



Acta Scientiarum. Health Sciences

ISSN: 1679-9291

eduem@uem.br

Universidade Estadual de Maringá

Brasil

Stein Backes, Dirce; Lunardi Filho, Wilson Danilo; Lerch Lunardi, Valéria

Humanização hospitalar: percepção dos pacientes

Acta Scientiarum. Health Sciences, vol. 27, núm. 2, 2005, pp. 103-107

Universidade Estadual de Maringá

Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307223952002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Humanização hospitalar: percepção dos pacientes

Dirce Stein Backes\*, Wilson Danilo Lunardi Filho e Valéria Lerch Lunardi

Fundação Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Rua Gal. Osório, s/n. Area Acadêmica Prof. Newton Azevedo, 96200000, Centro, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. \*Autor para correspondência. e-mail: [backesdirce@ig.com.br](mailto:backesdirce@ig.com.br)

**RESUMO.** É necessário mudar a forma como os profissionais se posicionam frente ao seu principal objeto de trabalho, a vida, o sofrimento e a dor dos indivíduos. Assim, este estudo teve como objetivo relatar as percepções dos pacientes em relação à humanização no ambiente hospitalar. Emergiram, dentre outros, a necessidade de implementar um processo reflexivo acerca dos princípios, valores, direitos e deveres que regem a prática dos profissionais de saúde. Um programa de humanização hospitalar supõe estabelecer um ambiente de cuidado humano e uma cultura de respeito e valorização não da doença, mas do ser humano que adoece, contemplando uma relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto.

**Palavras-chave:** humanização, paciente, ambiente hospitalar.

**ABSTRACT. Hospital humanization: perception of the patients.** It is necessary to change the manner in which they position themselves in the face of the principle object of their work, the life, suffering and pain of individuals. Thus, this study aimed to relating the patient's perceptions with regards to the humanization in hospital ambient. Among others, the following to need the implementation of a reflective process concerning the principles, values, rights and duties which govern the practice os health professionals. Summarizing, a humanization hospital program supposed to establish an ambient to nurse people, and a culture of respecting and valuing the human being who gets il, contemplating a relation subject-subject and no subject-object.

**Key words:** humanization, patient, hospital ambient.

## Introdução

A humanização centrada no paciente visa nortear a política institucional de humanização no foco que representa a razão de ser e existir de um hospital. Focalizar a humanização no paciente compreende, antes de tudo, uma relação efetiva de cuidado, que pode ser traduzida na acolhida, na ternura, na sensibilidade, no respeito e na compreensão do ser doente e não da doença. Significa, também, reduzir ao mínimo a ruptura entre a vida normal do paciente e a que lhe impõe restrições. O paciente e a sua família precisam ser acolhidos e compreendidos a partir da sua história pessoal e social, seus valores, suas crenças e seus sentimentos, isto é, significa tornar a permanência do paciente no hospital o menos traumática possível, já que o hospital, por si só, muitas vezes, representa dor, sofrimento e perdas.

O cuidado ao paciente, no contexto da humanização, precisa ser compreendido como um dever de cada pessoa e não um dever exclusivo de uma classe profissional. Para compreender a dimensão do cuidado em sua amplitude e profundidade, do ponto de vista existencial, o

cuidado encontra-se presente em todas as situações e acontecimentos, o que significa que ele existe na natureza e em todas as situações de fato. As relações de cuidado nunca são de domínio sobre, mas, de convivência, não pura intervenção técnica, porém, interação (Boff, 1999).

Compreender o significado da proposta de humanização inclui não somente atribuições técnicas do profissional, mas também a capacidade de compreender o paciente enquanto ser humano, com seus valores, suas crenças, seus desejos e suas perspectivas. Implica, pois, na construção de um novo quadro ético de referências para as relações, no qual, as diferenças entre os seres humanos não signifiquem, necessariamente, assimetria de poder, mas o resultado de relações construídas e decorrentes de experiências e vivências com os outros (Bettinelli *et al.*, 2004).

