



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Ética e Deontologia Médicas

A HUMANIZAÇÃO DO ATO MÉDICO

Diana Micu Stoian Marcu

Orientado por:

Luis António Proença Duarte Madeira

Co-Orientado por:

Sérgio Índio de Jesus Augusto Carmenates

Fevereiro'2021

„Să ai curajul să spui da
Să ai curajul să spui nu
Și-n fiecare clipă grea
Să fii mereu, același Tu !
Să știi să crezi
Când unii te înșeală,
Să te ridici
Când alții te doboară,
Să poți păstra
Ce alții vor s-alunge,
Să știi să râzi
Când sufletul îți plânge
Și cald tu să rămâi,
Chiar dacă afară ninge.
Aceasta-i arta
De-a învinge.”

(Rudyard Kipling)

RESUMO

O humanismo na área da saúde torna-se relevante na medida em que a sua presença ou ausência modifica inúmeras valências da clínica. Com esta revisão, pretende-se atingir um conhecimento mais aprofundado acerca da abrangência do “humanismo” e, desta forma, expor as vantagens inerentes à medicina humanista – quer para o doente quer para o prestador de cuidados. Neste seguimento, compreende-se como fulcral não só entender como se chegou a uma prática da medicina pouco humanizada, como rever modelos alternativos de formação de profissionais de saúde que não favoreçam meramente conhecimentos teóricos, mas também valências empáticas e morais.

O cumprimento dos objetivos pretende-se através de uma procura de artigos na base de dados PubMed com a intenção de identificar artigos referentes ao humanismo na medicina, aplicando critérios de inclusão (todos os artigos encontrados com os termos MeSH “Humanism” AND “Medicine” OR “Humanism” AND “Delivery of Health Care”, escritos nos últimos 10 anos) e critérios de exclusão (artigos escritos em outras línguas que não a inglesa e a portuguesa; artigos que não se referiam de forma direta ao humanismo na medicina; artigos apenas com resumo).

Entende-se que seja necessário proceder à modificação do próprio sistema, de forma a tornar passível a humanização dos profissionais de saúde e um ensino que incentive o desenvolvimento de valências psicoafectivas além das teóricas. A coexistência da vida pessoal com a vida profissional num equilíbrio harmonioso toma também proporções significativas na humanização da medicina.

Palavras-chave: Humanismo, Medicina Humanista, Síndrome *Burnout*.

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

ABSTRACT

Humanism in the health area becomes relevant to the extent that its presence or absence modifies many aspects of the clinic. With this review, it is intended to achieve a more in-depth knowledge about the scope of “humanism” and, in this way, to expose the inherent advantages of humanistic medicine - for both the patient and the caregiver. It is understood as crucial not only to understand how a low humanized practice of medicine was arrived at, but also to review alternative models of training health professionals that do not favor merely theoretical knowledge, but also empathic and moral valences.

The achievement of the objectives is intended through a search for articles in the PubMed database with the intention of identifying articles referring to humanism in medicine, applying inclusion criteria (all articles found with the terms MeSH “Humanism” AND “Medicine” OR “Humanism” AND “Delivery of Health Care”, written in the last 10 years) and exclusion criteria (articles written in languages other than English and Portuguese; articles that did not directly refer to humanism in medicine; articles with summary only).

It is understood the necessity to proceed to the modification of the system itself. That way, it may become possible the humanization of the healthcare professionals and an education that encourages the development of psycho-affective values beyond the theoretical ones. The coexistence of a personal and a professional life in a harmonic balance also takes great proportions within the humanization of medicine.

Key words: Humanism, Humanistic Medicine, *Burnout* syndrome.

The Final Work is the sole responsibility of the author, and FMUL is not responsible for the content presented therein.

ÍNDICE

Introdução	6
Metodologia	6
Contextualizando o Humanismo na Medicina.....	8
Vantagens de uma medicina humanista?	10
Fatores condicionantes do humanismo?	12
Estratégias para permitir o humanismo?	16
Conclusão.....	20
Referências.....	22

INTRODUÇÃO

Discutir o humanismo na área da saúde torna-se relevante na medida em que a sua presença ou ausência modifica inúmeras valências da clínica. Esta revisão permite entender a abrangência do “humanismo”, assim como as vantagens que a medicina humanista traz, quer para o doente, quer para o prestador de cuidados. Permite, por outro lado, entender como se chegou a uma prática da medicina pouco humanizada, pela transformação do modelo de cuidados de saúde, pelo stress no trabalho (facilitador da síndrome de *burnout*) e pela presença, progressivamente maior, da tecnologia na medicina. São, finalmente, revistos modelos alternativos de formação de profissionais de saúde, que não favoreçam meramente conhecimentos teóricos, mas também valências empáticas e morais - recorrendo, por exemplo, a projetos de orientação e acompanhamento e a grupos de partilha e de discussão de experiências - e que, em simultâneo, preservem o equilíbrio na vida do profissional de saúde.

6

METODOLOGIA

Foi realizada, em outubro de 2019, uma procura de artigos na base de dados *PubMed*, com a intenção de identificar artigos referentes ao humanismo na medicina. Foi feita uma pesquisa por todos os artigos escritos nos últimos 10 anos que incluíssem os seguintes critérios: MeSH "Humanism" AND "Medicine" OR "Humanism" AND "Delivery of Health Care". Posteriormente, foram avaliados os títulos, os resumos e as palavras-chave, com o objetivo de refinar a pesquisa, e procedeu-se à obtenção do texto integral dos restantes artigos. Os critérios de exclusão foram: artigos escritos em outras línguas que não a inglesa e a portuguesa; artigos que não se referissem de forma direta ao humanismo na medicina; artigos apenas com resumo. Dos 2439 artigos identificados na *PubMed*, foram incluídos 61 artigos nesta síntese. O fluxo de artigos está representado na figura 1.

