

Comparação dos conceitos e práticas de humanização entre profissionais de saúde submetidos ou não à internação hospitalar

Comparison of humanization concepts and practices between health professionals having undergone hospitalization and others not having done so

Tamara Bicudo Arseniadis Mendes¹; Juliana Paula Venites²; Luciana Escanoela Zanato³

¹ Enfermeira – Uninove. São Paulo, SP, Pós-graduada em Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde – Universidade Atlântica.

Barcarena, Oeiras – Portugal.

² Orientadora, Fonoaudióloga, Especialista em Gerontologia – Unifesp e em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, Gerontóloga – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Mestre em Ciências – Unifesp, Docente – Uninove. São Paulo, SP – Brasil.

³ Coorientadora. Fonoaudióloga – Unesp, Especialista em Gerontologia – Unifesp e em Motricidade Orofacial – Conselho Federal de Fonoaudiologia, Docente – Uninove. São Paulo, SP – Brasil.

Endereço para correspondência

Tamara Bicudo Arseniadis Mendes
Alameda Calouste Gulbenkian, 113 1º Direito
2760-154 – Caxias – Oeiras [Portugal]
tamara.bicudo@gmail.com

Resumo

Introdução: Ações humanizantes são hoje fator de melhora para a qualidade de vida do paciente. **Objetivo:** Comparar conceitos e práticas de humanização entre dois profissionais de saúde submetidos ou não à internação hospitalar e compreender o seu entendimento sobre o assunto, os significados dos valores e princípios que norteiam sua prática, as vivências experimentadas e as modificações de conduta, visando alcançar as percepções que balizam a humanização. **Método:** Utilizou-se um protocolo com questões objetivas e abertas baseadas na literatura da área, aplicado a 36 profissionais da Santa Casa de Vinhedo, em julho de 2008. **Resultados:** Verificou-se em ambos os grupos o predomínio de condutas humanizantes, com uma porcentagem menor dessas atitudes no grupo sem vivência como paciente. **Conclusão:** Evidenciou-se que a vivência experimentada pelos profissionais de saúde como pacientes os tornam mais humanos e sensíveis às necessidades dos doentes pela modificação de conceitos e práticas de humanização. **Descritores:** Hospitalização; Humanização da assistência; Profissional de saúde.

Abstract

Introduction: Humanizing actions are nowadays a factor of life quality improvement for patients. **Objective:** To compare the humanization concepts and practices between two health professional groups, where one group has gone through personal hospitalization while the other has not. The aim is to comprehend their understanding of humanization care, the meaning of the values and principles that guide their professional practices, and their life experience and changes in conduct, in order to perceive the fundamentals of humanization. **Methods:** A questionnaire containing objective and open questions based on area literature were applied in 36 professionals of *Santa Casa de Vinhedo* on July 2008. **Results:** The predominance of humanizing care was observed on both groups with a lower percentage of these behaviors in the group without hospitalization experience. **Conclusion:** It had become clear that health professionals who had passed by the experience of been patients are more human and aware of patients' needs, due to the changes on concepts and humanization practices.

Key words: Health personnel; Hospitalization. Humanization of assistance.

Introdução

O ato de cuidar está presente na vida dos seres humanos e na sociedade há séculos, e devido sua importância, tornou-se uma profissão, que surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. Com o passar dos tempos, foi recebendo novas denominações até ser considerada uma prática profissional institucionalizada. Entretanto, essa prática mantinha-se pouco científica, ou seja, o lado humano sobrepunha o técnico, assim, bastava apenas ter carinho e dedicação ao paciente, sem a necessidade de técnicas para cuidar do doente¹.

O século XX representou uma significativa evolução tecnológica para todas as áreas relacionadas à saúde. Foi um momento de inversão, a ciência sobrepunha-se ao lado humano. O receio de uma interferência subjetiva à técnica médica ocorreu de forma tão marcante que as relações entre profissionais de saúde e pacientes tornaram-se frias e objetivas.

A necessidade de um atendimento técnico e científico, muitas vezes, permeou a relação profissional-paciente com atitudes de descaso e abandono^{2,3}.