Assim, focalizar a humanização no paciente requer dos profissionais da saúde, um cuidado integral e comprometido desde o ingresso do paciente no hospital, isto é, necessita reconhecer as condições materiais e organizacionais do acolhimento, bem como de sua permanência no hospital, assim como as condições morais,

espirituais, técnicas e relacionais dessa permanência. Deste modo, este trabalho objetiva compreender a percepção dos pacientes em relação à humanização hospitalar.

### **Identificação, análise e discussão dos discursos apresentados pelos pacientes com relação à humanização no ambiente hospitalar**

Para compreender e desenvolver o processo de humanização no ambiente hospitalar de forma participativa e coletiva e, ainda, dar visibilidade às reais necessidades e/ou às barreiras culturais a serem superadas, procurou-se realizar uma pesquisa junto aos pacientes internados, entre julho a novembro de 2003, a fim de avaliar e identificar elementos que favorecessem e/ou contribuíssem na humanização do cuidado. Para tanto, elaborou-se um questionário aberto que foi aleatoriamente aplicado a 50 pacientes internados nos diferentes setores do hospital, com as seguintes questões: O que você entende por humanização? No seu entender, qual deveria ser o objetivo principal do Grupo de Humanização? De que forma você poderia contribuir no desencadeamento do processo de humanização?

Para atender os critérios éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução N°. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, bem como a solicitação de autorização ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, a fim de validar a proposta de trabalho e poder divulgar as informações. Assim, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia propostos, bem como assegurado o seu direito de acesso aos dados. O consentimento por escrito foi solicitado, com o propósito de poder utilizar as informações, garantindo que a identidade seria mantida em sigilo e assegurada a liberdade de qualquer integrante poder deixar o grupo a qualquer momento, se entendesse que seria melhor para si. A fim de assegurar o anonimato dos participantes, será utilizada a letra “e” e o número correspondente à fala, identificados no texto como [e1]; [e2]; [e3] e, assim por diante.

As respostas às questões foram analisadas de acordo com os critérios metodológicos de Minayo (2000), que compreende os seguintes passos: organização dos dados coletados através das questões respondidas; leitura e releitura do material, na tentativa de, constantemente, retomar o objetivo inicial do trabalho, além do contato exaustivo com os dados. A seguir, o material foi organizado e categorizado na tentativa de alcançar a essência do texto. Por fim, o conteúdo foi desvendado e articulado com referenciais teóricos, no intuito de problematizar e ampliar o conhecimento acerca do

significado de humanização para os pacientes.

A proposta encontrou eco, sobretudo, na Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS, iniciativa do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, que objetiva, em suas prioridades, melhorar as relações interpessoais, a valorização do trabalho e a motivação profissional, para dar mais qualidade e humanismo às relações profissionais e, conseqüentemente, um atendimento mais humanizado ao paciente.

### **A humanização na percepção dos pacientes**

No entender dos pacientes, a humanização se traduz, predominantemente, em gestos concretos, tais como: solidariedade, sensibilidade e compaixão. O significado de humanização, deste modo, não se limita a uma relação profissional – paciente e/ou paciente – profissional, mas aponta perspectivas para um cenário mais amplo, que significa “ajudar os mais necessitados”(e1); “tornar as pessoas mais preocupadas umas com as outras”(e3); “sensibilizar-se com os problemas dos outros”(e4).

A compaixão pelo outro, expressa pelos pacientes, insere-se na sua experiência concreta de dor e vulnerabilidade frente à hospitalização. Trata-se de sair do seu próprio círculo e entrar no mundo do outro enquanto sujeito, para sofrer com ele, alegrar-se com ele, caminhar junto com ele. Neste sentido, solidarizar-se é a capacidade de compartilhar a paixão do outro e com o outro (Boff, 1999).

Nos depoimentos, fica evidente que o paciente, ao falar de humanização, parece transcender a sua condição de fragilidade e de ser cuidado para solidarizar-se com quem está ainda mais vulnerabilizado. O paciente é capaz de transcender e sair de si para centrar-se no outro, com desvelo e solicitude. A humanização, na ótica do paciente, significa, então, abertura para o outro, ultrapassar fronteiras raciais, culturais e/ou de doença. Em suma, significa enxergar o mundo a partir do cenário global. Prestar um serviço voluntário é a forma que os pacientes utilizariam para colaborar no desenvolvimento do processo de humanização nas instituições hospitalares.

