelado, ou sorrir quando alguém lhe sorri (RAINE e CHEN, 2017).

Figura 13. Tipos de empatia



Fonte: Elaborado por mim.

A empatia emocional pode ser compreendida em dois subtipos: a empatia compassiva ou preocupação empática, que diz da habilidade de sentir compaixão e preocupação a partir da emoção alheia (DE WAAL, 2008) e o desconforto pessoal, que diz de sentimentos de ansiedade ou desconforto em resposta ao sofrimento alheio, ou como aponta De Waal (2008, p. 283, tradução minha), aquilo que "faz a outra parte egoisticamente buscar o alívio para seu próprio desconforto, que mimetiza o do sujeito em questão"³⁸.

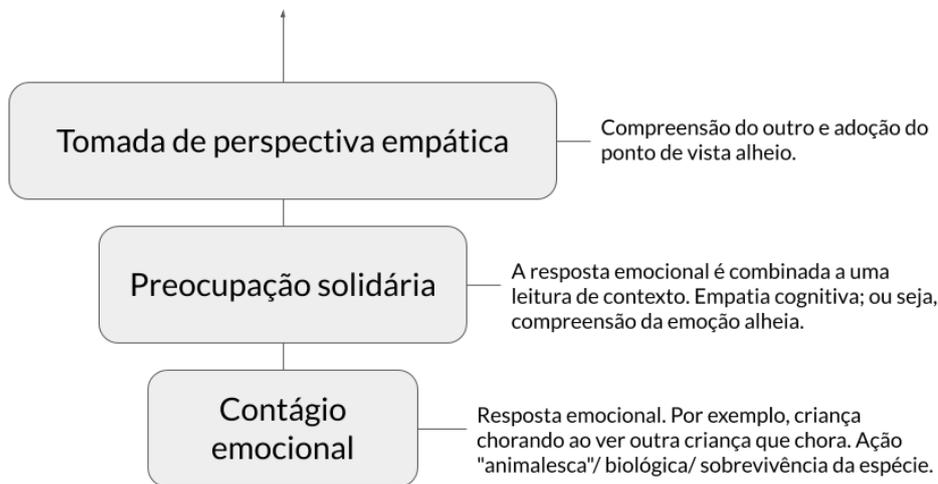
Em relação à empatia afetiva/cognitiva, três subtipos se apresentam: a empatia de tomada de perspectiva, que diz da tendência de imediatamente compreender e adotar a perspectiva do Outro (DE WAAL, 2008; ROGERS, DZIOBEK, HASSENSTAB, WOLF e CONVIT, 2007; GASPAR, 2014) ; a da fantasia, que se refere à tendência de se imaginar em situações fictícias, vivenciando fortemente as emoções de um personagem de livro ou filme (GASPAR, 2014) e a empatia estratégica ou tática, que diz de fazer uso consciente de um comportamento ou ação empática para

³⁸ Este subtipo não é consenso na literatura, pois autores se referem a ele também como um aspecto de desenvolvimento, entendendo que não se imiscuir na dor alheia é uma habilidade adquirida/desenvolvida no tempo (LAMM, BATSON e DECETY (2007).

atingir determinado fim. Esta última é fruto de bastante discordância na literatura, pois diz de um comportamento relacionado a outras esferas psicológicas, como, por exemplo, o caráter³⁹.

Para De Waal (2008), há uma espécie de verticalidade em níveis ou evolução nos tipos de empatia (Figura 14). O pesquisador que associa o comportamento empático em humanos e animais indica que existem evidências crescentes de que o cérebro é programado para a conexão social, e que a empatia pode muito bem fornecer motivação para que indivíduos que trocaram benefícios no passado continuem fazendo o mesmo no futuro. Segundo ele, portanto, há uma conexão profunda entre empatia e altruísmo, e que observando a tomada de perspectiva empática é possível aferir que há uma predisposição da espécie humana para atuar altruisticamente em nome do próximo e bem coletivo.

Figura 14. Evolução dos tipos de empatia



Fonte: Elaborado por mim com base em De Waal (2006)

A pesquisa de De Waal e de outros biólogos evolucionistas, bem como sociólogos e psicólogos questionam a visão dos últimos trezentos anos que formaram a ideia do homem como sujeito egoísta, preocupada com a sobrevivência de si próprio e com fins individualistas. Segundo Krznaric, as pesquisas das últimas três décadas têm colocado em cheque esse imaginário da criatura individualista para a compreensão do homem como

³⁹ Um psicopata, que não tem empatia real, pode mimetizar um comportamento empático para atingir um determinado objetivo, por exemplo.

homo empathicus - criaturas fisicamente equipadas para sentir empatia. Segundo a autora:

Essa mudança radical em nossa concepção de quem e do que somos começou a se infiltrar na vida pública, inspirando um novo modo de pensar sobre como educar nossas crianças, como organizar nossas instituições e o que realmente precisamos para o nosso bem-estar pessoal. "Cuidar de si mesmo" está se tornando uma aspiração ultrapassada à medida que começamos a perceber que a empatia está no cerne do ser humano. Estamos no meio de uma grande transição da era cartesiana de "Penso, logo sou" para uma era empática de "Você é, logo sou". (Krznaric, 2015, p. 9, tradução minha).

Retomando o conceito de Hutchinson de "fronteiras permeáveis", pode-se compreender que o profissional da saúde precisa ser empata, mas sem se imiscuir na dor ou nas demandas psicológicas e emocionais do seu paciente ou colega de equipe. Ou seja, ele precisa conseguir "se separar" do contexto e do Outro, mas permitir uma troca saudável de emoções. Tomemos um seguinte exemplo: Uma enfermeira atende um paciente recém-divorciado e que se encontra tendo que fazer múltiplas sessões de diálise. Ele afirma estar muito só e muito triste, desesperançoso e comumente acaba sendo agressivo com a equipe. Esta enfermeira precisa conseguir compreender o sofrimento do seu paciente, procurando caminhos para ajudá-lo a seguir com o tratamento da melhor maneira possível, inclusive, apoiando-o a respeitar os demais, e controlar sua raiva e ansiedade. Para isso, ela precisa tanto de uma capacidade empática (empatia de tomada de perspectiva e empatia compassiva), quanto de um certo distanciamento, que permita avaliar o contexto e a trajetória do paciente para ajudá-lo.

De acordo com Krznaric (2015), é possível desenvolver a empatia humana com exercícios concretos, independente do tipo de personalidade e temperamento da pessoa, seja ela introvertida ou extrovertida, aventureira ou cautelosa, grande conhecedora de emoções ou não. A autora propõe o exercício de seis hábitos empáticos, a depender da disponibilidade e possibilidades de cada um. São eles: 1) compreender e internalizar a ideia de que a empatia está no cerne da natureza humana e pode ser expandida ao longo da vida; 2) fazer um esforço consciente para colocar-se no lugar das outras pessoas, reconhecendo sua humanidade, individualidade e perspectivas; 3) explorar vidas e culturas diferentes das próprias por meio de imersões diretas, viagens empáticas e cooperação

social; 4) incentivar a curiosidade por estranhos e a escuta radical, inclusive, expondo as próprias emoções; 5) fazer uso das artes (artes plásticas, literatura, cinema) e até das redes sociais para transportar-se para as mentes de outras pessoas e 6) gerar empatia em larga escala, inspirando pequenas ou grandes revoluções que estendam as habilidades empáticas adquiridas.

