

Artigos originais

Esta seção destina-se à publicação de artigos enviados espontaneamente pelos interessados

**A humanização na saúde: estratégia de marketing?
A visão do enfermeiro**

***The humanization in health: marketing strategy?
The nurses' point of view***

Lucília Nunes

Conselho Jurisdicional, Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.
lucilia.nunes@gmail.com

Resumo: Dividido em três partes, este trabalho discute a humanização sob o prisma do olhar do enfermeiro, discutindo questões relativas às estratégias de marketing. Ao discorrer sobre a humanização, aborda questões como a defesa da vida humana e o desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam saudáveis ou doentes. Propõe que humanizar é assegurar as condições do exercício dos profissionais e as premissas para a ação dos cuidadores, criando um espaço físico esteticamente agradável, confortável, funcional e seguro, mas, sobretudo, desenvolvendo na equipe de profissionais uma cultura de humanização, a partir de processos de trabalho nos quais o cuidado com o outro seja prioridade.

Palavras chave: Humanização. Interdependência. Reconhecimento do outro. Marketing. Responsabilidade coletiva.

Abstract: This study is divided in three different parts, discussing the humanization under the nursery point of view, discusses including questions about marketing strategies. Some issues like the human life defense and the integral human development, being healthy or sick, are taken along the humanization discussion. Suggests that to humanize is to ensure conditions for the professionals to work, is also to ensure conditions for the ones who take care, creating an space that is esthetically pleasant, comfortable, functional and safe, but, above all this things, developing inside the staff a whole humanization culture, starting from those processes where taking care of the other is a priority.

Key words: Humanization. Interdependence. Recognizing the other. Marketing. Collective responsibility.

Humanizar pode ser interpretado como *tornar mais humano*, no contexto dos atos profissionais que ligam as pessoas, no caso, entre enfermeiro e cliente/família, entendendo-se por família os conviventes significativos, além dos laços de parentesco. Nesse sentido, ao prestar cuidados é essencial dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade. Note-se que pensar a humanização pode ser colocado na relação interpessoal, até na perspectiva macro, como dimensão das políticas de saúde. O sentido que se pode extrapolar vai bastante além do que à primeira vista possa parecer.

O *humanismo*, como doutrina, centra-se nos interesses e valores humanos, caracterizando-se por uma valorização do espírito humano. No Século XX, no campo filosófico, produziu-se um retorno às abordagens compreensivas - é preciso *voltar ao sentimento da vida*, dirá Dilthey (1). É preciso voltar às *coisas mesmas*, dirá Husserl (2). Se quisermos, é preciso enfatizar o compromisso com o mistério da vida, com a *práxis* e com a *compreensão da contingência humana*, dirão os existencialistas.

Trazer as premissas do humanismo para a área de saúde deve estar pontuado em alguns focos essenciais. Em primeiro lugar a *centralidade do sujeito* em intersubjetividade, pois que o humano diz respeito ao sujeito e à vida humana. Este sujeito não é apenas o delicado profissional de boa vontade, da mesma maneira que não se trata simplesmente de criar um ambiente favorável numa entrevista de acolhimento; não é apenas tratar o outro pelo nome que ele gosta de ser tratado, ainda que o seja também. Vai mais longe, no reconhecimento da humanidade do outro, da sua capacidade de pensar, de interagir, de se manifestar. No reconhecimento da autonomia do outro, portanto.

Sendo central a relação com as pessoas, é fácil estabelecer ligação ao *princípio do respeito pela vontade da pessoa*. E acerca disto não temos dúvida. Mas será preciso ter atenção com as situações de vulnerabilidade em que a pessoa se encontra fragilizada. Temos a noção de que o sofrimento e a doença são muito (in)capacitantes no que se

refere à autonomia pessoal. Outras fontes de dificuldade podem ser a escassez de informação e o receio de perguntar, a existência de hábitos aditivos, a tomada de decisão sob pressão emocional ou a relação entre a expectativa e a necessidade em cuidados.

