

RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE: A BUSCA PELA HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

PROFESSIONAL-PATIENT RELATIONSHIP: THE QUEST FOR HUMANIZATION IN THE HEALTH SERVICES

Paulo Márcio de Lima

Psicólogo, Especialista em Psicologia
Clínica pelo Conselho Regional de
Psicologia - SP (CRP), Centro de
Atenção Psicossocial de Araraquara
(CAPS)

Ana Carolina Mascarenhas Oliveira

Aluna de Pós-graduação em
Odontologia – nível Doutorado,
Faculdade de Odontologia de
Piracicaba, Universidade Estadual de
Campinas (FOP/UNICAMP)

Categoria do artigo: revisão de literatura

Endereço para correspondência:

Ana Carolina Mascarenhas Oliveira

Rua Edu Chaves, 679

Piracicaba/SP, Brasil CEP: 13416-020

Telefone: 19 - 81368198

E-mail: anamascaa@yahoo.com.br

RESUMO

Este estudo buscou discutir a relação profissional-paciente nos serviços de saúde. No contexto analisado, observou-se que é necessário buscar subsídios nas abordagens da comunicação e, sobretudo, nas concepções da humanização para que ocorra uma mudança no modelo assistencial atualmente praticado e conseqüente melhoria na qualidade dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Relações profissional-paciente; Humanização da assistência; Comunicação.

ABSTRACT

This study aimed to discuss the professional-patient relationships in the health services. In the analyzed context, it was found that it is necessary to search subsidies in communication approaches and especially in the conceptions of humanization to occur a change in the care model currently practiced and consequent improvement in the health services quality.

Keywords: Professional-patient relations; Humanization of assistance; Communication.

INTRODUÇÃO

A relação profissional-paciente nos serviços assistenciais, no que se refere à comunicação, informação e humanização das relações, apresenta-se como importante temática na área da saúde. Desde as últimas décadas, já é possível perceber a preocupação com os modelos de relação profissional-paciente, a qual tem culminado com o aumento das reflexões e discussões sobre a necessidade de mudança nesse âmbito. Essas mudanças são motivadas, principalmente, por questões éticas referentes ao direito dos pacientes em receber informações a respeito de suas enfermidades (DONABEDIAN, 1990) e também têm se pautado na necessidade da humanização nos serviços de assistência à saúde.

Diante disso, este estudo buscou repensar e refletir a respeito das concepções que fundamentam a relação profissional-paciente nos serviços de saúde e da necessidade de mudança no que diz respeito às práticas dos diversos profissionais inseridos neste contexto.

DISCUSSÃO

Pautado no pressuposto da assistência, pode-se identificar a existência de quatro principais modelos de relação profissional-paciente. São eles: biomédico, paternalista, informativo e comunicacional.

O modelo biomédico fundamenta-se em uma perspectiva mecanicista que considera os fenômenos complexos como se fossem constituídos por princípios simples, isto é, em uma relação de causa-efeito, sendo a doença interpretada como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Dessa forma, os profissionais que se utilizam deste modelo analisam o corpo como se este fosse uma máquina, desprezando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais apresentados pelo paciente (CAPRARA, LINS e FRANCO, 1999).

É possível ainda encontrar profissionais que não se preocupam em informar ao paciente sobre seu estado de saúde, o que caracteriza um modelo de relação paternalista. Neste, o paciente é inteiramente dependente do julgamento e ações do profissional que o atende, ficando em uma posição passiva no processo diagnóstico e terapêutico.

No modelo informativo não há propriamente um diálogo, mas um procedimento unidirecional onde o profissional disponibiliza informações acerca do processo patológico e terapêutico do paciente (EMANUEL e EMANUEL, 1992), podendo este interferir na escolha do tratamento.

Diferentemente, no modelo comunicacional o paciente é visto e tratado de maneira abrangente, ou seja, em suas dimensões física e biológica, componentes de um macro contexto que considera seus sentidos e significados no que tange à sua dimensão biopsicossocial.