Os pacientes referem que os gestos de solidariedade devem ser traduzidos na prática, através da realização de campanhas beneficentes, no auxílio de crianças carentes, ou seja, no “fazer pelos outros o que hoje estão fazendo por mim aqui no hospital”(e5). Em consonância com essa fala, Boff (1999) argumenta afirmando que a atitude de ser cuidado pode despertar o senso de responsabilidade, a consciência da co-responsabilidade e aumentar o sentido da solidariedade. Mais do que gestos de

solidariedade, os pacientes parecem demonstrar gestos de reconhecimento e gratidão. Acreditam que contribuir com o programa de humanização é compartilhar idéias e divulgar o trabalho de humanização que já vem sendo realizado no hospital. Assim, os próprios doentes podem ser multiplicadores não apenas de um processo institucional, mas, principalmente, de um sistema comunitário integrado.

Os objetivos do Grupo de Humanização, no entender dos pacientes, devem estar voltados para amenizar as condições de desigualdade social, tornar conhecidos os direitos das pessoas na sociedade, a prestação de serviços e ações de humanização para a sociedade e mostrar que é possível minimizar as barreiras sociais e culturais. “A equipe precisa ajudar os pacientes e a sociedade a conhecerem melhor os seus direitos e deveres enquanto cidadãos” (e6). Esse entendimento é corroborado por Baraúna (2003, p. 306), quando enfatiza que “são os seres humanos que formam a sociedade, mudar a sociedade sem mudar o ser humano é ilusão. O trabalho, a criatividade, a educação e a vida social e familiar não evoluem separados”.

Portanto, a humanização, na compreensão dos pacientes, não se limita apenas a uma forma de ser no espaço institucional e/ou, mais especificamente, no ambiente hospitalar, onde o foco do cuidado se concentra, muitas vezes, na doença ou no ser doente. Humanizar significa enxergar para além da doença e da morte institucionalizadas. Significa, ainda, perceber e atuar com ações de humanização no mundo concreto, marcado pela criminalidade e pelo descaso com a dignidade da pessoa humana.

#### Uma experiência de quem já foi paciente

Para focalizar a humanização, mais especificamente na concepção dos pacientes e seus familiares, será ilustrado, a seguir, o relato de um paciente que, enquanto profissional da saúde, vivenciou a condição de paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

“Ser paciente é totalmente diferente que ser profissional da saúde. Um doente em coma percebe, constantemente, todos os movimentos e ouve tudo o que acontece ao seu redor. Para quem conhece todo o funcionamento da UTI, ainda é mais difícil do que para uma pessoa leiga. Durante a minha estada na UTI, sempre me preocupei muito com a minha família, já que ela é a base de tudo. Imaginava, freqüentemente, a ansiedade deles sem saber o que poderia estar se passando comigo, se havia passado bem à noite, se havia dormido, se estava melhor (...). Na minha situação de paciente, jamais me queixei de alguma coisa. Ouvia e acompanhava em silêncio