Dessa forma, o TDH propõe um conjunto de atividades focadas em treinar e desenvolver a empatia: estudos de caso, compartilhamento de histórias e imersões nas linguagens artísticas (tanto na apreciação, quanto na confecção) que convocam o profissional a se examinar e se compreender, perceber o Outro e atuar ativamente para empatizar com as demandas que este Outro apresenta em cada contexto único e individual do atendimento e do trabalho em equipe.

Comunicação

As habilidades empáticas, segundo Souza Reis (2019), são absolutamente necessárias para uma comunicação efetiva e não-violenta, requerimento *si ne qua non* para um atendimento humanizado e passo estruturante do TDH. De acordo com a autora, é inicialmente necessário compreender que o conflito é inerente ao convívio social e que este nem sempre é negativo

posto que, conforme indica Georg Simmel, o conflito pode produzir ou modificar grupos de interesse, uniões, organizações (Simmel, 1983, p. 122). Assim, antes de se percebê-lo como sempre negativo, desagregador, pode-se igualmente olhá-lo como um elemento que compõe uma sociedade democrática e pluralista. O mais importante aqui é perceber qual o modo de administração do conflito elegido, posto que várias são as formas e nem todas elas são saudáveis, digamos assim, posto que envolve violência e dizimação da parte contrária, do pensamento dissonante. (SOUZA REIS, 2019, p.5).

O conceito de comunicação não-violenta proposto por Rosenberg (2006) diz de uma comunicação empática e efetiva que tem como foco estabelecer o diálogo a partir de valores comuns entre as partes, fazendo distinções claras entre observações e juízos de valor; sentimentos e opiniões; necessidades e estratégias; e pedidos e exigências. Ao ter como base a empatia e o reconhecimento da identidade e humanidade do Outro, evitam-se comportamentos discriminatórios, preconceituosos e

intolerantes, facilitando a mediação de conflitos e construção coletiva e colaborativa de consensos.

Na humanização em saúde, como apresenta a Arte Despertar (s/d, p.) é "com base em relações sólidas de confiança, respeito e colaboração que o trabalho profissional em equipe atinge máximo resultado com mínimo esforço". E retomando Maturana e Rezepka:

A cooperação ocorre na prática da atividade que se aprende quando essa prática é vivida no respeito mútuo [...] O respeito mútuo é fundamental [...] porque amplia a inteligência ao entregar aos participantes, na aprendizagem, a possibilidade de dar um sentido próprio ao aprender e ao que se aprende.
(MATURNA e REZEPKA, 2001 apud Arte Despertar, s/d, p.11).

Dessa forma, as habilidades comunicacionais devem estar relacionadas com as demais habilidades socioemocionais, que dizem do desenvolvimento da autopercepção, empatia e espírito colaborativo. Ou seja, a qualidade da comunicação do profissional da saúde com a sua equipe e com seus pacientes e acompanhantes destes é fruto de um esforço anterior - de compreender sua identidade e de exercitar a alteridade de forma empática. Porém, é necessário que o profissional desenvolva sua capacidade comunicativa, compreendendo quais os melhores caminhos para emissão de uma mensagem e como evitar ou ultrapassar os ruídos presentes a fim de que o receptor a compreenda da melhor forma possível.

Cada vez mais escolas e centros de formação em saúde vêm investindo no treinamento de técnicas comunicacionais (SANSON-FISHER e COCKBURN, 1997; HAQ, STEELE, MARCHAND, SEIBERT e BRODY, 2004) e, assim como na perspectiva da medicina integrativa, utiliza-se o termo Comunicação Centrada no Paciente (CPP).

Comunicação Centrada no Paciente

Inicialmente é preciso compreender que a escolha das técnicas apropriadas de comunicação depende da formação cultural do profissional. Na saúde, existem dois principais sistemas culturais em funcionamento: a cultura médica na qual os profissionais foram treinados e atuam e a sociedade não médica em que os profissionais cresceram, foram criados e

agora vivem. Ou seja, os requisitos de um profissional da saúde em relação à comunicação médica diferem dos necessários em outras partes da vida, como socializar com amigos, fazer compras etc. Portanto, há um desafio de base quando entende-se que o profissional deve considerar e processar uma vasta gama de informações que não são compreensíveis para o público leigo - é preciso traçar uma ponte entre as duas esferas da vida deste profissional, trazendo a informação até então inacessível na esfera do paciente, aproximando a sociedade médica da não médica⁴⁰.

Uma Comunicação Centrada no Paciente pressupõe então que essa tradução seja específica para o contexto, formação cultural, necessidades e expectativas do paciente. Novamente, o profissional da saúde é convidado a partir do Outro, e da compreensão da diversidade humana para escolher as melhores formas de explicar, compreender ou negociar o curso de tratamento ou condições de saúde do mesmo.

De acordo com o Physicians Apply, iniciativa do Conselho de Medicina do Canadá, existem inúmeras ferramentas utilizadas para apoiar o profissional no diálogo com seu paciente: formulários, checklists, roteiros de entrevista, roteiros de triagem... enfim, são muitos os caminhos, mas estes dependem, acima de tudo, da postura verbal e não verbal, do interesse e da capacidade de tradução do sujeito emissor da mensagem.

Recuperando a perspectiva enunciada por Stewart et al (2013), que discutiram as seis dimensões de uma medicina centrada no paciente, a Universidade de Toronto propôs um Programa Estandarizado para Pacientes, que enuncia com clareza técnicas, estilos e atitudes que devem ser observadas em uma ação centrada no paciente (Quadro 7). Idealmente, o profissional deve conseguir responder aos critérios técnicos e atitudinais de acordo com o contexto e demanda do paciente.

⁴⁰ Discussão adaptada do módulo de comunicação do curso Physicians Apply, iniciativa do Conselho de Medicina do Canadá. É digno de nota que o Canadá é referência mundial na pesquisa e treinamento de Comunicação Centrada no Paciente.

Quadro 7. Técnicas, estilos e atitudes dos profissionais na humanização em saúde

O que o sujeito faz	Técnicas	
	<i>Ferramentas utilizadas para expressar estilos e atitudes</i>	
	Endereçar desentendimentos ou discordâncias	Priorizar
	Pedir permissão	Qualificar
	Fazer "pontes"	Quantificar
	Clarear	Refletir
	Explicar porquê determinadas perguntas são/ estão sendo feitas	Reiterar
	Facilitar	Repetir
	Estabelecer conexões	Resumir
	Negociar	Usar a linguagem do paciente
	Tornar normal	Validar
	Parafrasear	
Como o sujeito faz?	Estilos	
	<i>Comportamentos ou como as atitudes são expressas</i>	
	Escuta ativa	Estilo de fala
	Responde a indicações verbais e não verbais	Ajusta a mensagem para o nível de compreensão do paciente
	Faz uso de silêncios e interrupções de forma apropriada	Ritmo de fala é apropriado ao contexto
	Verifica a compreensão e estado emocional do paciente	Vocabulário é apropriado ao contexto
	Estilo de perguntar	Jargão é apropriado ao contexto

	Faz uso apropriado de perguntas abertas	Organização
	Faz uso apropriado de perguntas fechadas	Flexibilidade (segue as deixas do paciente, não se atendo rigidamente a um plano pré-determinado)
	Faz uso apropriado de perguntas diretivas	Foco e uso do tempo apropriados
	Faz uso apropriado de perguntas com múltiplas respostas	Coleta informação biomédica em quantidade e qualidade
	Comunicação não-verbal	Coleta informação psicossocial em quantidade e qualidade
	Expressões faciais apropriadas	Integra ativamente a informação biomédica e psicossocial para compreender o contexto completo
	Contato visual	
	Linguagem corporal	
Quem o sujeito é?	Atitudes	
	<i>Ponto de vista, informado por valores, cultura e contexto</i>	
	É empático	Tem autoconsciência
	Compreende a experiência do paciente	Não julga
	Comunica esse entendimento ao paciente	Está ciente das próprias suposições
	Verifica com o paciente as informações obtidas	Tem a mente aberta
	É honesto	Diálogo profissional
	Fala a verdade	Encoraja discussão e feedback
	Admite não saber/ deter determinado conhecimento	Busca um "terreno comum"
		Respeita os pontos de vista do paciente

		Busca que o paciente sintá-se à vontade
--	--	---

Fonte: Elaborado por mim com base em Stuart et al. (2013).