Tendo em vista que o modelo biomédico ainda é o principal modelo financiado pelos recursos públicos de saúde, são necessárias discussões e reflexões mais aprofundadas com o objetivo de buscar a superação deste e dos modelos paternalista e informativo, o que implica na necessidade de assumir um modelo de relação que ultrapasse as barreiras da comunicação unidirecional, estabelecendo uma comunicação bidirecional, que vai além do simples direito à informação (CAPRARA, LINS e FRANCO, 1999).

Essa interação não-diretiva tem como objetivo fazer com que o profissional da saúde centralize não apenas o problema do paciente, mas também o paciente como pessoa, considerando-o como um ser biopsicossocial e não focalizando apenas a causa

(orgânica) do problema, mas possibilidades e estratégias para que o paciente enfrente a dificuldade. Dessa forma, há a necessidade de o profissional procurar construir, desde o primeiro encontro, um vínculo com o paciente, a fim de iniciar o estabelecimento do *rappor*^a e de um entendimento mútuo (MACKINNON e MICHELS, 1971). A esse respeito, Rudio (1999) enfatiza:

A relação de ajuda, no enfoque não-diretivo, pretende dar ao indivíduo oportunidade para se conhecer como realmente é, aceitando o seu próprio processo de vida e nele se inserindo, a fim de utilizar os recursos pessoais, que as experiências lhe oferecem, para transformações construtivas de atitudes e comportamento.

Dentro desse contexto, Wood (1995) afirma que a função básica do profissional de saúde é a de facilitador do processo de desenvolvimento humano, por meio da relação de ajuda que estabelece com seu paciente:

Ajudas bem-sucedidas parecem envolver e ajudar a pessoa em transição a experimentar e dar sentido ao que experiência, enquanto se acreditar na pessoa como capaz de crescer e assumir suas novas situações de vida.

Portanto, embora a função facilitadora do profissional seja a mesma em qualquer atividade que esteja desempenhando, a depender da necessidade a sua atitude varia, exigindo dele conhecimentos que facilitem sua relação de ajuda com o paciente.

No modelo de relação comunicacional o paciente deixa de ser sujeito passivo e passa a interagir com o profissional, ou seja, ambos são sujeitos ativos na relação. Tal modelo exige do profissional de saúde mudanças de comportamento frente ao paciente e seu problema, com o objetivo de estabelecer uma relação empática e participativa, oferecendo ao paciente a possibilidade de escolha do seu tratamento (CAPRARA, LINS e FRANCO, 1999). Nessa perspectiva, Kleinman, Eisenberg, Good (1989) sugerem que:

O médico procure, primeiramente, compreender o modo de vida do paciente e de seus familiares e, em segundo lugar, observe como interpreta a doença.

Ainda a esse respeito, Caprara, Lins e Franco (1999) afirmam que:

O processo de estabelecimento de relações humanas com os pacientes concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente.

A comunicação é o processo no qual o paciente elabora na consciência tudo o que sente e percebe em si. Portanto, é preciso que o profissional tenha a sensibilidade de perceber momento e fala adequados, para que essa comunicação não provoque no paciente mais angústia e desajuste. Nesse sentido Rogers (1995) argumenta que:

Todo o processo de desajustamento se deve a uma falha de comunicação: o indivíduo deixou de comunicar-se bem consigo e, em consequência, a sua comunicação com os outros ficou prejudicada.

^a *Rappor* é a capacidade de entrar no mundo de alguém, fazê-lo sentir que você o entende e que vocês têm um forte laço em comum. É a essência da comunicação bem-sucedida.

Assim como na relação terapeuta-cliente, a relação profissional-paciente é fundamental para o processo de autoconhecimento. Esse pode se constituir em uma experiência negativa ou enriquecedora para ambos, dependendo do tipo de relação que foi estabelecida. Rogers (1987) enfatiza, ainda, que:

Os indivíduos possuem dentro de si vastos recursos para a auto-compreensão e para modificação de seus auto-conceitos, de suas atitudes e de seu comportamento autônomo. Esses recursos podem ser ativados se houver um clima, passível de definição, de atitudes psicológicas facilitadoras.