Perante alguém que tem, formalmente, as condições para decidir de acordo com o princípio da autonomia é necessário ter em conta que existem situações que reduzem as capacidades pessoais de auto-reger-se. Parece do mais elementar bom senso que existem decisões que não se tomam, de forma cautelar, quando se está menos capaz, fragilizado, deprimido ou muito aborrecido. Sabendo disto, não se pode entender linearmente que *aquela* pessoa deva ser "lançada" à sua autonomia, simplesmente porque cumpre os requisitos da competência e do discernimento para decidir. A ação do enfermeiro precisa estar voltada a dar suporte, apoiar, esse processo de decisão.

Igualmente, o inverso surge como inaceitável, ou seja, não cabe ao profissional, na generalidade, decidir pela pessoa, mesmo que seja no que entender ser o melhor interesse do outro. Até porque os profissionais, eles mesmos, podem cair na tentação de decidir pelo outro com base nos saberes e nas probabilidades, confundindo decisão exclusivamente técnica e decisão pessoal de aceitação ou recusa de cuidado. Pode ocorrer, ainda, em situações de perda definitiva ou provisória de autonomia, que o profissional atue simultaneamente no sentido da beneficência e da não maleficência. Mas os interesses dos profissionais de saúde, no geral, e dos enfermeiros, em particular, nem sempre coincidem com os interesses das pessoas a cuidar; aliás, tal se verifica mesmo na percepção da diferença das necessidades que a pessoa tem e aquelas que o profissional identifica.

É necessário estar atento ao *sentido da interdependência*, que se reafirma na solidariedade ao outro em intersubjetividade. Pois não apenas nenhum de nós existe separado, como estabelecemos relações de interdependência recíproca e de co-responsabilidade. Foi o que procuramos explicitar a propósito do respeito pela autonomia da pessoa, não a abandonando à sua autonomia, nem a substituindo na sua decisão.

Vivemos em comunidade, em sociedade, no que se pretende ser a construção de instituições justas. Como afirma Walzer, juntos "para partilhar, dividir e trocar. Também nos juntamos para fazer as coisas

que são partilhadas, divididas e trocadas; e esse trabalho de as fazer é distribuído entre nós" (3). Assim, o sentido é alargado, pois a idéia de justiça distributiva tem tanto a ver com *ser* e *fazer* como com *ter*; reporta à produção e o consumo, a identidade e o *status*, a possuir bens patrimoniais ou pessoais. Ainda que saúde não seja um produto a ser consumido, nem algo que possa ser distribuído, deve-se notar que a acessibilidade - ou o acesso - a cuidados de saúde, são responsabilidade social. A saúde é um bem social e um direito fundamental.

O reconhecimento do outro, em sentido mais específico, conduzir-á a que, nesta delicada área da saúde, este não seja tratado como um corpo ou uma doença. Se a fragilidade da vida é o que torna presentes as ameaças (doença, incapacidade, morte), conjugamos esforços para manter a vida - aliás, melhor dizendo, para humanizar a vida. Em situação de saúde, de doença, de deficiência ou de dificuldade, é necessário precisar a natureza dos problemas ou necessidades que afetam o outro, sobretudo em termos de sentido, do impacto que cada situação tem em concreto para aquela pessoa. Visualiza-se a existência de limites¹ aos cuidados (4) porque, efetivamente, qualquer cuidado deve fazer sentido tanto para os enfermeiros que os prestam, como para aqueles a quem são prestados, contribuindo para dar sentido à vida. Mas, o cuidado é mais do que isto, pela necessidade das pessoas perceberem resultados de ganhos em saúde pela ação dos enfermeiros.

Estaremos todos de acordo que a saúde é uma das condições mais decisivas para o desenvolvimento do plano de vida de cada pessoa. Cada projeto, individual ou coletivamente perseguido, supõe um estado e um processo em que cada pessoa procura o equilíbrio (a homeostase) e o bem-estar, atendendo às vertentes física, emocional, socio-cultural e espiritual. Por isso, os cuidados de saúde são especiais. Uns concordarão com esta afirmação pela sacralidade da vida, outros pelo usufruto e fruição da vida, terceiros pela utilidade ou funcionalidade social ou, ainda, numa ótica economicista porque envolve grandes quantias de dinheiro (tanto na prestação direta como na segurada). A proteção à saúde tem de ser vista como um bem, como um direito dos cidadãos e atender aos princípios da justiça social e da responsabili-

¹ Segundo considera Françoise Collière, há duas dimensões nos limites dos cuidados: a funcionalidade e o sentido.

dade coletiva, respeitando a eqüidade e a acessibilidade.