Nos dias atuais, a humanização dos serviços e dos profissionais da saúde surge como necessidade na busca de um atendimento de excelência. Humanizar é o ato de cuidar de maneira humana, considerando a complexidade do indivíduo, ou seja, é cuidar com amor, bondade, aconchego, paz, compreensão, carinho, afeto, solicitude, abraço, ações políticas compartilhadas, autonomia³.

Em ambientes hospitalares, ambulatoriais, e até mesmo no domicílio do paciente, ações humanizantes são cada vez mais valorizadas. Essas ações implicam em atitudes que superam a vocação e a abdicção pessoal. São modificações da maneira como se concebe o usuário do serviço: de objeto passivo a um ser humano; de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras prestadas por trabalhadores responsáveis^{4,5}.

Na formação dos profissionais de saúde, em nível técnico ou universitário, diretrizes e conceitos em humanização são bastante recentes. Ainda é rotina de muitos hospitais a identificação de pacientes apenas pelo número do leito e discussões de casos diante de um paciente.

Frequentemente, é a experiência individual que possibilita ao profissional conscientizar-se da importância da humanização^{6,7}. No ano de 2006, a cidade de São Paulo contava com apenas uma instituição de ensino superior de Enfermagem que apresentava em seu currículo uma disciplina que proporcionava a discussão e reflexão sobre humanização⁸.

Assim, atitudes humanizantes são hoje sedimentadas, mais pela personalidade e experiências de vida do profissional do que por um ensino formalizado para esse fim¹⁰.

Levantamentos bibliográficos demonstram a escassez de trabalhos relacionados à humanização, principalmente ao que se refere à análise de dados em contexto nacional.

Desse modo, pesquisas em que se disserte sobre o tema configuram-se como instrumentos de suma importância não somente para o conhecimento do panorama atual de ações humanizantes, mas também para o direcionamento da criação e da aplicação de programas futuros de humanização em instituições formadoras de profissionais da saúde, bem como para o tratamento do paciente⁹.

Tendo como hipótese que a experiência de uma internação hospitalar prolongada vivenciada por profissionais de saúde poderá trazer à sua atuação um caráter mais humanizado, neste estudo, objetivou-se comparar conceitos e práticas de humanização entre dois grupos de profissionais de saúde, submetidos ou não à internação hospitalar por três dias ou mais.

Materiais e métodos

O tipo de estudo proposto corresponde a uma pesquisa de campo descritiva com abordagem quantitativa, envolvendo funcionários

da Irmandade da Santa Casa de Vinhedo que voluntariamente se dispuseram a responder ao protocolo. A pesquisa foi previamente autorizada pelos responsáveis pela instituição.

No início do procedimento, foi entregue ao funcionário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e explicados os objetivos da pesquisa. Foram respeitados os preceitos da bioética e ética em pesquisa de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa em seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho, instituição na qual o trabalho foi elaborado. A coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2008.

Para realizar o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o Programa PASS (*Power Analysis Sample Size*). Considerando-se um nível de confiança de 95%; erro relativo, de 15%; e o poder de teste, 85%. O número calculado é de 30 sujeitos, sendo no mínimo 15 para cada grupo analisado.

Foram excluídos da amostra profissionais que atuam na área da saúde como voluntários, ou seja, sem remuneração.

Ao final do período de coleta, foram selecionados 36 profissionais com formação técnica, auxiliar ou nível superior e idade acima de 18 anos.

De acordo com a revisão literária realizada na área, foi elaborado um protocolo dividido em três partes (Anexo I), constando na:

Parte I – Perfil da população – questionamentos sobre sexo, idade, formação profissional, área de atuação, tempo de trabalho da saúde e formação em humanização.

Parte II – Aspectos gerais – questões objetivas que avaliaram todos os sujeitos da pesquisa com relação aos conceitos de humanização autoverificados em sua prática profissional. A primeira questão, na qual se questionava se o sujeito foi submetido a uma internação

hospitalar por mais de três dias foi considerada o divisor para a formação dos grupos para comparação. Estabeleceu-se que a resposta positiva a essa questão incluía o sujeito no grupo de profissionais com vivência como paciente. Sendo assim, obtiveram-se 18 sujeitos no grupo com experiência como paciente e 18 no grupo sem esta vivência.