todos os procedimentos e à administração de cada medicamento a mim e aos outros pacientes. Os comentários, tanto por parte da enfermagem como por parte dos médicos, normalmente, eram realizados próximo aos pacientes, o que sempre me causou um grande desconforto. Na minha opinião, os mesmos deveriam ser realizados em um ambiente reservado. Em alguns hospitais, já existem box para individualizar o paciente e, nestes casos, a família acompanha o paciente. Entendo, que se a família estiver consciente e quando tiver um bom equilíbrio da situação real do paciente, a sua participação poderá auxiliar muito na recuperação dos pacientes (...). Para mim, a UTI foi um “inferno”. São luzes acesas durante as vinte e quatro horas o que impede o descanso do paciente, comentários indevidos próximos dos pacientes, ruídos e alarmes a todo o instante, entre outros. Seguidamente, ouvia algum funcionário falando alto para o médico: ‘a pressão está baixa, posso aumentar a dopa?’ Então, logo imaginava que tudo estava acontecendo comigo, ou pensava será que vai morrer? A UTI é um ambiente onde se vive uma insegurança constante. No dia da alta, perguntei a uma funcionária se iria dar alta da UTI e, imediatamente, e de forma muito indelicada, respondeu: ‘o senhor já está com alta’. Em seguida, ouvi da mesma funcionária o seguinte comentário: ‘hoje, não estou com a mínima vontade de trabalhar!’ Logo, pensei, o que será de mim hoje? Se não está com vontade de trabalhar, será que vai me cuidar bem? Será que não vai administrar algum medicamento trocado? O paciente que já se encontra fragilizado pela dor, com estes comentários piora ainda mais (...). Sei de hospitais onde a humanização em relação ao cuidado dos pacientes aumenta em até seis meses a sobrevivência dos pacientes. Por outro lado, os médicos que trabalham na UTI, muitas vezes, não estão suficientemente preparados para esta função. O paciente, independente da condição em que se encontra, quer viver – Deus nos deu um corpo para que o cuidássemos, neste sentido, temos a obrigação moral de cuidá-lo. Ao sair da UTI para um quarto do hospital, mais uma vez me deparei com barulho intenso, inclusive à noite. Quando pensei que poderia descansar e me recuperar do estresse da UTI, comecei a ouvir gritos e choro de mães que estavam para dar à luz. Por várias vezes, tive a sensação de estar na maternidade. Diante de toda esta experiência vivenciada no hospital, como paciente, quero, agora, me colocar à disposição para desenvolver um trabalho voluntário para tornar o atendimento ao paciente mais humanizado”.

No relato, fica evidente o quanto foi sofrido e desgastante estar do outro lado – *ser paciente* – e, em muitas situações, permanecer impotente e sem nada conseguir verbalizar. Logo, é possível compreender que é preciso tratar o paciente e familiares com mais calor humano, pois de nada valerão os esforços gerenciais, financeiros e tecnológicos de um

hospital, se o cuidado acontecer de forma antiética, sem delicadeza e sem respeito para com a pessoa doente (Baraúna, 2003). O afago, o carinho e a ternura fazem a grande diferença no cuidado humanizado. A ternura é, portanto, sinônimo de cuidado essencial. Significa afeto e cuidado que se aplicam a uma situação existencial. É um conhecimento que vai além da razão, emerge do próprio ato de existir no mundo com os outros.

O cuidado humanizado se traduz, também, na capacidade de identificação com a disposição e/ou estrutura psicológica do paciente, isto é, procurar sentir o que se sentiria se estivessemos na situação do paciente; tentar entender as razões e o significado da comunicação verbal e não-verbal. Desse modo, o cuidado humanizado se revela como arte, porque pressupõe a interação permanente entre o profissional que cuida e a pessoa que é cuidada. No entanto, esse mesmo cuidado precisa estar fundamentado em princípios científicos e, sobretudo, em ações práticas e humanitárias de valorização e repercussão mútuas (Mendes, 1994).

No relato do profissional, foi possível observar também, o quanto, apesar da sua condição de fragilidade e vulnerabilidade, o paciente é capaz de assimilar cada gesto, cada fala e/ou expressão à sua volta. No entanto, a família é motivo de preocupação constante para o paciente. Essa preocupação foca-se na ansiedade e insegurança da família em relação a sua condição real, demonstrando o quanto, na sua condição de impotência, necessita estar próximo dos que lhe são significantes. Nesse sentido, frequentemente, as rotinas e normas hospitalares se contrapõem a um ato humanizado, aumentando o estresse, a angústia e o prolongamento do tratamento.

Observa-se, com frequência, que a informação prestada ao paciente limita-se ao que o profissional julga ser necessário e suficiente, não considerando a compreensão que o doente tem sobre a sua doença e o seu processo terapêutico. O paciente fica submetido a uma relação de submissão e, não raras vezes, é visto como um simples objeto manipulável, ou seja, a partir de uma relação reducionista entre sujeito-objeto (Freire, 1979, 1980, 1996). A patologia, discutida pelos profissionais de saúde junto ao paciente, por vezes, é tratada como se apenas ela se constituísse no “sujeito” e o paciente em um mero objeto.