Ainda assim, a proteção da saúde é discutida hoje como um bem, objeto de negócio jurídico, nomeadamente de prestação de serviços. Os cuidados de saúde são abordados por alguns como bens disponíveis no comércio jurídico e, numa visão ainda mais economicista (na perspectiva de economia igual a mercado livre), como bens livremente circuláveis no mercado. Pensemos na evidência de escassez de recursos financeiros, fato com o qual a maioria dos governos hoje se confronta, e nos avultados custos que os cuidados de saúde suportados pelo Estado, atualmente constituem. Tais razões reforçam a necessidade das políticas públicas de saúde estarem centradas nas pessoas, sendo inclusivas nos acessos, observando o enquadramento ético da responsabilidade social. Isto porque, vale a pena repetir, os cuidados de saúde são uma área de responsabilidade coletiva para a qual todos contribuem, com os impostos, por exemplo, utilizados para satisfazer um nível mínimo de cuidados de saúde para todos os cidadãos.

Gadamer tem razão quando afirma que a medicalização é a "apologia da arte de curar" (5) e que tem sido adversa a uma visão mais humanista e humanizada da saúde. Além da centralidade excessiva na atenção à doença, a medicalização dificulta centrar o foco na saúde, tendo em conta seus diversos entrelaçamentos com a educação, com os hábitos de vida, com as condições do trabalho, com a cidadania e com o ambiente.

A humanização na saúde tem relação estreita com a defesa da vida humana e do desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam eles cidadãos saudáveis ou doentes. Afinal, de que falamos quando falamos de humanização? Falamos de humanização no atendimento? De colocar quadros nos corredores e cadeiras com cores alegres, para esperar muitas horas? Das normas de qualidade e dos processos de certificação? Ainda que também o seja, a humanização tem de ir mais além, desde a formação contínua à preocupação com as necessidades dos pacientes: *Humanizar é tornar mais humano*, repetiria. Criar ambientes mais acolhedores e mais propícios a uma assistência mais humanizada e também disseminar informação, criar condições e tornar acessíveis os recursos que possibilitem a autonomia e a participação dos usuários nas decisões.

Pode colocar-se a reforma do sistema de saúde na agenda política, mas no espaço institucional, é preciso fazer singrar caminhos que viabilizem as mudanças na gestão dos serviços de saúde, no sentido humanizá-los e promover a inclusão social. Humanizar é também assegurar as condições do exercício dos profissionais, as premissas para a ação dos cuidadores. Daí que humanização se articule com muito mais áreas do que pareceria ao início.

Volto a evocar Gadamer quando afirma que: "aquele que atua, lida com coisas que nem sempre são como são, pois que são também diferentes" (5). E esta afirmação demasiado simples, reporta ao problema da aplicação. Havia, na ética aristotélica, uma fundamental diferenciação entre o *conhecimento ético* e o *conhecimento técnico*. Na técnica tem-se sempre um *saber prévio* ao qual se recorre; na ética, no mundo da ação, vale sobretudo o *saber-se* em situação. Se quisermos, seguindo Gadamer, o problema da aplicação é sempre um problema ético; por mais que se tente nunca se conseguirá reduzi-lo a um problema técnico. Diria ainda que é também um problema político, pensando a política como o que rege as relações entre os homens. E poderia aqui evocar Jurgen Habermas (6).

A ética do discurso constrói-se, diz Habermas, nos processos de debate. Envolve decisões existenciais, um agir no mundo e uma ética de solidariedade contra o sofrimento e a opressão. Radica-se na capacidade de encontrar ou de produzir um consenso dialogal, pelos nossos atos de fala (*speech acts*) e na pluralidade de vozes e opiniões. Curioso, que Bernard Shaw tenha afirmado que "a linguagem dos profissionais é uma conspiração contra os leigos" e que os enfermeiros dediquem tanta atenção à adequação do que dizem, de acordo com os intervenientes.