Parte III – Aspectos específicos – questões objetivas diretas e indiretas apenas para os profissionais da saúde submetidos à internação por três dias ou mais. Visaram verificar se os mesmos modificaram seus conceitos e práticas de humanização após esta experiência.

Os profissionais da área da saúde responderam ao protocolo sem a presença da pesquisadora ou de quaisquer entrevistadores, visando sigilo das informações solicitadas.

De acordo com as características da amostra e tendo em vista os objetivos do trabalho, os dados foram tabulados e submetidos a um tratamento estatístico, por meio da utilização do teste Qui-quadrado.

Resultados

Parte I – Perfil da população

Do total de participantes desta pesquisa, evidenciou-se que a maior parte era do sexo feminino (78%); e a média etária total foi 35,5 anos.

Quanto à formação profissional, a participação atingiu vários níveis e categorias, sendo eles: médica, 8%; enfermeiros, 8%; técnicos de enfermagem, 67%; auxiliares de enfermagem, 8%; farmacêutico, 3%; nutricionista, 3%; e técnico de gesso, 3%. A maioria, ou seja, 89% dos sujeitos referiram atuar em apenas uma área, com média de nove anos de atuação na saúde.

Na abordagem sobre formação, a maioria (81%) dos participantes referiu ter formação em humanização.

Parte II – Aspectos gerais

Na primeira questão, obteve-se 50% dos sujeitos referindo já terem sido submetidos à internação hospitalar por mais que três dias. Estes voluntários foram classificados como profissionais com vivência como pacientes e separados dos demais, os quais ficaram no grupo sem vivência como pacientes.

Nesse seguimento do protocolo, ambos os grupos obtiveram respostas semelhantes nas questões realizadas:

Como motivação para escolha da profissão, 100% do grupo com experiência e 72% do grupo sem experiência referiram gostar de cuidar de pessoas e de lidar com as dimensões biológicas.

Na abordagem inicial com o pacientes, ambos os grupos (cerca de 70% de cada um) relataram chamar o paciente pelo nome e perguntar sobre seu estado antes de realizar um procedimento. Apenas 2% do grupo sem vivência mencionou realizar somente o procedimento.

Todos os sujeitos do grupo com vivência e 94% dos sem vivência descrevem previamente ao paciente o que será feito; e 72%, em ambos os grupos, oferecem opções para realização de um procedimento.

Nos dois grupos, 98% dos participantes relataram que se imaginam no lugar dos pacientes ao lidarem com eles, e apenas 4% dos funcionários do grupo sem vivência declararam que não tomam nenhuma atitude mediante a queixa de dor do paciente.

Verificou-se em ambos os grupos o predomínio de condutas humanizantes, com uma porcentagem menor dessas atitudes no grupo sem vivência. No resultado da análise em que foi aplicado o teste Qui-quadrado, percebeu-se que as resposta não foram estatisticamente significantes, mas evidencia-se uma tendência de perfis humanizadores.

Parte III – Aspectos específicos

Os profissionais que referiram ter vivência como pacientes julgaram, em 56% das vezes, terem recebido cuidados não humanizantes nessa experiência.

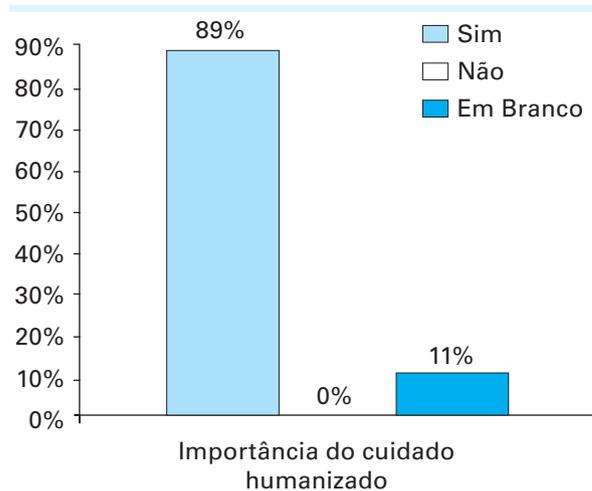


Figura 1: Profissionais que perceberam a importância da humanização após cuidado não humanizado – Vinhedo, São Paulo, Brasil, 2008