Isso não significa que os profissionais da saúde tenham que se transformar em psicólogos, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, desenvolvam a sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, como também para ouvir suas queixas e, encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida exigido pela doença (CAPRARA, LINS e FRANCO, 1999). Nesse contexto, Cassel (1991) comenta:

A tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor; e ao mesmo tempo, revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo.

Ainda a esse respeito, Gadamer (1994) argumenta que é necessária:

A humanização da medicina, em particular na relação entre médico e paciente, para maior sensibilidade diante do sofrimento do paciente.

Dessa forma, paciente e profissional apresentam papéis bem demarcados: de um lado aquele que procura ajuda, do outro aquele que é capaz de prestar auxílio, atenção e compreensão quanto ao problema. Observa-se que esta é uma relação de interação, na medida em que o profissional solidariza-se com o paciente, acolhendo-o de forma empática. Para que essa situação aconteça, é preciso que profissional-paciente e paciente-equipe interajam de forma ativa (RUDIO, 1999).

Conforme já salientado, é necessário que o profissional coloque o paciente em condições de se inteirar do seu problema, uma vez que este é o principal responsável por suas escolhas. Rudio (1999) corrobora com essa afirmação ao argumentar que:

Ao invés de ficarmos absorvidos pelo esforço de apenas compreender e resolver o problema, devemos proporcionar condições favoráveis para que o paciente alcance o significado que tem o problema para si mesmo, como ser humano no mundo.

Essas práticas parecem ainda ser pouco exercidas pelos profissionais de saúde, talvez pelo fato de os currículos das instituições de ensino serem incipientes no que concerne à inclusão de disciplinas que abordem a relação profissional-paciente. Urge que se tomem medidas nesse sentido, sobretudo em relação à promoção de habilidades que visem uma comunicação satisfatória. Isso possibilitará que o paciente se sinta acolhido e com a certeza de que seu problema foi compreendido. Tais mudanças são consideradas de fundamental importância para a instauração de uma prática diferenciada

do profissional de saúde e conseqüente melhoria na qualidade dos serviços de assistência à saúde.

CONCLUSÃO

O papel do profissional da saúde é fazer com que o paciente sinta-se capaz de se autodesenvolver, uma vez que ele pode e deve participar de forma ativa no processo de cura, por meio da comunicação entre ambos.

Espera-se que este estudo sirva de convite à reflexão acerca da relação profissional-paciente nos serviços de saúde e à busca de novas perspectivas dentro dos modelos comunicacionais, uma vez que se visualiza a existência de um potencial campo de conhecimento a ser explorado e implementado nessa área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donabedian A. **La Qualita dell'Assistenza Sanitaria**. Roma: NIS, 1990.
2. Caprara A, Lins A, Franco S. **A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica**. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15(3):647-54.
3. Emanuel EJ, Emanuel LL. **Four models of the physician-patient relationship**. *JAMA*. 1992; 267:2221-6.
4. Mackinnon RA, Michels M. **The Psychiatric Interview in Clinical Practice**. Philadelphia: WB Saunders, 1971.
5. Rudio FV. **Orientação não diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999.
6. Wood KW. **Abordagem Centrada na Pessoa**. Vitória: Ed. Edufes, 1995.
7. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. **Cultura, stato di sofferenza e cure. Lezioni cliniche dalla ricerca antropologica e transculturale**. *Sanità Scienza e Storia*. 1989; 1:3-26.
8. Rogers CR. **On Becoming a Person: A therapist's view of psychotherapy**. Houghton Mifflin: Tra, 1995.
9. Rogers CR. **Fundamentos de uma abordagem centrada na pessoa**. In: Um jeito de ser. São Paulo: EPU, 1987.
10. Cassel E. **The Nature of Suffering and the Goals of Medicine**. Oxford: Oxford University Press, 1991.
11. Gadamer HG. **Dove si Nasconde la Salute**. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1994.