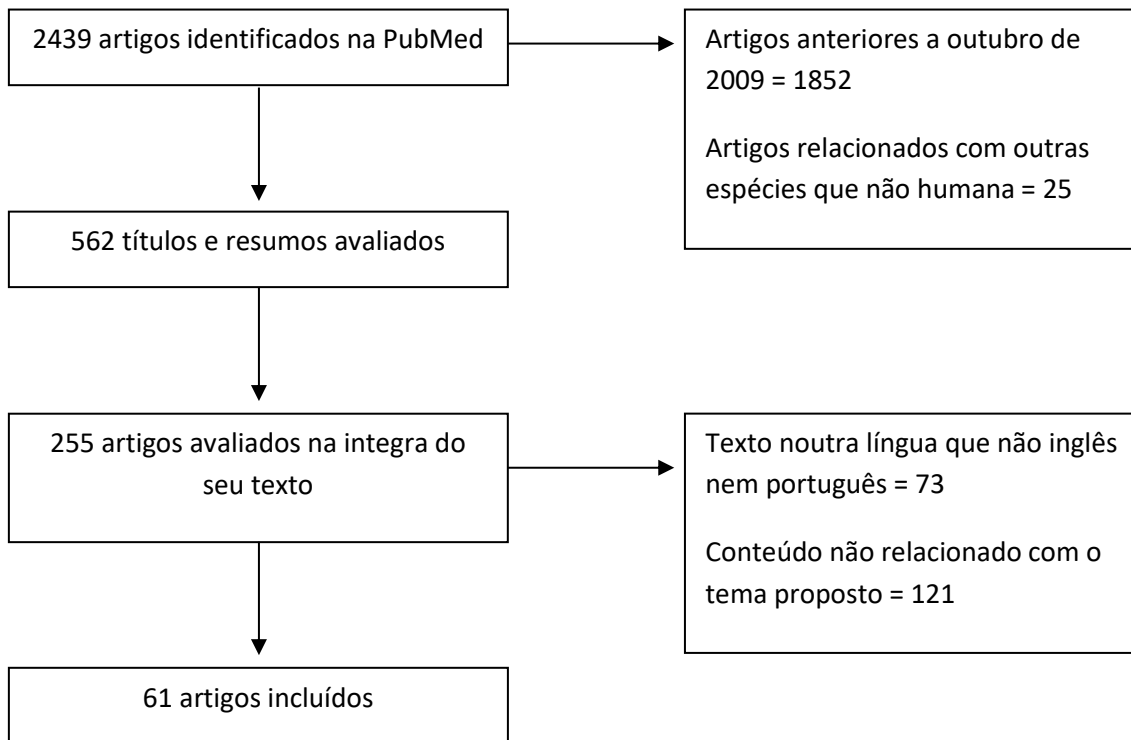


Figura 1. Fluxo de artigos com respetivos motivos de exclusão.

CONTEXTUALIZANDO O HUMANISMO NA MEDICINA

O humanismo na medicina tem sido cada vez mais difundido e debatido, espelhando uma preocupação relativamente ao contexto atual. Compreender esta questão, passa, primeiro, por esclarecer a abrangência do conceito “humanismo” e de como este é essencial no cuidado médico.

O humanismo é mais frequentemente definido de forma gestáltica – ‘forma de ser’ –, do que um conjunto de características independentes. Não obstante, a literatura define um determinado conjunto de características que descrevem o perfil ideal de um indivíduo “humanista”. Por exemplo, o humanismo traduz a manifestação de um conjunto de competências afetivas: altruísmo, integridade, respeito pelos pares, empatia e compaixão. (Moyer et al., 2010), (West, 2012), (Bhatia et al., 2013), (Schiffman, 2017) Estas competências tornam-se fulcrais na eficácia da comunicação na relação médico-doente – no encontro em que o indivíduo aparece com as suas necessidades e vivências. (Markides, 2011) O realismo também parece ser outro elemento invariável do humanismo. A expressão deste na prática médica inclui, não só a consciência dos perigos inerentes aos pensamentos irrealistas – por exemplo, de que a ciência detém as respostas a todos os problemas –, como também a consciência de que o ser humano é tangível – por exemplo, de que irá morrer –, sendo o reconhecimento e aceitação dessa realidade um passo fulcral na prática de uma medicina humanizada). (“Of Science, Humanism, and Medicine,” 2015), (Haning, 2016)

A principal preocupação da medicina é, e deve ser, a pessoa com os seus respetivos valores, como um todo e não meramente a sua anatomia ou fisiologia. (Vogt et al., 2014), (“Of Science, Humanism, and Medicine,” 2015) A consciência holística de um ser humano que adoece é reiterada por William Osler quando escreve “é mais relevante conhecer a pessoa que padece de determinada doença do que saber a doença que uma pessoa tem”. (adaptado e traduzido de (Plant et al., 2015 pg. 828). Nesse sentido, a prática dos cuidados de saúde é humanizada, apenas, se for numa perspetiva centrada nas necessidades e valores do doente, que o médico deve acolher como Outro, único, e não redutível a uma entidade abstrata, e, assim, aceder ao significado que tem a doença no Outro, perante as limitações físicas e psíquicas, presentes e futuras, que a

doença lhe condiciona. Deste modo, a abordagem humanista na relação é uma questão iminentemente ética, pelo que, qualquer afastamento desta forma de ser em relação, pode condicionar um sofrimento adicional. (Silva et al., 2015)

Por outro lado, a progressiva aceleração social, assim como a validação e a valorização das tecnologias, parecem ter determinado um distanciamento da prática anterior da medicina. A lacuna de eficácia no tratamento da doença (pelo falhanço da técnica), que caracterizava a prática médica antiga, parecia ser compensada pelo investimento na relação, em empatia e humanismo. (Craxì et al., 2017) Nos dias de hoje, parece ter deixado de ser essencial esse investimento potenciador paralelo na relação, pela possibilidade de um tratamento eficaz trazido pelos avanços científicos e tecnológicos. Parece ter surgido, desta forma, uma prática da medicina distante e desapegada, cujos critérios de avaliação da excelência não incluem a qualidade da relação, nem as competências humanistas. Porém, esta nova prática terá também criado uma nova problemática nos cuidados de saúde, sendo urgente validar a excelência, não apenas do ponto de vista científico, baseado na evidência, como também de uma forma afetiva e sensível, capaz de responder à humanidade que nos caracteriza. (Vogt et al., 2014) De uma forma mais específica, foi proposta uma visão de excelência sob nove domínios (adaptado e traduzido de (Batt-Rawden et al., 2014, pg. 265):

- (1) capacidade de comunicação e competências interpessoais;
- (2) profissionalismo e humanismo;
- (3) conhecimento;
- (4) acuidade e argúcia diagnóstica;
- (5) paixão no cuidado pelo paciente;
- (6) capacidade de negociação hábil como elementos dos sistemas de saúde;
- (7) erudição na prática clínica;
- (8) capacidade de educar estudantes;
- (9) capacidade de colaboração com investigadores para promover avanços na ciência.