Quanto à mudança nos conceitos e práticas de humanização após experiência como paciente, como somente os profissionais que tiveram vivência como pacientes responderam a esse item, não houve significância estatística devido ao número reduzido da amostra (Figura 2).

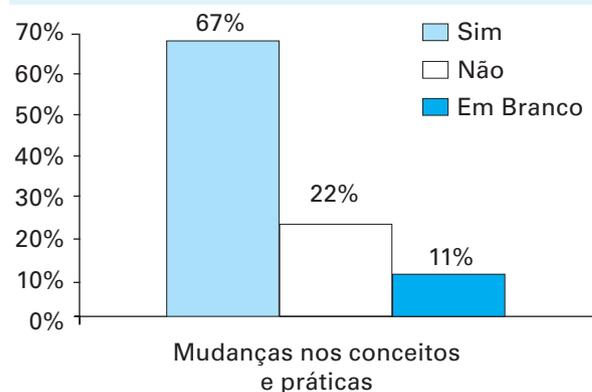


Figura 2: Mudança nos conceitos e práticas de humanização após experiência como paciente – Vinhedo, São Paulo, Brasil, 2008

Discussão

A fim de oferecer maior coesão e melhor desenvolvimento das ideias, os dados foram reunidos e discutidos por assuntos que os relacionam:

1. Formação em humanização X Tempo de atuação;
2. Abordagem do primeiro contato X Explica/ Oferece opções para o procedimento;
3. Coloca-se no lugar do paciente X Queixa de dor;
4. Vivenciou um cuidado não humanizado X Percebeu a importância do cuidado humanizado (Figura 1);
5. Modificação dos conceitos e práticas (Figura 2).

1. Formação em humanização X Tempo de atuação

Na abordagem sobre formação em humanização, obteve-se um resultado afirmativo de 81% dos participantes, o que contradiz com o tempo de atuação desses profissionais na área da saúde que varia de oito a vinte anos. Isso porque discussões sobre humanização e conceitos sobre tal assunto começaram a ser debatidos no fim da década de 90, por meio do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que tem como objetivo, aperfeiçoar o contato entre o profissional da saúde e o paciente, valorizando a dimensão humana e subjetiva presente em todo ato de assistência à saúde^{10,11,12}, não condizendo com o término da formação profissional desses indivíduos. Entretanto, outros dois prismas podem ser considerados: é possível que eles tenham participado de aprimoramento em um processo de educação continuada permitindo a agregação desse conhecimento; ou os conceitos de humanização podem ter sido confundidos com tendências individuais advindas dos princípios e valores pessoais de cada profissional, como revelam os motivos pela escolha da profissão.

2. Abordagem do primeiro contato X Explica/ Oferece opções para o procedimento

Na análise da abordagem do primeiro contato com o paciente, obteve-se destaque do item "Se apresenta, pergunta sobre seu estado, segue nos cuidados e coloca-se a disposição para eventuais dúvidas." em 33%; e na sequência, o item "O chama pelo nome, se apresenta e da sequência na assistência." destacou-se com 67%, para ambos os grupos.

Contudo, é importante ressaltar que o grupo sem vivência apresentou 2% de profissionais que realiza os procedimentos sucintamente; e sobre a explicação do procedimento observou-se que 2% dos componentes desse mesmo grupo o explicam eventualmente. Finalizando, no item opções para o procedimento, obteve-se no grupo sem vivência, um percentual de 2% em branco e 2% que não oferecem opção.