Notemos que só é possível fomentar a humanização se o ambiente for humanizador. O desafio para o enfermeiro é criar um espaço físico esteticamente agradável, confortável, funcional e seguro, mas, sobretudo, desenvolver na equipe de profissionais uma *cultura de humanização*. Numa equipe em que cuidar do outro é uma prioridade, todos desenvolvem capacidades, *humanizam-se*. Numa equipe moralmente evoluída a preocupação pelo *outro vulnerável* origina uma resposta eficiente às necessidades.

Vejo o enfermeiro como um profissional do *cuidado*, do diálogo

responsável que visa proteger e salvaguardar a dignidade da pessoa humana, nas suas intervenções. E o cuidado, pela sua natureza é humanizado e humanizador, atento ao percurso existencial e à situação concreta da pessoa. Agora, para responder ao desafio da pergunta que nomeia este trabalho, se interrogará a humanização como estratégia de *marketing*, na visão do enfermeiro. Para isso, se irá detalhar e conceituar a idéia de *marketing*.

Do marketing

Segundo Jerome McCarthy, "marketing é um processo social que dirige o fluxo dos bens e serviços dos produtores para os consumidores, de maneira a equilibrar efetivamente a oferta e a procura, a fim de alcançar os objetivos da sociedade"(7). O *Chartered Institute of Marketing do Reino Unido*, define *marketing* como "o processo de gestão responsável por identificar, antecipar e satisfazer os requisitos esperados pelos clientes, que lhes traga proveitos" (8). Ou seja, é responder ao que as pessoas precisam. Assim, *marketing* é atuar no mercado, com toda sua dinâmica e compreendendo-o nas diversas variáveis, inter-relacionadas. Ainda de acordo com McCarthy, o *marketing* tem como grandes desafios, relativamente às relações entre o mercado e a comunicação, um misto de quatro grandes componentes que tem que integrar: o produto, o preço, o lugar e a promoção² (os quatro P: *product, place, price and promotion*), sendo estes relacionados com um quinto, essencial, que são as pessoas, tanto clientes como prestadores de serviços. Assim, o *marketing* exige planejamento:

1) Deve ser precedido de *pesquisa* - pois é preciso detectar se existe ou não procura por um determinado serviço ou produto;

2) Tendo a pesquisa como referência, cria-se ou modifica-se um produto existente que, no caso, é um serviço. Enquanto os produtos são materiais e tangíveis, os serviços são imateriais e intangíveis e,

² Só a promoção (ou comunicação) envolve um conjunto de itens relacionados com tudo o que tem a ver com os produtos ou serviços, tais como a venda, os anúncios, a promoção de vendas, o marketing direto, a publicidade, os patrocínios, a exibição/demonstração dos serviços ou produtos, a identificação geral, a embalagem/apresentação, os pontos de venda ou "merchandising" bem como a forma de passar a informação.

enquanto um produto é avaliado de forma objetiva e direta, um serviço é avaliado de forma subjetiva e indireta. Assim, muito mais do que ocorre com um produto, o sucesso de um serviço dependerá da *credibilidade* que for capaz de inspirar no cliente. Em relação a serviços, credibilidade é palavra-chave, um conceito que floresce no relacionamento entre pessoas.

3) As *pessoas* fazem parte do produto ou do serviço. Note-se que quanto mais intangíveis são os serviços, mais a pessoa do profissional - do enfermeiro, no caso - se confunde com os serviços que executa. Assim, enfermeiros simpáticos são considerados pelo cliente como sendo enfermeiros competentes. O inverso também é verdadeiro. Este raciocínio está centrado na lógica do cliente, até porque em *marketing* é esta lógica que prevalece. No tópico *pessoas* é bom que se ressalte que o atendimento dado ao cliente tem sido, em muitos casos, o ponto crítico até na acessibilidade das pessoas aos serviços;

4) O *preço* é um dos componentes dos custos dos serviços, mas não é o único fator que determina os custos finais percebidos pelos clientes. Há quem afirme que os clientes não decidem em função do preço, como normalmente se pensa, e sim em função do *valor* percebido no serviço, ou seja, uma relação custo/benefício, resultante do preço e do serviço prestado, assim como as vantagens de obtenção deste serviço. Para tornar um serviço mais atrativo sem alterar o preço basta, por exemplo, reduzir a dificuldade em sua obtenção.