Parece claro que mais de metade dos domínios enumerados não pertencem à

técnica ou ao conhecimento, mas, em vez disso, constituem-se de uma prática humanista. Nesta visão, o reconhecimento do Outro não deverá ser uma tarefa extra, acessória ou suplementar, mas constituir-se como um *a priori* que deve ser possibilitado e incentivado. (Eriksen et al., 2013) Ao médico cabe, não só a compreensão das reações, pensamentos e sentimentos do doente, como também a competência para demonstrar, de forma clara, esta percepção – uma competência de empatia. Este aspeto parece ser a pedra de toque no reconhecimento da singularidade dos indivíduos. (Burks & Kobus, 2012)

Por último, mas não de menor importância, o conhecimento e as competências cognitivas são também fundamentais neste processo – pois o cuidar é também reconhecer, avaliar e melhor compreender, integrando todos os contributos prévios. (Brunero et al., n.d.) Ambas, disponibilidade cognitiva e emocional, permitem transformar a componente puramente técnica da medicina, oferecendo empatia e compreensão que, juntamente com competências de comunicação clara e direta, permitirão o estabelecimento de uma relação médico-doente com uma aliança terapêutica estável. (Beltran Salazar, 2015) Para isso, deveriam ser oferecidos formação e cuidado acrescidos, uma vez que, construir e manter essa disponibilidade na clínica, requer que o próprio indivíduo a desenvolva (“Being a Doctor, Being Human,” 2016) – através da identificação dos seus estados mentais e dos outros e oferecendo cuidado nas vertentes física, cultural, social e moral, sobretudo na abordagem de doentes proveniente de contextos sociais, culturais, espirituais e emocionais diferentes dos do médico. (Allen, 2013), (Cohen & Sherif, 2014)

Em seguida, são discutidas as vantagens de uma medicina humanista, que começam na possibilidade de, ao estar disponível para atender a pessoa como um todo, ser possível oferecer cuidados de saúde integrados e, assim, atender ao sofrimento condicionado pela doença na sua complexidade. (Branch, 2014a)

VANTAGENS DE UMA MEDICINA HUMANISTA?

A medicina humanista parece oferecer vantagens, tanto para o doente, como para

o prestador de cuidados, sendo sustentado que pode ser em si uma ferramenta terapêutica e que, em determinadas situações, deverá ser a única utilizada, mesmo em prol da tecnologia. (Moyer et al., 2010), (Markides, 2011), (Simpkin et al., 2017)

Na relação, são abordados vários sintomas, especulando-se que certos sintomas não claramente explicáveis, como a fadiga crônica, possam refletir circunstâncias de vida patogênicas, considerando a escala de causalidade ao nível da pessoa e não ao nível molecular/celular. (Vogt et al., 2014) Além disso, a medicina humanista parece favorecer vários resultados no tratamento, desde a eficácia, satisfação e adesão à terapêutica. (Plant et al., 2015), (Craxì et al., 2017) Ou seja, nem toda a cura pode ser alcançada pela ação tecnológica, sendo fulcral ponderar e valorizar a componente relacional. (Tardy, 2015), (Palmeira & Gewehr, 2018)

A medicina narrativa representa uma abordagem possível centrando-se numa anamnese subjetiva para estabelecer um diagnóstico e definir a abordagem terapêutica – nesta validam-se sentimentos, desejos e preocupações. Alguns estudos relatam uma melhoria clínica em 64-75% dos doentes expostos a placebo, parecendo ser incrementada pela atitude do prestador de cuidados, sugerindo que a escuta ativa, a aceitação, a empatia, a curiosidade e a preocupação, favorecem a prática clínica e modificam os resultados de um plano de tratamento. (Cohen & Sherif, 2014) (Allen, 2013) (Facioli et al., 2012) (Loxterkamp, 2013) A relevância destas competências parece manter-se em situações limite, como a demência, pois a percepção emocional é preservada, permitindo a assimilação de sentimentos positivos expressos pelos profissionais. (Henriques et al., 2019), (Melo et al., 2019)

Em relação aos benefícios para os médicos e para os profissionais de saúde que cuidam, a atenção ao Outro humanizada parte, como escrevemos, primeiro, da atenção da sua própria humanidade. Cuidando de si mesmo, incrementa a sua resiliência e, conseqüentemente, diminui a probabilidade de sofrer de síndrome de *burnout*. (Chou et al., 2014), (Lee Roze des Ordon et al., 2018)

Este modelo de prestação de cuidados mostrou-se relevante para a melhoria da

relação médico-doente, mas também para tornar a medicina mais recompensadora e interessante para o clínico, reduzindo a frustração. (Burks & Kobus, 2012) A humanização parece, deste modo, estabelecer um ciclo de retroalimentação positivo, em que profissionais de saúde mais saudáveis prestam cuidados mais humanizados, o que, por sua vez, contribui para uma redução do peso assistencial, ao condicionar um melhor estado de saúde destes profissionais (fig. 2).

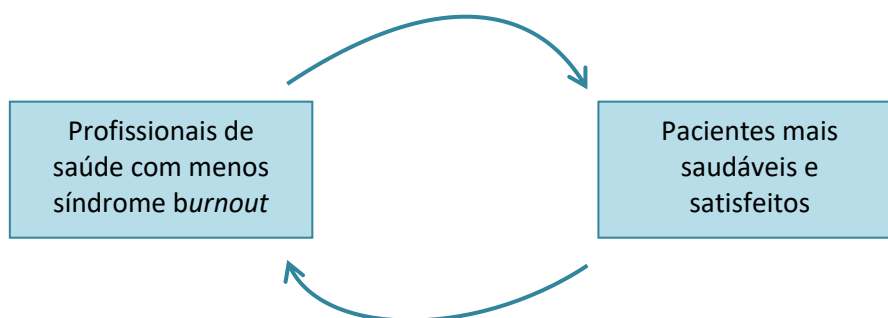


Figura 2. Ciclo de retroalimentação positivo relativo à prática de uma medicina humanizada.