Em contraponto o grupo com vivência, apresentou nas questões supracitadas, 0% em todos os itens, confirmando pela comparação do resultado das amostras, uma tendência de que a experiência como paciente, transforma e influencia as atitudes do profissional parecendo torná-los mais atentos para as questões de humanização.

3. Coloca-se no lugar do paciente X Queixa de dor

No comparativo das amostras de ambos os grupos, obteve-se um resultado de 94% de voluntários que se colocam no lugar do paciente para direcionar suas atitudes; e 60%, que procuram solucionar a queixa de dor diante de suas atribuições, o que comprova uma tendência igualitária para os dois grupos.

Pôde-se perceber que certas experiências, como ser paciente e sentir dor, são capazes de transformar valores e paradigmas arraigados^{13,14}.

Todavia a tendência semelhante pode indicar que sentir dor e ser paciente é inerente a vivência individual de cada um dos participantes, ou seja, são papéis pelos quais todos passaram independentemente do tempo e frequência do seu acontecimento. Essa experiência em maior ou menor escala pode levar o profissional a refletir sobre a humanização^{15,16,17}.

4. Vivenciou um cuidado não humanizado X Percebeu a importância do cuidado humanizado (Figura 1)

Na análise da Parte III do protocolo, respondida somente pelo grupo com vivência, 56% experimentaram um cuidado não humanizado; e 39%, o contrário. Já na análise da importância do cuidado humanizado, 89% confirmam essa per-

cepção, o que indica que a vivência de um atendimento humanizado ou não humanizado, nessa questão foi indiferente, já que a experiência como paciente sensibilizou a maioria dos profissionais em relação à humanização. Conforme revisão bibliográfica, ser internado em um hospital é uma situação de extrema vulnerabilidade. Os pacientes e suas famílias foram (com frequência, sem aviso prévio) colocados em um contexto em que o medo e a confusão deixam a maior parte das pessoas tensas e ansiosas. Vidas são desestruturadas ou mudadas para sempre^{18, 19, 20}.

5. Modificação dos conceitos e práticas (Figura 2)

Os resultados desta pesquisa mostraram que a maioria dos participantes (67%) no grupo com vivência como paciente julgou ter modificado a conduta após sua internação, evidenciando, mais uma vez, que houve uma tendência humanizante que gerou uma modificação dos conceitos e práticas.

Conclusão

Verificou-se que os profissionais da saúde entrevistados parecem adotar em sua prática de trabalho atitudes humanizantes, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos que vivenciaram e não vivenciaram experiências como pacientes. Observou-se também que conceitos de humanização podem ser confundidos com tendências individuais advindas dos princípios e valores pessoais de cada profissional, que certas experiências, como ser paciente e sentir dor, são inerentes a vivência individual de cada um dos participantes, ou seja, são papéis pelos quais todos passaram independentemente do tempo e frequência do seu acontecimento. Essa experiência em maior ou menor escala pode levar o profissional a refletir sobre a humanização. Mais estudos são necessários para o estabelecimento de novos currículos acadêmicos e políticas institucionais de humanização.

Diante do exposto, salienta-se a necessidade de se estabelecer uma parceria entre humanização e tecnologia em que se busque por meio da crescente adequação da ciência uma maneira para se construir um mundo no qual o foco seja a valorização do interesse humano por si e pelo outro.