Por exemplo, se o paciente tem alguma familiaridade com termos médicos, ele pode lançar mão de um jargão da área; mas se o mesmo não tem esse conhecimento, ele deve conseguir traduzir as palavras, reconhecendo a experiência e necessidades apresentadas. Ao mesmo tempo, ele precisa estar ciente de sua linguagem corporal: falar corretamente, mas demonstrar enfado, revirando os olhos, por exemplo, tem efeito possivelmente até mais negativo do que simplesmente não escutar adequadamente o paciente.

De acordo com o Physicians Apply, também é importante observar que uma consulta não é necessariamente centrada no paciente apenas porque técnicas, estilos e / ou atitudes centradas no paciente são usadas arbitrariamente uma ou duas vezes em uma entrevista, de maneira desconectada e/ou na tentativa de demonstrar uma suposta compreensão do sujeito. Essa abordagem geralmente se revela mecânica e artificial, no lugar de algo experienciado autenticamente. Uma abordagem centrada no paciente significa que todos os três níveis estão operando de maneira consistente e contínua, apoiando e alimentando um ao outro de maneira integrada ao longo do diálogo.

Haq et al (2004) também definem esse conjunto de habilidades e atitudes comunicativas necessárias aos profissionais da saúde, organizando-as em etapas do encontro clínico (Quadro 8). Novamente, embora focadas em médicos, essas habilidades podem ser adaptadas aos demais profissionais. Por exemplo, um enfermeiro, ao fazer as rondas nos leitos, pode perguntar ao paciente se ele tem dúvida sobre determinada medicação, perguntar como ele está se sentindo e se o desconforto diminuiu, discutir como está sendo o dia do paciente, etc. Ou um recepcionista do setor de internação pode apoiar o familiar indicando os melhores caminhos para conseguir determinado formulário, sorrir e perguntar como o visitante está se sentindo, etc.

Quadro 8. Habilidades comunicacionais organizadas pelas etapas do encontro clínico

Inicie a discussão

- Se apresente e explique seu papel
- Cuide do desconforto do paciente (ex. dor) e busque que ele se sinta confortável
- Busque as razões da visita
- Permita que o paciente termine sua explanação inicial sem interrupções ou comentários que mudem o foco de seu pensamento
- Defina a pauta da consulta

Colha informações

- Equilibre o uso de perguntas abertas e fechadas
- Faça uso de habilidades de escuta ativa para facilitar que o paciente conte sua história (ex. uso de facilitadores verbais e não verbais, solicitações para que o paciente explique melhor determinado ponto, paráfrase, sumário sobre as discussões)
- Extraia informação suficiente para que você possa descrever e caracterizar sintomas que definam o desconforto do paciente

Entenda a perspectiva do paciente

- Explore os fatores contextuais (ex. família, gênero, questões culturais, status socioeconômico)
- Descubra as crenças, medos e preocupações, expectativas e explicações do paciente sobre as questões apresentadas
- Responda de maneira acolhedora, sem julgamentos e de forma empática aos sentimentos apresentados pelo paciente

Compartilhe informações

- Explique de forma clara e evite jargão médico, buscando o entendimento do paciente
- Verifique o entendimento do paciente e o corrija, se necessário
- Encoraje que o paciente faça perguntas

Chegue a um acordo sobre os problemas e plano a ser seguido

- Encoraje o paciente a participar das decisões na medida em que ele se sentir confortável para isso
- Acesse a disposição e intenção do paciente em dar sequência ao plano de tratamento acordado

- Identifique possíveis recursos e engaje o paciente na resolução de eventuais problemas
- Negocie diferenças em perspectivas, entendimento e objetivos

Encerre a consulta

- Ofereça oportunidades adicionais para o paciente expor preocupações e fazer perguntas
- Resuma e confirme o acordo sobre o plano de ação
- Discuta o retorno (*follow up*)

Fonte: Adaptado por mim de Haq et al. (2004).

Grosso modo, as técnicas e atitudes apresentadas no quadros 7 e 8 são as técnicas discutidas e defendidas pela premissa da comunicação não-violenta e pelo guarda-chuva das habilidades socioemocionais. Isto é, comunicar-se adequadamente diz de uma postura do profissional que, como indicam as Big Five, está aberto ao novo, e é consciente de si, amável, emocionalmente estável e consegue se relacionar com o Outro de forma empática. Dessa forma, o TDH propõe que este sujeito possa ao se reconhecer e perceber o Outro empaticamente, conseguir desenvolver as habilidades técnicas necessárias em comunicação (saber falar, escutar, traduzir, perguntar, etc.) para estabelecer um relacionamento centrado no paciente, e no seu cuidado digno e humanizado.

Como estratégia o TDH lança mão de situações clínicas que evocam a diversidade humana e a complexidade da clínica cotidiana, questão considerada de suma importância por Sanson-Fisher e Cockburn (1997), que estabeleceram critérios para a discussão de casos em atividades de formação em comunicação para profissionais da saúde. São eles:

- (1) o problema deve ser encontrado com frequência na prática clínica;
- (2) a questão deve estar associada a um alto ônus trazido por uma doença;
- (3) deve haver evidências de que os profissionais precisam melhorar as habilidades para lidar com o problema;
- (4) deve haver uma compreensão clara de quais habilidades de comunicação são comprovadamente eficazes para lidar com a questão clínica;
- (5) a intervenção deve representar um meio realista economicamente de lidar com a questão;
- (6) a intervenção deve ser aceitável pelos médicos e ser capaz ser incorporado na prática médica de rotina;
- (7) a intervenção deve ser aceitável para os pacientes. (SANSON-FISHER e COCKBURN, 1997, p. 52).

Ou seja, para os pesquisadores, atividades de discussão e leitura de cenários devem partir do "mundo real" e ter soluções exequíveis no mundo real, considerando custos financeiros, contexto concreto do sistema de saúde local e pacientes com questões reais e usuais, e necessariamente é preciso que a questão de comunicação seja de fato uma demanda das equipes e/ou institucional, identificada concretamente como um problema ou desafio a ser lidado pela organização.

De acordo com Haq et al (2004) outras estratégias também são comprovadamente eficientes na formação em comunicação de profissionais da saúde e vem sendo utilizadas tanto em cursos de graduação como de pós em diferentes universidades dos Estados Unidos; entre elas: observação de rondas com profissionais considerados qualificados na questão⁴¹, discussões em grupos pequenos, gravar, assistir e comentar com o profissional uma consulta, visita em casa a um paciente com enfermidade crônica, palestras motivacionais e palestras sobre o uso de estratégias de comunicação na saúde, workshops utilizando encenação e imaginação de esquetes sobre o cotidiano médico, workshops para solução individual e coletiva de casos ou situações, mentorias e acompanhamentos com preceptores e acompanhamento de visitas clínicas. Entre os temas debatidos nas atividades formativas, Haq et al (2004) destacam a educação do paciente e promover mudanças comportamentais, habilidades para construir relacionamentos médico-paciente, resolução de conflitos e habilidades de negociação, como dar más notícias e como lidar com alto nível de desconforto do paciente, trabalho com grupos específicos como familiares ou adolescentes, habilidades de comunicação intercultural, cuidado paliativo e de fim de vida e diretrizes antecipadas, questões psicossociais do paciente como espiritualidade, sexualidade, violência.