Mais ainda, salientando os inúmeros benefícios referidos, entende-se que seja absolutamente ingênuo considerar possível cuidar de um sistema tão complexo, como o ser humano, contemplando meramente a componente física. Neste sentido, cita-se, mais uma vez, William Osler: “O bom medico trata a doença, o médico excelente trata o paciente que tem a doença”. (Osler citado em (Craxì et al., 2017) p. 294)

FATORES CONDICIONANTES DO HUMANISMO?

Uma vez enquadrado o conceito de “humanismo”, torna-se pertinente reconhecer os fatores que o podem condicionar e influenciar.

Em primeiro lugar, é apontado como fator de limitação do humanismo a transformação que ocorreu no modelo de cuidados de saúde, no sentido de se tornar mais eficiente e lucrativo. (Moyer et al., 2010), (West, 2012), (Bhatia et al., 2013) Esta é uma condicionante que afeta, não só a prestação de cuidados de saúde, como também o ensino e a capacitação dos estudantes. De facto, considerar a saúde como uma ‘prestação de um serviço’, conjugou modelos éticos utilitaristas com os de gestão de empresas, advogando-se o risco de esquecer o valor e observar apenas o preço,

transformando-se a arte num negócio. (Habal, 2011), (Beltrán-Salazar, 2013) Os empregadores – incluindo o Serviço Nacional de Saúde – determinam objetivos, protocolos e horários a cumprir – nomeadamente o número de doentes vistos por hora – interessando-lhes resultados de quantidade e parecendo ignorar a experiência do tratamento e outros indicadores de qualidade. (Beltrán-Salazar, 2013), (Khan & Sodhi, 2016)

Há estudos que descrevem um sistema de cuidados de saúde que se tornou apressado, disfuncional, fragmentado, digitalizado e focado em custos. Por exemplo, os profissionais passam, em média, 11 minutos com os seus doentes e ouvem durante 22 segundos até tomarem o controlo da entrevista, na qual parecem limitar, até, o contacto visual. Existem, decerto, recompensas para a intensificação do volume de consultas ou de procedimentos, não avaliando ou integrando a qualidade da relação, nem a experiência de se sentir abrigado sob o cuidado, num momento tão complexo como o de adoecer. (Cotta et al., 2013), (Loxterkamp, 2013), (Khan & Sodhi, 2016), (Restauri & Herr, 2019) Além disso, os profissionais vêem-se obrigados a documentar todos os seus procedimentos, sentem-se obrigados a conseguir funcionar em tarefas simultâneas e com conflitos de obrigações – por exemplo, docência e investigação –, determinando um ritmo que dificulta o ‘estar’ e que torna a relação médico-doente progressivamente mais distante. (Cohen & Sherif, 2014), (Plant et al., 2015)

Neste paradigma, quaisquer procedimentos não relacionais são mais facilmente introduzíveis em detrimento da relação – por exemplo a prescrição farmacológica é mais rápida do que a explicação de não ser necessário prescrever. (Haning, 2016) No contexto atual do racionamento de cuidados de saúde parece ser necessário repensar as teorias económicas e os modelos éticos, acreditando na possibilidade de conciliar com os vários interesses em jogo com um cuidado centrado no doente. (Branch, 2014a), (Tsang, 2015)

Em segundo lugar, o stress no trabalho – e, assim, o síndrome de *burnout* –, parece ser um fator essencial na limitação da qualidade dos cuidados de saúde. Observam-se hoje valores recordistas nas taxas de suicídio, depressão e síndrome de *burnout* entre os profissionais de saúde. (Gaufberg & Hodges, 2016)

Síndrome de *burnout* é definido e identificado na presença de três sintomas: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da vivência de eficácia. (Cole & Carlin, 2009) Por outro lado, a própria prestação de cuidados de saúde, mesmo em sistemas sem a pressão acima descrita, condiciona ‘fadiga por compaixão’, podendo, por si só, determinar síndrome de *burnout* nos profissionais de saúde. (Branch, 2014b)

A empatia é modelada por variáveis intra e interpessoais, entre as quais, personalidade, género, cultura, confiança social, ambiente e capacidades de comunicação, (Brunero et al., n.d.) mas a redução da experiência empática parece ser também uma medida adaptativa utilizada pelos profissionais de saúde. A consciência desta transformação adaptativa parece existir mesmo no início da carreira médica, quando os jovens expressam medo da perda de humanismo – “Eu não queria aprender a não me preocupar nem a não ficar triste quando alguém morre.” (traduzido e adaptado de (Stepanyan, 2015, pg. 479) A possibilidade de reduzir um doente à sua patologia/órgão afetado e/ou a uma intervenção/técnica pode ser protetor para o profissional, advogando-se – “desde que os profissionais de saúde prestadores de cuidados saibam que os doentes estão em sofrimento e com dor, não são obrigados a senti-lo”. (traduzido e adaptado (Kompanje et al., 2015, pg. 2194) Esta atitude defensiva de distanciamento e insensibilidade, parece reduzir o risco de síndrome de *burnout* e, assim, a capacidade de manter a postura e de cuidar do doente seguinte. (Cole & Carlin, 2009), (Eriksen et al., 2013) Deste modo, as instituições devem atender a todas as situações que danifiquem a empatia – como a degradação das condições de trabalho dos profissionais de saúde (Silva et al., 2015) – nunca esquecendo o impacto na capacidade de cuidar. (Montgomery et al., 2017)

No entanto, as instituições empregadoras parecem, atualmente, desempenhar um papel significativamente negativo na qualidade das condições de trabalho. Em estruturas organizacionais violentas e descuidadas, as crenças altruístas e idealistas que acompanharam os profissionais de saúde em início de carreira, parecem dar lugar a um distanciamento e a formas de cinismo. Sendo a ‘re-humanização’ dos cuidados de saúde fundamental, cabe, quer às instituições, quer aos profissionais, identificar e aplicar modelos que preservem e restaurem a humanização do cuidador e, desse modo, do

cuidado que ele presta. (Burks & Kobus, 2012), (Beltrán-Salazar, 2013), (Restauri & Herr, 2019) Em suma, a carência da saúde plena do profissional de saúde, que não permita o equilíbrio emprego-vida pessoal, apresenta-se como um dos fatores que adquire grande impacto na capacidade humanística. (Schiffman, 2017)