Referências

1. Geovanini T, Moreira A, Schoeller SD, Machado WC. A história da enfermagem: versões e interpretações. 2ª ed. São Paulo: Revinter; 2002.
2. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 10ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p.18-33.
3. Benevides, R. Passos, E. Humanização na Saúde: um novo modismo? Interface: Comun. Saúde Educ. 2005; 9(17): 389-94.
4. Silva AL. Violência urbana no século XXI: desamor às pessoas? À vida? Por quê? Para quê? São Paulo: Saúde Coletiva. 2006; 3(10):37.
5. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev Latino-am Enferm. 2005;13:105-11.
6. Fortes PAC, Martins CL, A ética, a humanização e a saúde da família. Rev Bras Enferm. 2005;53(n esp): 31-3.
7. Pessini, L. Pereira, LL. Zaher VL, Silva, MJP. Humanização e saúde: o resgate do ser competência científica. 2003; 27(2) 203-5.
8. Almeida DV. Chaves, DC. O ensino de humanização nos currículos de graduação de Enfermagem. Einstein. 2009;7(3) 271-8.
9. Esperidião E, Munari DB. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. Rev Esc Enferm USP. 2008;38(3): p. 332-4.
10. Camillo SO, Silva AL. Inovação no ensino superior em enfermagem. Taubaté: Cabral; 2006. p. 13-24.
11. Hotinsky, SN, Shariber, LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. Ciência Saúde Coletiva. 2005;10(3) 639-49.
12. Esperidião E, Munari DB, Stacciarni JMR. Desenvolvendo pessoas: estratégias facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. Rev Latino-am Enferm. 2002;10(4): p. 516-22.
13. Gil AC. Como elaborar o projeto de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

14. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia do trabalho científico. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.
15. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar PNHAAH. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
16. Kurland G. Meu próprio remédio: A vida de um médico como paciente. Revinter, 2004.
17. Adams P. Patch Adams: O amor é contagioso. 10ª ed. Sextante; 1999. p. 10.

18. Pessini, L. Humanização da dor e sofrimento humanos na área da saúde. In: Pessini, L. Bertachini, L. Org. Humanização e cuidados paliativos. 2ª ed. São Paulo: EDUNISC. P. 11-30.
19. Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. Cad Saúde Pública. 2003;19(4): 923-31.
20. Selli, L. Reflexões sobre o atendimento profissional humanizado. Mundo Saúde. 2003;27(2): 248-53.

Parte I – Perfil da população

1. Sexo:

feminino masculino

2. Idade: _____ anos

3. Formação profissional:

técnico de enfermagem

enfermeiro

médico

fisioterapeuta

outros _____.

4. Área de atuação:

internação

ambulatório

laboratório

outros _____.

5. Tempo de trabalho na área da Saúde:

_____ anos e _____ meses

6. Teve educação formal na área da humanização? (matéria ou disciplina específica, curso de extensão, entre outros).

sim não

Parte II – Aspectos gerais

1. Você já foi submetido a uma internação hospitalar por três dias ou mais?

sim não

2. O que o motivou a escolher a área da saúde?

ciência, avanços tecnológicos e novas descobertas científicas para o progresso da Saúde.

gostar de lidar com o ser humano e suas dimensões biológicas.

a empregabilidade em alta e a remuneração.

identifica-se com o ato de cuidar do outro.

outro _____.

3. No primeiro contato com o paciente, você

realiza o procedimento e se apresenta.

o chama pelo nome, se apresenta e dá sequência na assistência.

se apresenta, pergunta sobre seu estado e segue nos cuidados.

se apresenta, pergunta sobre seu estado, segue nos cuidados e coloca-se à disposição para eventuais dúvidas.

4. Você explica ao paciente o procedimento que será realizado?

sim não eventualmente

5. Você oferece opções para a realização desse procedimento?

sim não eventualmente

6. Quando está prestando um cuidado você se imagina no lugar do paciente para direcionar suas atitudes?

sim não eventualmente

7. Quais são suas atitudes diante da queixa de dor de um paciente?

solicita que aguarde reavaliação médica.

explica que é uma característica normal diante do quadro aparente.

verifica se há analgésico prescrito e oferece ao paciente.

procura investigar a queixa e solucioná-la diante das suas atribuições.

Se você respondeu SIM a primeira questão, pedimos à gentileza que continue respondendo as questões específicas (Parte III).

Parte III - Aspectos específicos

1. Você vivenciou um cuidado não humanizado enquanto paciente?

sim não

2. Após esta experiência você percebeu a importância do cuidado humanizado?

sim não

3. Você modificou seus conceitos e práticas relacionadas à humanização após ser submetido à internação hospitalar?

sim não

4. O que você mais sentiu falta no cuidado que lhe foi prestado?

5. Qual foi a principal lição que você tirou de sua experiência com paciente?

Anexo I: Protocolo de coleta de dados