O fato de estar enfermo e assim se reconhecer significa para o paciente, de acordo com Py e Oliveira (2003), ingressar em um código próprio de conceitos, que nada têm a ver com o biomédico. É um processo único e peculiar que requer a passagem

por diferentes caminhos psíquicos, próprios das suas características pessoais, ou seja, é um processo de integração única e particular do paciente com a sua doença, que somente ele, e nenhum outro, apresenta.

A alta tecnologia disponível parece ter tido pouca representatividade e conotação na experiência apresentada, reforçando, desse modo, as pesquisas do Ministério da Saúde com usuários do SUS – Sistema Único de Saúde – as quais demonstram que o avanço científico, a utilização de sofisticados aparelhos de diagnóstico, técnicas cirúrgicas avançadas e o desenvolvimento de ações preventivas não vêm sendo acompanhados de um atendimento humanizado (Pessini, 2004). Mais importante que a tecnologia foi a informação correta, a garantia de segurança no tratamento, o silêncio, a família, a competência profissional, enfim, os pequenos “detalhes” que, no entender do paciente, fazem a grande diferença. Estabelecer um cuidado humanizado pode representar uma série incontestável de detalhes, ou seja, um contínuo “dar-se conta de” o que pode ser diferente, o que é significativo para cada paciente, o que o torna especial e valorizado.

O cuidado humanizado como expressão de pequenos “detalhes” implica, por parte do cuidador, a compreensão do significado da vida, da capacidade de compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história. Na humanização sempre é possível ir além se cultivarmos ternura, solidariedade e acreditarmos no ser humano. Ser sensível à situação do outro é, portanto, perceber o querer ser atendido com respeito, em um vínculo de diálogo e de interesses compartilhados (Pessini et al., 2003).

### Considerações finais

Nos depoimentos fica evidente que o paciente, ao falar de humanização, parece transcender a sua condição de fragilidade e de ser cuidado para solidarizar-se com quem está ainda mais vulnerabilizado. O paciente é capaz de transcender e sair de si para centrar-se no outro, com desvelo e solicitude. A humanização, na ótica do paciente, significa abertura para o outro, ultrapassar fronteiras raciais, culturais e/ou de doença. Significa, de outro modo, enxergar o mundo a partir do cenário global. Prestar um serviço voluntário é a forma que os pacientes utilizariam para colaborar no desenvolvimento do processo de humanização nas instituições hospitalares.

Desencadear o processo de humanização centrado no paciente significa, então, rever valores,

sentimentos e atitudes que guiam o modo de ser dos profissionais, no sentido de prestar um atendimento diferenciado e humanizado, a partir de uma *práxis* comprometida com a mudança. É premente, no contexto da saúde, criar uma cultura institucional voltada para o ser humano que adoece e não para a doença, como um possível caminho para a humanização. Cada paciente possui uma história de vida singular, a qual precisa ser compreendida, problemas familiares que necessitam ser desvendados, costumes e hábitos específicos, ou seja, particularidades específicas que são inerentes a cada ser humano. Dessa forma, resgatar sentimentos, valores e atitudes não significa apenas estabelecer padrões de atendimento e qualidade, significa estabelecer e otimizar prioridades, a partir da realidade concreta de cada paciente.

Assim, envolver a coletividade, estimular formas criativas e estabelecer estratégias inovadoras de comprometimento, representaram, no processo de humanização hospitalar, algumas das prioridades para o alcance efetivo do mesmo. Despertar um clima de respeito, de confiança e reciprocidade constituiu-se, da mesma forma, em um espaço propício para o fortalecimento das relações e vínculos profissionais.

## Referências

BARAÚNA, T. Humanizar a ação, para humanizar o ato de cuidar. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 27, n. 2,

p. 304-307, 2003.

BETTINELLI, L.A. *et al.* Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Ed.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004. cap. 5, p. 87-99.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

FREIRE, P. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação*. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

MENDES, I.C. *Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem*. São Paulo: Sarvier, 1994.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

PESSINI, L. *et al.* Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 203-205, 2003.

PESSINI, L. Humaniza da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Ed.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004. cap. 1, p. 11-28.

PY, L.; OLIVEIRA, A.C. Humanizando o adeus à vida. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 240-247, 2003

*Received on July 26, 2005.*

*Accepted on December 09, 2005.*