O facto de os profissionais de saúde utilizarem a despersonalização do doente como medida autoprotetora, sugere que possa existir uma lacuna na formação passível de ser colmatada. Os modelos que oferecem um ideal de médico acelerado, com competências intelectuais e conhecimento teórico, negando, no entanto, valências relativas aos aspetos interpessoais acima descritos, por serem consideradas insignificantes no currículo académico, potencializam o recurso às medidas protetoras descritas. (Branch, 2014b), (“Being a Doctor, Being Human,” 2016) A figura de orientador e tutor é também relevante, pois representa um modelo para o estudante – médicos em síndrome de *burnout*, com conflitos de obrigações permanentes e com poucas competências empáticas, transformarão o ideal de ser médico de quem educam. A abordagem empática e centrada no doente parece, então, distanciar-se da prática clínica e restringir-se ao ensino teórico na área da Ética e da Psiquiatria e Saúde Mental, nunca permitindo um real desenvolvimento de uma estrutura uniforme no cuidado, que nem seja demasiado intrusiva nem distante. (Allen, 2013), (Cohen & Sherif, 2014), (Palmeira & Gewehr, 2018) A adicionar a este fator, o pensamento de que existe um formato singular para exercer medicina humanizada, acrescenta pressão relativamente à prática clínica, ou seja, um profissional de saúde pode apresentar uma atitude humanista que não seja semelhante a um colega seu e esta ser igualmente válida.

A presença cada vez maior da tecnologia na prática clínica merece uma reflexão quanto ao impacto que exerce na humanização do ato médico. Esta introduz-se na prática clínica já num *a priori* de procura de um equilíbrio entre a expertise técnica e humanística – o seu efeito mediador pode alterar a vivência de presença e disponibilidade, quer positiva quer negativa. (Halperin, 2015) A tecnologia tem, para alguns, uma relação inversa com a emoção e empatia, isto é, quanto maior o avanço tecnológico, menor a capacidade social e emocional. (Asokan, 2014) A tecnologia tem permitido presença à distância – por exemplo, o email – e agilizado a prática clínica

embora também, ao oferecer possibilidades de cuidado extremos, tenha criado um positivismo que pode incorrer no risco de futilidade e na sensação de que “estamos a fazer algo sobre o doente mais do que para benefício do mesmo” (traduzido e adaptado de (Sharpless, 2015, pg. 1643). (Bradley, 2014), (Sharpless, 2015)

Assim, com o intuito de mitigar, ou mesmo solucionar, os fatores condicionantes do humanismo, é necessário – além de os identificar – adotar medidas alternativas às atualmente em vigor.

ESTRATÉGIAS PARA PERMITIR O HUMANISMO?

Para garantir cuidados de saúde permeados por uma abordagem humanista, é necessário, em primeiro lugar, considerar as competências humanistas como fundamentais na identificação e na formação de candidatos nos cursos de saúde. Não é garantido que uma maior classificação no ensino secundário seja significado de capacidade de comunicação e de empatia, uma vez que, ser Humano, por si só, não torna alguém humanizado. (Salazar, 2016) Neste sentido, advoga-se como mandatório compreender a diversidade de valores e de pensamentos que caracterizam a sociedade, assim como a influência que esta exerce sobre os futuros profissionais de saúde. Por outras palavras, compreender o filtro singular através do qual cada indivíduo percebe o mundo e a realidade que o rodeia. O melhor entendimento do seu modo de sentir, pensar e agir, assim como da estrutura de valores que lhe está subjacente, terá um papel fulcral no modo de atuar enquanto prestador de cuidados de saúde. (Cotta et al., 2013)

No entanto, não basta avaliar a estrutura pré-formada, é, também, essencial que sejam integradas, no plano curricular, medidas formativas que foquem questões relacionadas com o humanismo da profissão. Por exemplo, estudos com estudantes sugerem um impacto positivo de medidas muito simples, como a vivência de boas vindas no primeiro dia. Também um programa que demonstre e enfatize a importância das virtudes em contexto da prática clínica, assim como a produção científica ou de seminários centrados na prática humanista, parecem melhorar o comportamento e as atitudes dos estudantes. (Danoff et al., 2015), (Evans et al., 2018) Outro exemplo são os

projetos de orientação e acompanhamento de novos alunos por alunos de anos mais avançados, que parecem aliviar o stress, ajudar na integração das diferentes funções inerentes à formação na área da saúde, e ser um fator protetor do humanismo ao longo do curso. (Bhatia et al., 2013) Também uma estratégia é a observação do comportamento de profissionais de saúde pelos estudantes, que é essencial, por lhes permitir reconhecer modos de pensar na prática clínica diária. (Moyer et al., 2010) A observação é uma das principais fontes de aprendizagem do ser humano, permitindo-lhe criar padrões de comportamento que irá replicar em situações semelhantes às observadas. Assim, a observação de atitudes e valências humanísticas, a inclusão de aspetos psicossociais e espirituais nos cuidados de saúde, a validação da singularidade e individualidade de cada doente na sua dimensão como sujeito e o estabelecimento de vínculos com o doente, são fulcrais para o entendimento da importância desta abordagem humanística. Não obstante o referido, é igualmente importante a figura de um tutor que partilhe o seu modo de pensar perante as situações que lhe são apresentadas, facilitando ao estudante o desenvolvimento do seu próprio pensamento autónomo. Uma relação de aprendizagem entre um clínico sénior e um júnior serve como meio de transporte à transmissão da arte. (Heusser, 2011), (Fátima et al., 2012), (Marino, 2013), (Bahman-Bijari et al., 2016)

Além das medidas descritas, existem medidas mais complexas, como a encenação de situações práticas, com posterior reflexão acerca do desempenho e das várias perspetivas, que permitem ao estudante visitar momentos de conflito e dificuldades enquanto estudante, futuro profissional e doente. (Cohen & Sherif, 2014) Esta experienciação de diferentes papéis, possibilita aperfeiçoar a abordagem, sem os problemas éticos de experimentar com doentes reais e, apesar de não aumentar a empatia, desenvolve competências empáticas e permite organizar as emoções, incrementando o equilíbrio emocional e a tranquilidade na interação, promovendo, desta forma, uma maior efetividade. (Burks & Kobus, 2012), (Branch, 2014b) É importante clarificar, no entanto, que um indivíduo submetido à aprendizagem de comportamentos humanizados, mantém características de distanciamento e objetividade. (Plant et al., 2015), (Brunero et al., n.d.) Não obstante, e independentemente do grau de empatia *a priori*, é essencial a existência de

oportunidades para desenvolver elementos promotores da qualidade da relação. (Burks & Kobus, 2012), (Cohen & Sherif, 2014), (Melo et al., 2019)