Novamente chama atenção como a diversidade humana se apresenta como um desafio para o cuidado humanizado. Portanto, o TDH apoia o profissional a reconhecer que não há um paciente único - padrão; que cada caso é único e exige uma leitura contextual particular. Especialmente em questões difíceis como diretrizes antecipadas ou cuidados paliativos, o profissional deve ser sempre regido pela ética médica, tomando o interesse do paciente como central, mas sem violar seu direito à privacidade e culturas próprias.

⁴¹ Profissionais considerados não apenas bons comunicadores, mas que atuam com foco na experiência e centralidade do paciente e cuidado humanizado.

Segundo Haq et al (2004, p. 49, tradução minha), "alunos desenvolvem habilidades de comunicação observando os outros e praticando essas habilidades em ambientes onde eles podem receber feedback", reforçando a importância de que o espaço formativo seja um espaço colaborativo e, conseqüentemente, comunicativo. Por isso, as estratégias do TDH pressupõem que o profissional possa dialogar não apenas consigo próprio, refletindo sobre suas experiências, mas com seus pares e com profissionais de outras carreiras na saúde. A ideia é que a troca de vivências, informações e percepções apoie não apenas a ampliação de repertório do profissional, mas fortaleça sua disposição ao Outro, conhecendo novas histórias e contextos não apenas de pacientes, mas de outros colaboradores da área.

Relacionamento

Como última etapa do ciclo formativo do TDH, propõe-se que o profissional discuta e desenvolva caminhos para estabelecer uma relação de vínculo e humanizada com seus pacientes e equipe. De acordo com Emanuel e Dubler (1995), o relacionamento médico-paciente⁴² ideal pode ser resumido em seis dimensões, ou seis "Cs": capacidade escolha, competência, comunicação, compaixão, continuidade e (ausência) de conflito de interesse⁴³. Para os autores, utilizando o sistema estadunidense de saúde como exemplo, há uma diferença na experiência do atendimento gratuito/filantrópico e do atendimento privado, discussão que, em alguma medida, pode ser transposta para o Brasil.

Entre os paralelos com a discussão proposta por Emanuel e Dubler (1995), destaca-se o fato de que, no sistema público, salvo raríssimas exceções, os pacientes não podem escolher seu médico de preferência e muitas vezes o mesmo não é acompanhado pelos mesmos profissionais ao longo do tratamento. Paralelamente, com a pressão financeira das administradoras, o relacionamento médico-paciente é ameaçado pela falta de avaliações contínuas de competência dos profissionais, falta de espaços formativos dos mesmos e objetivos de produtividade que, muitas vezes, ameaçam a boa comunicação com o paciente e, em alguns casos,

⁴² Embora focada no profissional médico, é possível compreender as dimensões também na relação dos outros profissionais entre si e com seus pacientes.

⁴³ Do inglês, six C's: choice, competence, communication, compassion, continuity, and (no) conflict of interest (EMANUEL e DUBLER, 1995).

condicionam a relação por interesses que podem ser conflituosos. Estas questões também estão presentes na configuração do sistema privado, principalmente na estrutura dos planos de saúde e na relação destes com as instituições médicas.

Para os autores, então, é necessário reconhecer que um bom relacionamento médico-paciente não é fruto apenas das intenções e esforços do profissional da saúde, uma vez que ele está imerso em um conjunto de normas, regras e modos de funcionamento que afetam direta ou indiretamente sua atuação e, conseqüentemente, os laços que estabelece com sua equipe e com quem atende. Dessa forma, é necessário que as instituições e governos avancem em aumentar a oferta de ações e fortaleçam a escolha dos pacientes em ações preventivas; façam que as avaliações de qualidade do serviço e do profissional sejam rotineiras; e qualifiquem o trabalho colaborativo entre os profissionais da saúde que estão na ponta e os administradores das instituições e serviços, como os dos planos de saúde. Os autores reconhecem que estas mudanças precisam ser operadas com atenção, uma vez que sua implementação sem critérios poderia prejudicar ainda mais o relacionamento médico-paciente: a escolha do paciente poderia ser restritiva e determinada pelos administradores; indicadores frágeis poderiam nivelar "por baixo" a competência dos profissionais; o foco na qualidade poderia ser secundário em nome da eficiência financeira dos serviços; sistemas de bonificação de profissionais (por produtividade ou por bons resultados avaliativos) poderiam gerar conflitos de interesse e disputas internas nas equipes, diminuindo a colaboração nos ambientes de atendimento; entre outros exemplos.

Nessa discussão é interessante retomar os esforços da estratégia de Saúde da Família, que, em sua programação, objetiva alcançar um sistema de referência e contra-referência, que garantiria ao paciente o acompanhamento de uma mesma equipe. Os agentes comunitárias de saúde são um bom exemplo: eles acompanham o paciente em suas casas, estabelecem vínculos com o próprio e com seus familiares e tornam-se poderosos aliados no fortalecimento das ações preventivas e cuidados básicos (BORNSTEIN e STOTZ, 2008).

Ações do profissional da saúde

Embora o desafio não seja apenas do profissional, este precisa atentar para as questões cotidianas de sua atuação, e é sobre estes aspectos - que cabem aos indivíduos - que se debruça o caminho formativo do TDH.

De acordo com Chipidza, Wallwork e Stern (2015), a relação médico-paciente pode ser compreendida em quatro elementos: confiança, conhecimento, consideração e lealdade. De acordo com os autores, o relacionamento do profissional de saúde com seu paciente envolve vulnerabilidade e confiança, e, dada a complexidade da natureza humana, nem sempre este relacionamento se estabelece da melhor forma possível.

Em seu cerne, o relacionamento entre o profissional e o paciente representa (...) uma relação fiduciária, na qual, ao entrar no relacionamento, o médico concorda em respeitar a autonomia do paciente, manter a confidencialidade, explicar opções de tratamento, obter consentimento informado, oferecer o mais alto padrão de atendimento e se comprometer a não abandonar o paciente sem lhe dar tempo adequado para encontrar um novo médico. (CHIPIDZA, WALLWORK e STERN, 2015, s/p, tradução minha).

Tamanha a importância e singularidade desse relacionamento que muitas vezes pacientes revelam aos profissionais segredos, preocupações e medos que não foram partilhados com mais ninguém. A confiança que se estabelece nessa relação é única, vincular e protegida pela própria natureza do cuidado em saúde. Assim, de acordo com Chipidza, Wallwork e Stern (2015), conhecimento se refere tanto ao que o profissional conhece do paciente, quanto o que o paciente conhece do profissional; confiança envolve tanto a fé do paciente na competência do profissional, quanto a certeza do profissional de que o paciente lhe trará os sintomas que sente; lealdade se refere à disposição do paciente de desculpar o profissional por qualquer inconveniência ou falha e ao compromisso do médico que não abandonar o paciente; e a consideração implica que o paciente sente que o profissional o vê como indivíduo e está "do lado dele".