5) O local ou sítio, assim como sua apresentação, são relevantes e é preciso ter em conta a identidade visual, que reforça a proposta de trabalho. O reforço da mensagem não verbal que se quer passar aos clientes visa aumentar a *credibilidade* dos serviços.

6) A *promoção* ou comunicação inclui a propaganda - um certo diferencial competitivo, que não passa pela técnica (que tem uma linguagem hermética para os clientes), mas por uma mensagem criteriosamente escolhida e que possa ser cumprida na prática (até para efeitos de credibilidade...). Pensaria nos lemas de algumas organizações, e, para sair da área da saúde, pode ser tomado como exemplo "o diferencial competitivo" da Nokia - *connecting people* ou da Honda "produzir onde há procura". Nisso se pode incluir o lema do Brasil, "Ordem e Progresso"...

7) Estratégia de *marketing* coloca juntos todos os elementos: o pro-

duto/serviço, as pessoas que executam, o preço, o local e a promoção do produto/serviço. O segredo de um bom *marketing* está em procurar a coerência entre todos os elementos e a identidade com os clientes. A *Estratégia de Marketing* acontece quando alinhamos, de forma sinérgica, ações operacionais com as necessidades dos clientes, de forma lucrativa para a organização. Desta forma, otimizam-se os recursos e maximizam-se os lucros: tanto o lucro financeiro, quanto a qualidade de vida e o prestígio social da organização junto à comunidade.

8) Finalmente, é necessário o *controle do marketing*, pois não basta ter 99% de ações corretas, é necessário corrigir o 1% que não o foi.

Sem discutir a utilidade e as competências específicas do *marketing* na saúde, assim como a inovação que esta função pode trazer, destaca-se a prévia relevância de uma definição de políticas de saúde e a existência dos recursos necessários, entre os quais, os humanos, assim como o envolvimento das pessoas - prestadores de cuidados e usuários. Noutra perspectiva, e dadas as mudanças nas organizações de saúde, se pode pretender encontrar formas de persuadir para a aceitação de novos modelos de políticas e gestão de recursos, de modo a que a mudança seja uma realidade aceita e partilhada, incutindo, por via do *marketing*, "um clima de confiança que reforce o sentido de pertença que as profissões da saúde têm em relação às suas instituições e a confiança do cidadão no seu sistema de saúde, mesmo perante as alterações" (9).

Um "mercado de saúde" suporia, como facilmente se percebe, a existência de uma *oferta* de serviços, que procura ir ao encontro das necessidades e expectativas das populações, em relação à qual os cidadãos participam livremente, escolhendo entre os serviços disponíveis. Ou seja, se está em torno da liberalização de serviços, de forma a dar-se aos cidadãos mais oportunidades de escolha de serviços, indo ao encontro de suas próprias necessidades.

Deve-se notar que, pensando no mercado, pode acontecer que necessidades sejam criadas, além das previamente existentes. Estaria aqui a equacionar a formulação e a *construção* de necessidades, sendo que o incitamento ao consumo pode desencadear *necessidades* e influenciar claramente as tendências, independentemente das carteiras de clientes. Por outro lado, numa lógica de liberalismo em que

o mercado nivele, a tendência será nivelar por baixo. Em termos futuros, o mercado oferecerá os cuidados que as pessoas entendam como úteis... Portanto, podemos interrogar o que oferecemos às pessoas.