Paradoxalmente, também o contacto com modelos não humanistas de funcionamento pode promover a vivência de humanismo, pela exposição à heterogeneidade e conseqüente liberdade de escolher uma forma de estar. Qualquer estímulo de desenvolvimento é um estímulo positivo - neste caso, por encorajar o desempenho ou comportamentos humanísticos - pois incorpora a ideia de mudança ativa e de empoderamento. (Barrett, 2010), (Cohen & Sherif, 2014) Não menos relevante, é tornar os profissionais que adotam modelos menos humanistas conscientes disso, para que possam escolher e mudar. Este processo pode ser articulado, por exemplo, num método de 3 passos (Burks & Kobus, 2012), (Plant et al., 2015):

- (1) Identificar perspectivas: do paciente, acompanhantes e do próprio profissional;
- (2) Refletir acerca da convergência destas perspectivas e pontos passíveis de conflito;
- (3) Optar por uma atitude altruísta, validando as perspectivas do paciente e seus acompanhantes.

Os grupos de partilha e discussão de experiências, com profissionais e formandos, podem também contribuir, ao criar oportunidades de expor e processar essas mesmas situações experienciadas, na ausência de juízos de valor. De facto, não só é relevante viver experiências intensas na formação e na prática, de forma a expandir a capacidade de interação, como também o é a existência de espaços para processar essas experiências intensas, através da reflexão crítica e num ambiente que suporte e valide as abordagens. (Moyer et al., 2010), (Branch, 2015) A partilha de situações permite aliviar a carga emocional, complementando aprendizagens e fazendo o luto – aceitação –, por exemplo, dos doentes que morrem. (Moran, 2012), (Kesselheim et al., 2015), (Koloroutis, 2018) Estas intervenções de grupo permitem, deste modo, o desenvolvimento e manutenção de um código de conduta e de uma identidade profissional, neste caso, humanista, que deverá ser transversal a toda a carreira, e não meramente restrita ao início. (Ludwig, 2014) Estes fatores externos – sistemas e

interações – foram identificados, pelos próprios profissionais de saúde, como decisivos na construção de um ambiente favorável de trabalho. (Chou et al., 2014)

O desenvolvimento de competências intrapsíquicas de processamento emocional parece ser, também, fundamental, pelo que os profissionais de saúde devem ser capazes de lidar com as suas próprias emoções – a gestão emocional começa nas próprias emoções e só depois pode ser expandida na atenção e organização das emoções do Outro. O contrário seria arriscar

- (1) indisponibilidade para o outro pela atenção seletiva para dentro, na sua interioridade (estando a processar o seu próprio luto por exemplo) e
- (2) confundir as emoções que são partilhadas com as suas próprias experiências.

Desenvolver mecanismos para lidar com as próprias emoções parece, até, reduzir a probabilidade de exaustão emocional (*~burnout*). (Brunero et al., n.d.) A capacidade de gerir emoções é, também em si, criadora de novas formas de comunicação e de cuidado com os doentes, permitindo que surjam soluções inesperadas - por exemplo, foi sugerido que os estagiários recolhessem biografia e colocassem cartões à cabeceira dos doentes com as informações que estes desejassem que estivessem visíveis quando qualquer profissional os abordasse. (Hennelly et al., 2014)

CONCLUSÃO

Além de uma alteração do comportamento do profissional é, também, fundamental alterar o próprio sistema, de forma a que ele se torne mais humanizado, (Cole & Carlin, 2009), (Ferry-Danini, 2018) o que inclui tratar os profissionais de uma forma humana, ao invés de automatizada – por exemplo, com tempo disponível para dedicar ao autocuidado, à literatura e à arte em geral. (West, 2012), (Khan & Sodhi, 2016), (Restauri & Herr, 2019) Ler, em particular, parece ser uma atividade que promove a inteligência emocional, reduz a exaustão emocional e promove a reflexão e a atitude empática. (Craxì et al., 2017), (Restauri & Herr, 2019) É o respeito e apreciação do humano, solidificado num estilo de vida que equilibre o pessoal e o profissional, que permite ao profissional o desempenho em competências não técnicas. (Alley, 2011), (Eriksen et al., 2013), (Allen, 2013), (Chou et al., 2014) Neste desempenho humanista, o fundamental é alterar a estrutura do encontro médico doente, facilitando encontros de qualidade, com tempo e no ambiente adequado - só dessa forma é possível humanizar a medicina. (Ferry-Danini, 2018)

AGRADECIMENTOS

Este trabalho de final de mestrado apresenta-se como o resultado de um longo e laborioso percurso que foi o curso de medicina. Foi trilhado sempre sob o olhar atento de diversos elementos do corpo docente, que me inculiram a ambição de ser sempre melhor, não que os outros, mas melhor do que era no dia anterior.

Quero manifestar a minha mais sincera gratidão ao meu orientador Professor Doutor Luis Madeira que me acompanhou a cada passo. Obrigada pela orientação exemplar. Pela paciência e disponibilidade. Pelas correções e incansáveis indicações ao longo de todo o processo.

Agradecer também ao meu co-orientador, Doutor Sérgio Carmentes, especialmente pela titânica compreensão e disponibilidade expressas.

Agradecer ainda à minha mãe que me incentivou desde o primeiro momento a percorrer este caminho e acreditou nas minhas capacidades, mesmo quando me mostrei titubeante.

Agradecer aos meus irmãos, que de forma incessante me lembravam do significado das 'pausas' e da brincadeira, de forma a libertar-me da minha absorção no trabalho.

Não poderia deixar de agradecer também à Rita, ao Pedro e ao Bernardo, três pessoas que me são queridas e acompanharam também o processo, fortalecendo sempre o meu moral.

Por fim, gostaria de terminar com uma citação a Clarice Lispector: "Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe."