São aspectos consensuais na literatura vigente sobre a relação profissional-paciente e que precisam de atenção no caminho formativo do TDH os seguintes temas: Continuidade do Relacionamento,

Consentimento, Confiabilidade e Privacidade e Comunicação intercultural e Ética na diversidade⁴⁴.

Continuidade do relacionamento

Segundo Goold e Lipkin (1999), os profissionais - em especial os médicos - devem focar na continuidade, tanto na relação com seus pacientes, quanto com os demais membros da equipe e com a própria organização. A confiança, segundo eles, é mais concreta quando o relacionamento tem um histórico de confiabilidade, advocacy, beneficência e boa vontade. A continuidade encoraja a confiança, provê uma oportunidade para pacientes e profissionais se conhecerem como pessoas e estabelece fundações para a tomada de decisão com cada indivíduo em sua particularidade e unicidade, além de permitir que os profissionais possam advogar melhor por seus pacientes.

Goold e Lipkin argumentam que práticas e normativas padrões e estandardizadas - muitas vezes utilizadas na contenção de custos - são moralmente neutras, e, embora algum tipo de padrão seja necessário, é preciso que os profissionais (e conseqüentemente as organizações) advoguem pelas necessidades singulares de seus pacientes. Nem todos se enquadrarão no mesmo tipo de atendimento, na mesma forma de operar determinado protocolo ou tratamento.

Isso não quer dizer que os médicos devam ignorar as implicações de custo de suas decisões, ou que eles não devem se preocupar com a administração de recursos; apenas que sua principal responsabilidade como médicos deve ser o cuidado de seus pacientes. (GOOLD e LIPKIN, 1999, p. S30, tradução minha, grifo meu).

Dessa forma, os profissionais devem tanto zelar pela qualidade do atendimento, lutando por recursos e estruturas adequadas, e atuando como "pontas de lança" ao tomarem decisões clínica e humanamente adequadas relevantes para promover o cuidado em suas instituições. Em alguma medida, o relacionamento com o paciente exige uma responsabilidade também financeira do profissional: uso prudente dos recursos, sem desperdício é, sem dúvidas, uma forma de proteger o

⁴⁴ Os termos foram criados por mim, com base em diferentes correntes e autores, a fim de agrupar temas potencialmente interessantes no caminho formativo do TDH e que ressoam com o trabalho historicamente realizado pela Arte Despertar.

interesse do paciente, e advogar pelo seu cuidado adequado⁴⁵. Ao mesmo tempo, é também dever do profissional atentar para como são pagos e qual influência a forma de pagamento tem no cuidado com seus pacientes, tomando a devida atenção para que tais preocupações não invadam indevidamente as decisões clínicas. Para os autores:

Os esquemas de remuneração devem ser examinados quanto a essa possibilidade, prestando atenção ao número de pacientes afetados pelo sistema, à capacidade de espalhar riscos em uma grande população de pacientes no caso de esquemas de pagamento capitulados, aos objetivos implícitos e explícitos das estratégias remuneratórias (incluindo contenção custos, mas também potencialmente de qualidade, satisfação do paciente, continuidade do tratamento e outros objetivos que afetam a dignidade e experiência do usuário no curso do tratamento). (...) É importante reconhecer que grandes pagamentos por remuneração e salários sem critérios de produtividade ou padrões de qualidade têm a mesma probabilidade de influenciar o atendimento de pacientes e devem ser examinados com a mesma seriedade. Da mesma forma, coisas como o tamanho do quadro de pacientes de um médico, sua variedade cultural ou morbidade podem afetar os relacionamentos devido à sua influência no tempo disponível por visita do paciente. (GOOLD e LIPKIN, 1999, p. S30, tradução minha).

Por fim, também relacionado à continuidade do relacionamento, os autores discutem a necessidade de profissionais manterem a relação com seus pacientes mesmo quando estes estão saudáveis; seja em atividades preventivas, seja simplesmente para verificar como estão passando, em consultas de rotina, check-ups anuais, etc. Para Goold e Lipkin (2009, p. S31, tradução minha), "algo simples como um cartão postal com um lembrete sobre a consulta anual (com o nome do profissional) pode ajudar pacientes a perceber que seus médicos 'sem rosto' se preocupam com eles."

⁴⁵ Goold e Lipkin (1999) citam como exemplo o uso excessivo de testes, e confiabilidade nas tecnologias, deixando de lado o diagnóstico. Esta dinâmica, além de não necessariamente a melhor resposta clínica, gera custos coletivos e mais lentidão no sistema - especialmente na dinâmica com os planos de saúde. Segundo os autores, os testes devem vir como resposta ao que foi identificado em uma conversa de qualidade, que levante possibilidades diagnósticas atentas às questões de saúde e psicossociais como um todo.

Consentimento, privacidade e confiabilidade

A confidencialidade é um aspecto legal, que visa proteger a relação médico-paciente, mas que se estende também a outros profissionais da saúde⁴⁶, como psicólogos (AZEVEDO ARAUJO e XAVIER, 2005), odontólogos e enfermeiros (DIAS, GOMES, DE ANDRADE BARBOSA, SOUZA, DE FREITAS ROCHA e de MELO COSTA, 2013). Porém, mais do que uma questão jurídica, a confidencialidade diz da importância e de preservar a relação entre profissionais e pacientes e do acordo ético e moral que se firma no curso de um tratamento, preservando o direito de todos os indivíduos à intimidade. Com origens no juramento Hipocrático, e amparado, no Brasil pela Constituição Federal, Código Penal, Código de Ética Médica e Conselho Federal de Medicina, o princípio do sigilo diz de uma formação humanista necessária ao profissional da saúde. Isto é, mais do que cumprir preceitos legais, o profissional precisa compreender a importância da confidencialidade como um pilar de sua relação com o paciente (FRANCISCONI e GOLDIM, 1998; YAMAKI, TEIXEIRA, DE OLIVEIRA, YASOJIMA e DA SILVA, 2014).

Segundo Francisconi e Goldim (1998, s/p.), o sigilo médico é uma conquista da sociedade, e "se estende a todos os demais profissionais das áreas de saúde e administrativa, incluindo-se as secretárias e recepcionistas que tenham contato direto ou indireto com as informações obtidas". Ou seja, a vida médica e psicológica do paciente deve ser fundamentalmente resguardada por todos que atuam no sistema ou "um compromisso de todos e para com todos".

Ao mesmo tempo, Francisconi e Goldim (1998, s/p.) reiteram que sigilo entre profissionais da saúde e paciente não se estende aos seus familiares, que não raro, solicitam que o profissional minta ou omita informações aos pacientes, com a premissa de resguardá-los. Porém, neste caso, manter uma informação em sigilo do paciente seria também violar a confidencialidade da relação, negando ao paciente uma informação que lhe é de direito. Assim, para os autores, é preciso compreender que cada situação é única e se apresenta com um conjunto de dilemas éticos e morais, convocando que o profissional compreenda bem "os aspectos psicodinâmicos envolvidos e discuti-los claramente com

⁴⁶ Dias et al. (2013, p.449) indicam que o sigilo se aplica a todos os profissionais da saúde; ou seja "tutela-se a liberdade individual relacionada à inviolabilidade dos segredos, no que tange à oferta de serviços de saúde."

a família ou com o paciente, conforme o caso, antes de tomar uma decisão séria como esta: enganar deliberadamente a alguém", tendo como a "única justificativa moralmente aceitável para que o médico omita a verdade é a de que o bem maior para o paciente, naquela circunstância específica, é não ter acesso a uma dada informação." Cabe então aos profissionais também decidir, em nome de seu paciente, como um compromisso ético, quando e como revelar as informações, buscando seu bem estar e compreensão da situação, sem nunca lhe negar seus direitos tanto à privacidade, quanto à informação.