Faltaria aqui o conceito de *marketing social* (10; 11), que pode ser aplicado a uma ampla variedade de questões sociais, como os direitos de minorias, a prevenção de abusos contra as crianças, a violência contra as mulheres, entre outros³. Hoje, está bastante difundido o conceito de Wasek, que assinala a finalidade do *marketing social* como sendo "garantir o bem-estar do indivíduo e da sociedade" (12), privilegiando o cliente. De acordo com os especialistas⁴, o *marketing social* parece ser mais apropriado quando novas informações precisam ser disseminadas; quando é necessário reduzir o consumo de produtos ou comportamentos potencialmente perigosos.

O *marketing social* tem sido visível em sua aplicação na área da nutrição (a propósito da obesidade crescente, por exemplo), da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, no planejamento familiar, na preservação ambiental com a triagem do lixo ou nas campanhas por maior segurança nas estradas. Assim, o *marketing* pode ser feito no apoio às alterações de comportamento de usuários e profissionais. Em Portugal isso pode ser observado em relação ao uso de medicamentos genéricos ou com a promoção da doação de sangue, no esforço de transformar a primeira doação voluntária em doação contínua, com fidelização do doador.

Outro ponto de reflexão relaciona-se com a qualidade dos serviços

³ Para Kotler e Zaltman é "projeto, implantação e o controle de programas que procuram aumentar a aceitação de uma idéia ou prática social num público-alvo". É utilizado por organizações que não visam lucro (ao contrário do que costumamos pensar) e aplica os conhecimentos adquiridos na prática empresarial, como é o caso do estabelecimento de objetivos ou o direcionamento de produtos para grupos específicos de consumidores. Schiavo afirma que *marketing social* é "a gestão estratégica do processo de mudança social a partir da adoção de novos comportamentos, atitudes e práticas, nos âmbitos individual e coletivo, orientados por princípios éticos, fundamentados nos direitos humanos e na equidade social".

⁴ Conforme Kotler, de acordo com a mudança pretendida, o *marketing social* pode ser classificado em quatro tipos:

- 1) mudança cognitiva, para melhorar o nível de conhecimento de um segmento da população a respeito de um determinado produto, serviço ou idéia;
- 2) mudança de ação cujo objetivo é levar as pessoas a realizar uma ação específica durante um certo período de tempo, como a vacinação contra a gripe;
- 3) mudança de comportamento que significa a modificação de algum aspecto do com

e considera que os processos de certificação e acreditação por diferentes organismos são uma das formas das instituições publicitarem a qualidade dos seus serviços perante a sociedade. Podemos pensar no *King's Fund* ou na *Joint Comission*, por exemplo. Um fator muito importante na divulgação dos serviços e na captação de clientes está relacionado à imagem dos serviços prestados, transmitida por cada um que utiliza as instituições de saúde. Este é um fator importante, pois é das opiniões e referências dos usuários, que podem resultar soluções e correções, de modo a melhorar esses mesmos cuidados e imagem das instituições. Neste âmbito, a valorização de serviços ajustados às necessidades, a valorização da sua qualidade, a valorização da pessoa humana, tornam-se fundamentais.

É justamente em relação a isso que, além dos serviços oferecidos, infra-estrutura e equipamentos, se inclui o cuidado, que é prestado pelos profissionais a cada usuário. No caso da saúde, o cuidado precisa transmitir a sensação de individualização, personalizando os cuidados e procurando incutir satisfação e confiança.

Da visão do enfermeiro

Retomemos a idéia do que é um profissional: alguém que firmou uma declaração pública, comprometendo-se a agir de um determinado modo. Em Portugal, de acordo com o *Código Deontológico do Enfermeiro*, as intervenções de enfermagem "são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro"⁵, entendendo como valores⁶ universais a igualdade, a liberdade de escolha responsável (tendo em atenção o bem comum), a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e aperfeiçoamento profissional (13). São princípios orientadores, a responsabilidade, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício.

portamento individual, visando com isso aumentar o bem-estar próprio, e apresenta um grau de complexidade maior com relação às mudanças anteriores e;

4) mudança de valor, o tipo mais complexo, caracterizada por uma situação que visa uma alteração nas crenças ou nos valores que um grupo alvo possui em relação a algum objeto ou situação.