REFERÊNCIAS

Allen, J. G. (2013). *Psychotherapy is an ethical endeavor: Balancing science and humanism in clinical practice* (Vol. 77, Issue 2).

Alley, J. B. (2011). Sleepless. *JAMA*, 305(24), 2501–2502.
<http://jama.jamanetwork.com/>

Asokan, I. (2014). The gold-hope tang, md 2014 humanism in medicine essay contest second place: Ithink icare. In *Academic Medicine* (Vol. 89, Issue 11, pp. 1460–1461). Lippincott Williams and Wilkins.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000471>

Bahman-Bijari, B., Zare, M., Haghdoost, A. A., Bazrafshan, A., Beigzadeh, A., & Esmaili, M. (2016). Factors associated with students' perceptions of role modelling. *International Journal of Medical Education*, 7, 333–339.
<https://doi.org/10.5116/ijme.57eb.cca2>

Barrett, E. A. M. (2010). Power as knowing participation in change: What's new and what's next. *Nursing Science Quarterly*, 23(1), 47–54.
<https://doi.org/10.1177/0894318409353797>

Batt-Rawden, S., Flickinger, T., Weiner, J., Cheston, C., & Chisolm, M. (2014). The role of social media in clinical excellence. *The Clinical Teacher*, 11, 264–269.

Being a doctor, being human. (2016). *Archivos Argentinos de Pediatría*, 114(6).
<https://doi.org/10.5546/aap.2016.eng.502>

Beltrán-Salazar, O. A. (2013). Healthcare institutions do not favor care. Meaning of humanized care for people directly participating in it. In 194 • *Invest Educ Enferm* (Vol. 31, Issue 3).

Beltran Salazar, O. A. (2015). Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 33(1), 17–27.
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n1a03>

Bhatia, A., Singh, N., & Dhaliwal, U. (2013). Mentoring for first year medical students: humanising medical education. *Indian Journal of Medical Ethics*, 10(2), 100–103. <https://doi.org/10.20529/IJME.2013.030>

Bradley, K. (2014). The Gold-Hope Tang, MD 2014 humanism in medicine essay contest first place: There's an App for That. In *Academic Medicine* (Vol. 89, Issue 12, pp. 1638–1639). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000526>

Branch, W. T. (2014a). The Ethics of an Ordinary Doctor. *Hastings Center Report*, 44(1), 15–17. <https://doi.org/10.1002/hast.250>

Branch, W. T. (2014b). Treating the whole patient: Passing time-honoured skills for building doctor-patient relationships on to generations of doctors. *Medical Education*, 48(1), 67–74. <https://doi.org/10.1111/medu.12369>

Branch, W. T. (2015). Teaching professional and humanistic values: Suggestion for a practical and theoretical model. *Patient Education and Counseling*, 98(2), 162–167. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.022>

Brunero, S., Lamont, S., & Coates, M. (n.d.). *A review of empathy education in nursing*.

Burks, D. J., & Kobus, A. M. (2012). The legacy of altruism in health care: The promotion of empathy, prosociality and humanism. *Medical Education*, 46(3), 317–325. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04159.x>

Chou, C. M., Kellom, K., & Shea, J. A. (2014). Attitudes and habits of highly humanistic physicians. *Academic Medicine*, 89(9), 1252–1258. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000405>

Cohen, L. G., & Sherif, Y. A. (2014). Twelve tips on teaching and learning humanism in medical education. In *Medical Teacher* (Vol. 36, Issue 8, pp. 680–684). Informa Healthcare. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.916779>

Cole, T. R., & Carlin, N. (2009). The art of medicine - The suffering of physicians. In *Lancet* (Vol. 374, pp. 1414–1415). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61851-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61851-1)

Cotta, R. M. M., Reis, R. S., Campos, A. A. de O., Gomes, A. P., Antonio, V. E., & Siqueira-Batista, R. (2013). Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? *Ciencia e Saúde Coletiva*, 18(1), 171–179.

Craxì, L., Giardina, S., & Spagnolo, A. G. (2017). A return to humane medicine: Osler’s legacy. *Le Infezioni in Medicina*, 3, 292–297.

Danoff, A., Garabedian, M., Harnik, V., & Rosenthal, M. (2015). Off to a good start. *Medical Education*, 49(5), 514. <https://doi.org/10.1111/medu.12700>

Eriksen, K. Å., Arman, M., Davidson, L., Sundfor, B., & Karlsson, B. (2013). “We are all fellow human beings”: Mental health workers’ perspectives of being in relationships with clients in community-based mental health services. In *Issues in Mental Health Nursing* (Vol. 34, Issue 12, pp. 883–891). <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.814735>

Evans, D. J. R., Pawlina, W., & Lachman, N. (2018). Human skills for human[istic] anatomy: An emphasis on nontraditional discipline-independent skills. In *Anatomical Sciences Education* (Vol. 11, Issue 3, pp. 221–224). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/ase.1799>

Facioli, A. M., Amorim, F. F., Jozefo, K., & Almeida, Q. De. (2012). *A Model for Humanization in Critical Care*. 16(4), 75–77.

Fátima, M. De, Melo, G., & Oliveira, H. J. De. (2012). Receptiveness and Humanization from the Perspective of Anesthesiologists. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 62(2), 199–213. [https://doi.org/10.1016/S0034-7094\(12\)70118-6](https://doi.org/10.1016/S0034-7094(12)70118-6)

Ferry-Danini, J. (2018). A new path for humanistic medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 39(1), 57–77. <https://doi.org/10.1007/s11017-018-9433-4>

Gaufberg, E., & Hodges, B. (2016, March 1). Humanism, compassion and the call to caring. *Medical Education*, 50(3), 264–266. <https://doi.org/10.1111/medu.12961>

Habal, M. B. (2011). Medicine Cannot Thrive on Enforced Mediocrity That Will Eventually Defeat Us All. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 22(6), 1989–1990.

Halperin, E. C. (2015). Striking a balance. *Practical Radiation Oncology*, 5(6), 357. <https://doi.org/10.1016/j.prro.2015.02.016>

Haning, B. (2016). Leonard Tow Humanism in Medicine Address: “Death Was Never Enemy of Ours.” *Hawai’i Journal of Medicine & Public Health : A Journal of Asia Pacific Medicine & Public Health*, 75(10), 310–311.