Essa complexa trama de privacidade do paciente e a confidencialidade que ele tem com seu profissional exige que o profissional reflita sobre suas crenças, valores e questões culturais. Definir os caminhos para contar uma má notícia, assegurar a correta participação da família, mediar relações do paciente com seus acompanhantes e, eventualmente, necessidade de quebrar o sigilo⁴⁷ são todas questões que perpassam não apenas a ética profissional, mas o código moral de cada profissional. Estes limites são bastante complexos e sempre únicos em um relacionamento profissional-paciente. Embora existam protocolos e normas institucionais, o profissional deve sempre atentar para o contexto de cada paciente, suas necessidades psicossociais e de saúde e para seu próprio julgamento moral ao tratar esse indivíduo. Dessa forma, o TDH visa que o profissional recupere o conhecimento de si próprio, a visão empática do Outro e as habilidades comunicacionais desenvolvidas para tomar a melhor decisão para com o paciente, tanto do ponto de vista clínico, quanto para assegurar que seu cuidado seja humanizado.

Comunicação intercultural e Ética na diversidade

E é justamente nessa perspectiva que o relacionamento deve ser pautado pela aceitação da diversidade, garantindo que as visões e crenças individuais dos profissionais não se tornem fatores de exclusão ou julgamento sobre os pacientes, prejudicando a conduta e a tomada de decisões do profissional e, logicamente, o vínculo e relacionamento entre eles.

⁴⁷ A quebra de sigilo é autorizada no Brasil pelo chamado "motivo justo" ou "justa causa" e/ou por determinação da justiça. O motivo justo é subjetivo e requer a explanação do médico para tal feito que, então deverá responder qual foi o crivo utilizado para tal ação. Ver mais em: <http://www.portalmedico.org.br/regional/crm-sc/manual/parte3c.htm>

Dessa forma, o participante no TDH é convidado a refletir sobre sua comunicação com o paciente e familiares, compreendendo sua origem e culturas, especialmente em uma sociedade cada vez mais multicultural como a brasileira. Reconhecer as diferentes identidades é fundamental para que o relacionamento profissional-paciente seja pautado pela ética. Entender a hora de encerrar um tratamento de uma pessoa com doença terminal, garantir à família de um imigrante que não fala a língua a explicação sobre o processo de internação, atender com acolhimento uma adolescente que realizou um aborto clandestino, aceitar a opção de uma senhora idosa e doente de não ir ao hospital, discutir com colegas a internação compulsória de um jovem com tendências suicidas, lidar com uma família Testemunha de Jeová que não aceita a transfusão de sangue para seu filho, são alguns exemplos de dilemas cotidianos da clínica que exigem a disposição ao Outro e amplo repertório intercultural.

Todas as decisões que afetarão este relacionamento devem partir do compromisso do cuidador com o cuidado, garantindo-lhe, ao mesmo tempo, a resposta à confiança que foi depositada nessa relação. Por isso, é cada vez mais comum a demanda dos profissionais da saúde por formações em como lidar com a diversidade e multiculturalidade da sociedade contemporânea.

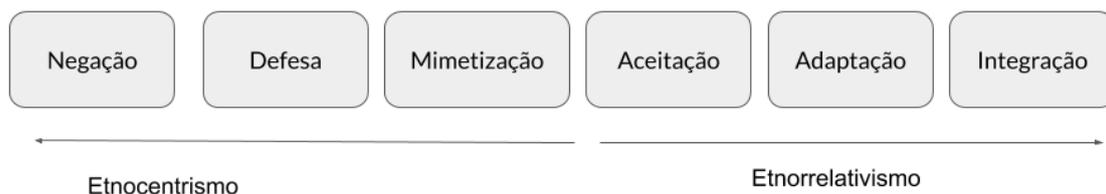
Nessa perspectiva Bennet indica que conforme as pessoas tornam-se mais competentes interculturalmente, parece haver uma grande mudança na qualidade da experiência/ relacionamento entre profissional e paciente. Essa trajetória foi nomeada pelo autor de mudança do etnocentrismo para o etnorelativismo:

Eu usei o termo "etnocentrismo" para me referir à experiência do próprio que tem sua cultura como "normativa da realidade". Com isso, quero dizer que as crenças e comportamentos que as pessoas recebem em sua socialização primária são inquestionáveis e tudo é então entendido como "é assim que é". Eu cunhei o termo "etnorelativismo" para significar o oposto de etnocentrismo - a experiência das próprias crenças e comportamentos como apenas uma organização da realidade entre muitas possibilidades viáveis. (BENNET, 2004, p. 62).

Para o autor há uma gradação entre ser etnocentrista e etnorelativista que pode ser expressa em seis graus ou formas de experiência distintas (Figura 15), tendo a mais etnocêntrica das experiências nomeada como

negação da diversidade cultural, seguida por *defesa* contra a diferença cultural. No meio, há a experiência da *mimetização* da diferença cultural, que diz respeito a uma forma menos nociva que as duas primeiras, copiando um discurso de compreensão da diferença, seguida pela *aceitação* da diversidade. E, finalmente, as duas últimas: a *adaptação* com vistas à diversidade e por fim, a *integração* da diversidade e verdadeira interculturalidade.

Figura 15. Etapas da interculturalidade



Fonte: Traduzido por mim de Bennet (2004).

De acordo com Bennet, então:

Em geral, as orientações mais etnocêntricas podem ser vistas como formas de evitar a diferença cultural, negando sua existência, levantando defesas contra ela ou minimizando sua importância. Quanto mais etnorrelativas as visões de mundo, mais diversas e mais significativas são formas de buscar a diferença cultural, aceitando sua importância, adaptando a perspectiva para levar a diversidade em consideração ou integrando todo o conceito na definição de identidade (BENNET, 2004, p. 63).

Ainda de acordo com o pesquisador, estudos mostram que pessoas que apresentam estruturas cognitivas mais complexas também são mais capazes de terem a complexidade humana em perspectiva quando se comunicam, embora nem sempre exerçam essa capacidade e que essas qualidades estão diretamente associadas a uma comunicação interpessoal mais bem-sucedida, elemento que, como apresentado anteriormente, é fundamental para o relacionamento entre o profissional da saúde e paciente. Quanto mais bem sucedida a comunicação intercultural maior a capacidade de ver uma pessoa culturalmente diferente como igualmente complexa e maior a capacidade do sujeito de assumir a perspectiva do Outro (perspectiva empática), atuando em prol do seu interesse e bem estar. Essa competência intercultural é, de acordo com Bennet e de

acordo com o Physicians Apply do Canadá pode e deve ser incutida nos profissionais, tanto no treinamento inicial quanto nas iniciativas de formação continuada.

Como parte dessa experiência formativa, Bennet é categórico ao defender a própria prática do encontro cotidiano com a diversidade, aprendendo-a na experiência, no diálogo e na imersão com e outras culturas e identidades. E, segundo ele, a cada mudança na estrutura e visão de mundo da pessoa, novas e mais sofisticadas questões emergem para serem resolvidas nos encontros interculturais. Para o autor,

a resolução de questões relevantes ativa a emergência de uma nova orientação. Como as questões podem não ser inteiramente resolvidas, o movimento pode ser incompleto e a experiência individual difusa em mais de uma visão de mundo. Porém, o movimento a partir das orientações é necessariamente unidirecional, com alguns ocasionais "retrocessos". Em outras palavras, as pessoas, geralmente, não regridem de experiências mais complexas com a diversidade cultural para experiências menos complexas. (BENNET, 2004, p. 74).