⁵ Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, artigo 78º /1.

⁶ Idem, 78º/2.

Para que se perceba a importância do tema é necessário lembrar que desde Nightingale, encontramos a preocupação com a qualidade do atendimento prestado aos soldados, a qual contemplava além das formas de tratamento e higiene, da luz e do ar, as questões relacionadas ao seu bem-estar. Não é acidental que a *Dama da Lâmpada* escrevesse cartas ditadas pelos soldados ou que circulasse de noite, verificando os que dormiam. Tomando tal exemplo como base, falarmos hoje de humanização ou do "resgate da humanização" é, basicamente, reafirmar e respeitar os direitos das pessoas, colocadas ao cuidado dos profissionais da saúde. E retomar o fio das relações interpessoais, que torna o mundo mais humano.

O que pode ser lamentável é tomarmos a idéia fundante da ação dos enfermeiros e fazer dela uma bandeira, como se fosse "algo mais" do que é realmente devido às pessoas. O cliente/usuário tem direito a ter sua dignidade respeitada, assim como suas necessidades, valores e crenças e de seus familiares. Tem direito ao alívio da dor com os recursos tecnológicos e psicológicos disponíveis, além de direito a um acolhimento que preserve a privacidade e a um ambiente que facilite o restabelecimento ou uma morte digna.

Na prestação direta de cuidados, o *paradigma de curar*, de acordo com alguns autores, foi-se tornando presa fácil dos desenvolvimentos tecnológicos, como se a preocupação se tivesse centrado na "doença da pessoa" e nos tratamentos. Num outro eixo de leitura e compreensão, o *paradigma do cuidado* orienta-se para a "pessoa que tem necessidade de cuidados" na saúde, na doença ou na incapacidade - e o significado difere consideravelmente. É nesta ótica, por exemplo, que o cuidado paliativo não surge como uma espécie de "prêmio de consolação" porque não se pode curar ou tratar. Passa a ser parte integrante do projeto de estar com a pessoa, numa visão integral e respeita inteiramente o direito à vida, já que *vida digna* significa, em situação-limite, morte digna.

A relação enfermeiro-pessoa é uma interação profissional e retomamos aqui a idéia de *limite*, pois a pessoa a cuidar não é, a princípio, um amigo, pelo menos à maneira aristotélica, mas um *outro* próximo com o qual se estabeleceu um laço de compromisso e um pacto de cuidado. Por isso, e na sua essência, respeita a pessoa, valoriza a autonomia e demonstra solicitude numa visão holística, num olhar global.

Não vejo a relação entre humanização e enfermagem como "idéia da moda" ou de "estratégia de *marketing*". A enfermagem constitui-se como ciência e arte do cuidado humano, por isso não poderá respirar outra atmosfera. Caso se negue, definhará e deixará de ser o que é, já que "fazer cuidados" não é a mesma coisa que "prestar cuidados". Liga-se a um valor ético e deontológico, nas raízes e na finalidade da profissão de enfermagem. Se desumanizada, não será essencialmente enfermagem.

Fundamentalmente, os cuidados têm de ter em conta a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, clarificando o que tem sentido ou contribui para dar sentido à sua vida. Ademais, o centro da ação e o eixo estruturante da ação do enfermeiro é a pessoa. Em todos os atos, o desempenho dos enfermeiros realiza-se para e pela pessoa. Assim, os enfermeiros substituem, ajudam e complementam as competências funcionais das pessoas em situação de dependência, na realização das atividades de vida. Os enfermeiros orientam, supervisionam e lideram os processos de adaptação individual, o auto-cuidado, os processos de luto, os processos de aquisição e mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis.