Hennelly, M. O., Savage, T. J., Gliatto, P., & Krauskopf, K. (2014). “Ask what person the disease has.” In *Medical Education* (Vol. 48, Issue 11, p. 1122). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/medu.12564>

Henriques, L. V. L., Dourado, M. de A. R. F., de Melo, R. C. C. P., & Tanaka, L. H. (2019). Implementation of the humanitude care methodology: Contribution to the quality of health care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2430-3123>

Heusser, P. (2011). Integrative Medicine and the Quest for Humanism in Medicine. *Karger*, 18, 172–173. <https://doi.org/10.1159/000330650>

Kesselheim, J. C., Atlas, M., Adams, D., Aygun, B., Barfield, R., Eisenman, K., Fulbright, J., Garvey, K., Kersun, L., Nageswara Rao, A., Reilly, A., Sharma, M., Shereck, E., Wang, M., Watt, T., & Leavey, P. (2015). Humanism and professionalism education for pediatric hematology-oncology fellows: A model for pediatric subspecialty training. *Pediatric Blood and Cancer*, 62(2), 335–340. <https://doi.org/10.1002/pbc.25253>

Khan, A., & Sodhi, S. (2016). Professionalism Sans Humanism: A Body Without A Soul. *Academic Medicine*, 91(10), 1331–1332. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001348>

Koloroutis, M. (2018). *The Ethical Imperative to See the Whole Person: A Conversation With Lois Swope*.

Kompanje, E. J. O., van Mol, M. M., & Nijkamp, M. D. (2015). 'I just have admitted an interesting sepsis'. Do we dehumanize our patients? In *Intensive Care Medicine* (Vol. 41, Issue 12, pp. 2193–2194). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-4014-8>

Lee Roze des Ordons, A., de Groot, J. M., Rosenal, T., Viceer, N., & Nixon, L. (2018). How clinicians integrate humanism in their clinical workplace—'Just trying to put myself in their human being shoes.' *Perspectives on Medical Education*, 7(5), 318–324. <https://doi.org/10.1007/s40037-018-0455-4>

Loxterkamp, D. (2013). *Humanism in the time of metrics — an essay by David*. 5539(September), 1–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5539>

Ludwig, S. (2014). Domain of competence: Professionalism. *Academic Pediatrics*, 14(2 SUPPL.). <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.11.013>

Marino, R. V. (2013). Musings on Humanism, Medicine, and Medical Education. In *The Journal of the American Osteopathic Association* (Vol. 113, Issue 3, pp. 196–197).

Markides, M. (2011). *The Importance of Good Communication Between Patient and Health Professionals*. www.jpho-online.com

Melo, R. C. C. P. de, Costa, P. J., Henriques, L. V. L., Tanaka, L. H., Queirós, P. J. P., & Araújo, J. P. (2019). Humanity in the humanization of elderly care: experience reports in a health service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 825–829. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0363>

Montgomery, L., Loue, S., & Stange, K. C. (2017). Linking the Heart and the Head: Humanism and Professionalism in Medical Education and Practice. *Family Medicine*, 49(5), 378–383.

Moran, J. (2012). Learning to let patients die. *Journal of Palliative Medicine*, 15(3), 364–366. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0364>

Moyer, C. A., Arnold, L., Quaintance, J., Braddock, C., Spickard, A., Wilson, D., Rominski, S., & Stern, D. T. (2010). What factors create a humanistic doctor? A nationwide survey of fourth-year medical students. *Academic Medicine*, 85(11), 1800–1807. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181f526af>

Of Science, Humanism, and Medicine. (2015). *JAMA*, 314(7), 734. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.11930>

Palmeira, A. B. P., & Gewehr, R. B. (2018). The place of the experience of illness in the understanding of ailments: Medical discourse and subjectivity. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 23(8), 2469–2478. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.15842016>

Plant, J., Barone, M. A., Serwint, J. R., & Butani, L. (2015). Taking humanism back to the bedside. In *Pediatrics* (Vol. 136, Issue 5, pp. 828–830). American Academy of Pediatrics. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3042>

Restauri, N., & Herr, K. D. (2019). A Physician's Tale: Humanism and the Power of Narrative. In *Journal of the American College of Radiology* (Vol. 16, Issue 1, pp. 124–127). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2018.07.019>

Salazar, O. A. B. (2016). The meaning of humanized nursing care for those participating in it: Importance of efforts of nurses and healthcare institutions. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 34(1), 18–28. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a03>

Schiffman, F. (2017). Treating the patient, Not the Disease: Fred Schiffman on Humanism in Medicine. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 31(4), 246–247.

Sharpless, J. (2015). The Gold-Hope Tang, MD 2015 Humanism in Medicine Essay Contest: First Place: Being the Narrator. In *Academic Medicine* (Vol. 90, Issue 12, pp. 1634–1635). Lippincott Williams and Wilkins.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000931>

Silva, R. M. C. R. A., de Oliveira, D. C., & Pereira, E. R. (2015). A produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde: Singularidade, direito e ética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 936–944. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0505.2634>

Simpkin, A. L., Dinardo, P. B., Pine, E., & Gauferberg, E. (2017). Reconciling technology and humanistic care: Lessons from the next generation of physicians. *Medical Teacher*, 39(4), 430–435. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1270434>

Stepanyan, K. D. (2015). On losing your humanity. In *Annals of Internal Medicine* (Vol. 163, Issue 6, pp. 479–480). American College of Physicians. <https://doi.org/10.7326/M15-0731>

Tardy, M. E. (2015, May 1). “Until Mary Ellen held my hand. . .” The critical importance of touch in medicine. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 81(3), 229–230. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.03.001>

Tsang, S. (2015). Arrow physicians: Are economics and medicine philosophically incompatible? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(3), 419–426. <https://doi.org/10.1111/jep.12348>

Vogt, H., Ulvestad, E., Eriksen, T. E., & Getz, L. (2014). Getting personal: Can systems medicine integrate scientific and humanistic conceptions of the patient? In *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (Vol. 20, Issue 6, pp. 942–952). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jep.12251>

West, C. P. (2012). Empathy, distress and a new understanding of doctor professionalism. In *Medical Education* (Vol. 46, Issue 3, pp. 243–244). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04192.x>