Dessa forma, o TDH se apresenta como um ciclo permanente, na medida em que o sujeito está em constante transformação e em diálogo com o Outro; um Outro que o afeta e que por ele é afetado. O relacionamento profissional - paciente, então, é uma etapa final de um ciclo que se repete múltiplas vezes, como uma espiral. A cada novo passo, maior a capacidade do sujeito de se relacionar com o diferente e maior sua valoração empática da diferença. E, com visões e, conseqüentemente, ações etonorrelativizadas, melhor a experiência do paciente, menor o desgaste do profissional, maior a colaboração nas equipes e finalmente, um tratamento, ambiente e sistema mais humanizados.

Por fim, como avaliação deste ciclo, no lugar de conceitos ou percentuais de aproveitamento, a Arte Despertar considera que o profissional desenvolve atributos, que dizem de competências e habilidades necessárias ao ciclo formativo, e portanto, ao cuidado humanizado. A experiência avaliativa - mais do que um critério para valoração do profissional, diz da compreensão de cada indivíduo sobre sua trajetória, passos alcançados e desafios íntimos e subjetivos a serem vencidos. Institucionalmente, ao ter em mãos a compreensão dos pontos positivos e valores a serem alcançados e compartilhados nas equipes, as organizações conseguem identificar melhor os caminhos para responder

tanto à desejada experiência do paciente, quanto para reter seus profissionais, contribuindo, indiretamente, também pelo advocacy por mudanças no sistema, que qualifiquem e apoiem o próprio papel das instituições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amato, J. L., Barbosa, P. P., Geocze, N. L. D., Cunha, E. A. P. F. W. da, Cassanti, A. C., Polcino, M. D. G., Zanini, F. A., Rorato, C. B., Oliveira, G., Ciszewski, A. C., Oliveira, R. M. J. de, & Leite, J. R. (2012). Os benefícios da meditação Loving-Kindness. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 7(1), 66. [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(1\)613](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(1)613)

Arendt, R. J. J. (2000). O desenvolvimento cognitivo do ponto de vista da enação. *Psicologia: reflexão e crítica*, 13(2), 223-231.

Arte Despertar. (s/d). *Nossa arte é despertar o melhor do ser humano*.

Associação Arte Despertar. *Treinamento Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Arte Despertar, 2019.

Azevedo Araujo, F., & Xavier, V. C. S. (2005). O Direito a Intimidade ea Vida Privada: O Sigilo Profissional ea Minuta do novo Codigo de Etica dos Psicologos. *Rev. Faculdade Direito Universidade Federal Minas Gerais*, 46, 331.

Bennett, M. J. (2004). Becoming interculturally competent. *Toward multiculturalism: A reader in multicultural education*, 2, 62-77.

Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and cognition*, 14(4), 698-718.

Bornstein, V. J., & Stotz, E. N. (2008). O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 457-480.

Chipidza, F. E., Wallwork, R. S., & Stern, T. A. (2015). Impact of the doctor-patient relationship. *The primary care companion for CNS disorders*, 17(5).

Choudhary, A., & Gupta, V. (2015). Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice.

International Journal of Applied and Basic Medical Research, 5(Suppl 1), S41.

Chu, L. C. (2016). Mediating positive moods: the impact of experiencing compassion at work. *Journal of nursing management*, 24(1), 59-69.

Ciampa, A. D. C. (1989). *Identidade in: Psicologia Social O Homem em Movimento São Paulo. Brasiliense.*

Cosgrove, T. (2014). *The cleveland clinic way. Lessons in excellence from one of the worlds.*

Davis, R. E., & Flannery, D. D. (2001). Designing health information delivery systems for Puerto Rican women. *Health education & behavior*, 28(6), 680-695.

Dean, S., Foureur, M., Zaslowski, C., Newton-John, T., Yu, N., & Pappas, E. (2017). The effects of a structured mindfulness program on the development of empathy in healthcare students. *Nursingplus open.*

Deveugele, M., Derese, A., De Maesschalck, S., Willems, S., Van Driel, M., & De Maeseneer, J. (2005). Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum?. *Patient education and counseling*, 58(3), 265-270.

De Waal, F. B. (2008). Putting the altruism back into altruism: the evolution of empathy. *Annu. Rev. Psychol.*, 59, 279-300.

Dias, O. V., Gomes, L. M. X., de Andrade Barbosa, T. L., Souza, L. P., de Freitas Rocha, A. L., & de Melo Costa, S. (2013). Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos. *Revista Bioética*, 21(3), 448-454.

Dill, J., Erickson, R. J., & Diefendorff, J. M. (2016). Motivation in caring labor: Implications for the well-being and employment outcomes of nurses. *Social Science & Medicine*, 167, 99-106.

Dutton, J. E., Workman, K. M., & Hardin, A. E. (2014). Compassion at work. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.*, 1(1), 277-304.

Emanuel, E. J., & Dubler, N. N. (1995). Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *Jama*, 273(4), 323-329.

Ferguson, W. J., & Candib, L. M. (2002). Culture, language, and the doctor-patient relationship. *FMCH Publications and Presentations*, 61.

Francisconi, C. F., & Goldim, J. R. (1998). Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM, 269-84.

Freire, P. (1974). *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra.

Gaspar, I. F. (2014). *Autocompaixão e regulação emocional na adolescência* (Master's thesis).

Gebbie, K. M., Rosenstock, L., & Hernandez, L. M. (2003). Who will keep the public healthy?: educating public health professionals for the 21st century.

Geertz, C. (1989). *Q Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC.

Goold, S. D., & Lipkin Jr, M. (1999). The doctor-patient relationship: challenges, opportunities, and strategies. *Journal of general internal medicine*, 14(Suppl 1), S26.

Grueso-Hinestroza, M. P., López-Santamaría, M., González, J. L., Salcedo, W., & Amaya, M. (2018). Organizational Culture Artifacts and Compassionate Human Resources Practices in a Healthcare Organization. *Asian Social Science*, 14(4).

Hamilton, J. A., Phillips, K. L., & Green, A. (2004). Integral medicine and health. *World Futures*, 60(4), 295-302.

Haq, C., Steele, D. J., Marchand, L., Seibert, C., & Brody, D. (2004). Integrating the art and science of medical practice: innovations in teaching medical communication skills. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-*, 36(1; SUPP), S43-S50.

Haque, M. (2019). Importance of empathy among medical doctors to ensure high-quality healthcare level. *Advances in Human Biology*, 9(2), 104.

Hayashino, Y., Utsugi-Ozaki, M., Feldman, M. D., & Fukuhara, S. (2012). Hope modified the association between distress and incidence of self-perceived medical errors among practicing physicians: prospective cohort study. *PLoS One*, 7(4).

Hutchinson, T., Snell, L. S., Wiseman, J., & Lubarsky, S. (2019). Applying adaptive expertise for students' clinical decision making. *Medical education*, 53(11), 1141-1142.

Hutchinson, T. A. (2011). Whole person care. In *Whole person care* (pp. 1-8). Springer, New York, NY.

Iacoboni, M. (2009). Imitation, empathy, and mirror neurons. *Annual review of psychology*, 60, 653-670.

Institute of Medicine. *Envisioning the National Health Care Quality Report*. Washington, DC: National Academy Press: 2001

International Labour Organization. *Improving Employment and Working Conditions in Health Services. Report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services* (Geneva, 24–28 April 2017).