Nesta perspectiva, o enfermeiro orienta sua intervenção no sentido de contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa. O cuidado profissional - a prática de enfermagem - está ligado aos processos e problemas inerentes ao nascimento, crescimento, estado adulto, reprodução, maternidade e paternidade, manutenção da saúde física e mental, envelhecimento e morte. Entende-se que o papel do enfermeiro na prestação de cuidados ocorre em crises ou passagens de vida, em alturas de transição e necessidade de ajustamento. Neste sentido, a prestação e a gestão de cuidados do enfermeiro expande-se a tudo o que diga respeito à situação humana, desde o nascimento ao envelhecimento ou a doença crônica; de cuidar do moribundo e da família ao lidar com recusa de cuidados; de gerir a escassez de recursos e estabelecer prioridades à gestão de conflitos nas equipas multidisciplinares; do lidar com a política hospitalar, designadamente em termos económicos, à educação e aconselhamento para a saúde de indivíduos, famílias e grupos; da abordagem de dependência de drogas ao planeamento familiar

ou ao apoio em situações de pobreza e exclusão social; de acompanhar famílias e gerações. Estes exemplos demonstram o *low profile* e a diversidade de contextos em que se exerce esta profissão, que toma conta da vida.

Nesse contexto, pensar em *marketing* seria dar visibilidade à enfermagem, enquanto profissão, e à sua responsabilidade e relevância nos ganhos em saúde dos cidadãos, tanto quanto, junto dos cidadãos, disseminar informações sobre saúde, educação ou cidadania. Isto porque a temática da *humanização* envolve questões amplas que vão desde as políticas de saúde - assentes em valores como a cidadania, o compromisso social e a qualidade de vida - até os microespaços de atuação profissional. Compreendemos que a humanização dos serviços de saúde também passa pela forma como os clientes vêem e são vistos, como participam ou nem por isso. Também depende dos modelos de gestão, das estruturas, modos e formas de trabalhar.

Em Portugal, o artigo 89 do *Código Deontológico do Enfermeiro* refere-se especificamente à humanização dos cuidados:

“O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;
- b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (14).

A humanização de qualquer atividade parte de cada pessoa e de cada grupo de pessoas que trabalha em conjunto, tendo presente a regra de ouro “não faças aos outros o que não queres que te façam a ti”. E esta regra só é aplicável na sua forma negativa, atendendo a que o desenvolvimento humano da prestação faz ultrapassar a idéia de “cuido como gostaria de ser cuidado” para a máxima ética “cuido como a pessoa gosta ou quer ser cuidada”.

Conferência proferida no IV Encontro Luso-Brasileiro de Bioética realizado em São Paulo, 2006.

Referências

1. Dilthey, W. The hermeneutics of the human sciences. In: Vollmer, KM. (org.) *Hermeneutics reader*. New York: Continuum, 1988.
2. Husserl, E. *Conferências de Paris*. Lisboa: Edições 70, 1992.
3. Walzer, M. *Spheres of justice: a defense of pluralism and equality*. New York: Basic Books, 1984. p. 3.
4. Collière, F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
5. Gadamer, H-G. *O mistério da saúde. O cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70, 1997. pp.39-40.
6. Habermas, J. *Comentários à ética do discurso*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999. p. 221.
7. McCarthy, J & Perreault, WD. *Essentials of marketing*. McGraw-Hill College, 2005.
8. Chartered Institute of Marketing do Reino Unido. The Charter 2001. Em <http://www.cim.co.uk/cim/abo/html/cover.cfm> Acesso em: 08/1/2007.
9. Ribeiro, OP. *Marketing e comunicação: inovação conceptual na gestão de serviços de saúde*. p. 224.
10. Kotler, P & Zaltman, G. Social marketing: an approach to planned social change. *Journal of Marketing*, 35, July 1971. pp. 3-12.
11. Schiavo, MR. Conceito & Evolução do Marketing. Em <http://www.socialtec.org.br/artigos/colaboradores.htm#marcio> . Acesso em: 8/1/2007.
12. Wasek, GK. *Aplicação do marketing social na Saúde Pública - Uma Perspectiva do marketing*. Harvard: Escola de Saúde Pública de Harvard e John Snow, Inc, 2004. Disponível em http://www.socialtec.org.br/Downloads/Saude/GlennWasek_MSnaSaudePublica.doc
13. Germano, A *et al*. *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
14. Portugal. Diário da República. Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril de 1998. *Código Deontológico do Enfermeiro*.

Recebido em 29/09/2006. Aprovado em 23/10/2006