Krznaric, R. (2015). *O poder da empatia: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo*. Editora Schwarcz-Companhia das Letras.

La Forgia GM, Couttolenc B. *Hospital performance in Brazil : the search for excellence*. Washington, D.C.: World Bank, 2008.

Lamm, C., Batson, C. D., & Decety, J. (2007). The neural substrate of human empathy: effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *Journal of cognitive neuroscience*, 19(1), 42-58.

Lanzoni, S. (2012). Empathy in translation: Movement and image in the psychological laboratory. *Science in Context*, 25(3), 301-327.

Latour, B. (1994). *Jamais fomos modernos*. Editora 34.

Letiche, H. (2008). *Making healthcare care: Managing via simple guiding principles*. IAP.

Lissak, M., Goldstein, J. *Complexity and Healthcare: a radical view of Letiche*. In: Letiche, H. (2008). *Making healthcare care: Managing via simple guiding principles*. IAP.

Lorenzetti, J., Lanzoni, G. M. D. M., Assuiti, L. F. C., Pires, D. E. P. D., & Ramos, F. R. S. (2014). *Health management in Brazil: dialogue with public and private managers*. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23(2), 417-425.

Maizes, V., Rakel, D., & Niemiec, C. (2009). *Integrative medicine and patient-centered care*. *Explore*, 5(5), 277-289.

Manser, T. (2009). *Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature*. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143-151.

Maturana, H., & Rezepka, S. N. D. (2003). *Formação humana e capacitação*. In *Formação humana e capacitação* (pp. 86-86).

Maturana, H. (1975). *Communication and representation functions*. *Encyclopedie de la Pleiade, Series Methodique*, Paris, Gallimard.

McClelland, L. E., & Vogus, T. J. (2014). *Compassion practices and HCAHPS: does rewarding and supporting workplace compassion influence patient perceptions?*. *Health services research*, 49(5), 1670-1683.

Medeiros, A. C. D., Siqueira, H. C. H. D., Zamberlan, C., Cecagno, D., Nunes, S. D. S., & Thurow, M. R. B. (2016). *Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(5), 816-822.

Mendes, C. (2001). *Pluralismo cultural, identidade e globalização*. Record.

Merlini, R., & Gatti, M. (2015). *Empathy in healthcare interpreting: going beyond the notion of role*.

- Mingers, J. (1991). The cognitive theories of Maturana and Varela. *Systems Practice*, 4(4), 319-338.
- Ney, M. S., & Rodrigues, P. H. D. A. (2012). Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(4), 1293-1311.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on Nursing: What it is and What it is Not* (Kindle edition). Harrison, London.
- Nogueira, L. C. (1999). O campo lacaniano: desejo e gozo. *Psicologia USP*, 10(2), 93-100.
- Nora, C. R. D., & Junges, J. R. (2013). Humanization policy in primary health care: a systematic review. *Revista de saúde publica*, 47, 1186-1200.
- Oliveira, A. P. C. D., Gabriel, M., Poz, M. R. D., & Dussault, G. (2017). Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1165-1180.
- Pascuci, L., Meyer Jr, V., Nogueira, E. E., & Forte, L. T. (2017). Humanization in a hospital: a change process integrating individual, organizational and social dimensions. *Journal of Health Management*, 19(2), 224-243.
- Pelzang, R. (2010). Time to learn: understanding patient-centred care. *British journal of nursing*, 19(14), 912-917.
- Pratt, R. R. (2003). The arts in healthcare movement in the United States concept paper. In *The Arts In Healthcare Symposium*. National Endowment for the Arts.
- Raine, A., & Chen, F. R. (2018). The cognitive, affective, and somatic empathy scales (CASES) for children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 24-37.
- Raza, D. (2009). A resident's perspective on mindfulness. *Canadian Family Physician*, 55(11), 1065-1065.

Rees, C., & Sheard, C. (2003). Evaluating first-year medical students' attitudes to learning communication skills before and after a communication skills course. *Medical teacher*, 25(3), 302-307.

Rogers, K., Dziobek, I., Hassenstab, J., Wolf, O. T., & Convit, A. (2007). Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(4), 709-715.

Rosenberg, M. B. (2006). *Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. Editora Agora.

Said, E. W. (1999). *Orientalismo* (Vol. 279). Feltrinelli Editore.

Sanson-Fisher, R., & Cockburn, J. (1997). Effective teaching of communication skills for medical practice: selecting an appropriate clinical context. *Medical Education*, 31(1), 52-57.

Sanson-Fisher, R., & Cockburn, J. (1997). Effective teaching of communication skills for medical practice: selecting an appropriate clinical context. *Medical Education*, 31(1), 52-57.

Santana, S. D. M., Roazzi, A., & Dias, M. D. G. B. (2006). Paradigmas do desenvolvimento cognitivo: uma breve retrospectiva. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(1), 71-78.

Sato, M., & Ayres, J. R. D. C. M. (2015). Art and humanization of health practices in a primary care unit. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 1027-1038.

Schweickerdt, L. (2018). *The empathetic physician: using process drama to facilitate the training of empathy skills in healthcare education* (Doctoral dissertation, University of Pretoria).

Scott, H. (2011). *Empathy in healthcare settings* (Doctoral dissertation, Goldsmiths, University of London).

Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... & Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of surgery*, 251(6), 995-1000.

Souza Reis, C. (2019). A empatia na mediação: a contribuição da comunicação não violenta. *J²-Jornal Jurídico*, 2(1), 3-24.

Stange KC, Nutting PA, Miller WL, et al. Defining and measuring the patient-centered medical home. *J Gen Intern Med*. 2010;25(6):601–12.

Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. (2013). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. CRC press.

Takaki, M. H., & Ana, D. D. M. G. S. (2004). A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*, 9(1).

Terezam, R., Reis-Queiroz, J., & Hoga, L. A. K. (2017). A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem.

Thompson, J. B. (1995). *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação em massa*. Petrópolis: Vozes.

Thompson, J. N. (1997). Moral imperatives for academic medicine. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 72(12), 1037-1042.

Tilio, R. C. (2008). Reflexões acerca do conceito de cultura. *Revista eletrônica do Instituto de Humanidades*, 7(27), 35-46.

Towle, A. N. G. E. L. A., & Hoffman, J. O. A. N. N. E. (2002). An advanced communication skills course for fourth-year, post-clerkship students. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(11), 1165-1166.

Van der Graaff, J., Meeus, W., de Wied, M., van Boxtel, A., van Lier, P. A., Koot, H. M., & Branje, S. (2016). Motor, affective and cognitive empathy in adolescence: Interrelations between facial electromyography and self-reported trait and state measures. *Cognition and Emotion*, 30(4), 745-761.

Vezzali, L., Stathi, S., Giovannini, D., Capozza, D., & Trifiletti, E. (2015). The greatest magic of Harry Potter: Reducing prejudice. *Journal of Applied Social Psychology*, 45(2), 105-121.

Vogt, C. (1979). Por uma pragmática das representações. *Discurso*, (11), 65-96.

Wear, D. (1997). Professional development of medical students: problems and promises. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 72(12), 1056-1062.

West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *Jama*, 296(9), 1071-1078.

Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research*, 6, 18-29.

Yamaki, V. N., Teixeira, R. K. C., de Oliveira, J. P. S., Yasojima, E. Y., & da Silva, J. A. C. (2014). Sigilo e confidencialidade na relação médico-paciente: conhecimento e opinião ética do estudante de medicina. *Revista Bioética*, 22(1), 176-181.

Arte Despertar
Pesquisa e redação: Julia Nader Dietrich
Junho de 2020