

## **CUIDADO HUMANIZADO: DO FOCO NA DOENÇA PARA O FOCO NO SUJEITO**

Camila Farias<sup>1</sup>, Daiane Maders<sup>1</sup> (✉ daianemaders@outlook.com), Marcelene Duarte, & Mariana Lopes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pelotas, Brasil

A assistência a utentes internados em hospitais tem sido, ao longo dos anos, cada vez mais investigada, pois envolve uma série de complexidades, entre elas: problemas psicológicos, sociais, económicos e físicos. Por isso, o utente deve ser considerado na sua totalidade. É necessário compreendê-lo nas suas múltiplas facetas para que se possa proporcionar um cuidado humanizado (Costa, Filho, & Soares, 2003). Deste modo, entende-se que a humanização do cuidar está associada a uma série de medidas que tem por objetivo conciliar os cuidados em saúde. Acresce a satisfação dos profissionais, juntamente com um ambiente favorável para que o cuidado humanizado ocorra, e, que faça do tratamento um período de bem-estar (Deslandes, 2004).

Campos (2016) diz que, o facto de se sentir doente comporta uma série de significados que podem ter sido adquiridos ao longo da vida, desde a infância e suas primeiras experiências, passando pelas crenças e valores, o que torna a doença algo que produz sentimentos e reações muito singulares. Deste modo, o cuidar demanda que o profissional conheça e compreenda as crenças do utente e que suspenda juízos de valor. Uma doença pode ser comum a vários utentes, mas o sofrimento provocado por ela, pelo tratamento, pelo internamento hospitalar, e pelo seu impacto, é idiossincrático e intimamente relacionado com a história de vida do utente.

O cuidado humanizado e adequado às necessidades físicas e psicológicas do utente hospitalizado não deve ser dado de forma mecanizada. É necessário construir estratégias que possibilitem ao utente desenvolver recursos próprios para lidar com a doença e o tratamento. Por isso, o cuidado humanizado é de fundamental importância para que o utente

compreenda as suas dificuldades e o seu sofrimento, e possa assim construir recursos para lidar com este momento desafiador que é o adoecimento e o internamento. Tendo isso em vista, este estudo é um trabalho de reflexão crítica, apoiado na revisão da literatura e discussão entre peritos acerca desse levantamento bibliográfico, sobre as formas como o cuidado ao utente tem vindo a ser exercido pelas equipas de saúde no âmbito hospitalar.

#### *Da Humanização da Assistência e do Cuidar no Contexto Hospitalar*

A humanização da assistência tem ganho cada vez mais relevância no contexto hospitalar. Trata-se de uma abordagem profissional de extrema relevância que visa a promoção da saúde a partir de um cuidado menos mecanizado e não focado apenas na doença (Costa et al., 2003). A importância desta discussão reside no facto de esta tornar evidentes os valores que constituem o ser, principalmente no que diz respeito ao profissional de saúde.

Nesse contexto, surge, em alguns casos, o sentimento de incompetência do profissional cuidador na relação com o utente, pois, algumas vezes, lidar com situações com que não se está habituado (e.g. o fim de vida) pode gerar revolta e tristeza. Por isso, a informação e o diálogo nesse meio são de extrema importância – o profissional passa por um processo de entendimento entre as pessoas, possibilitando visualizar o utente como um todo, e perspectivando o cuidado como mais do que o simples “fazer” ao reconhecer o utente e sua família como seres singulares (Costa et al., 2003). É preciso que o cuidado humanizado seja realizado de forma que ultrapasse o modelo de assistência que privilegia a doença, pois, segundo Campos (2016), o utente não deseja somente ser cuidado por meio de exames complementares de diagnóstico, fármacos ou cirurgia. O utente deseja, também, ser olhado, tocado e escutado. Assim, humanizar o cuidado deve ser transversal a todas as tarefas, partindo das crenças e dos valores que norteiam o utente.

*Cuidado humanizado.* O cuidado humanizado é, pois, aquele que se volta para o sujeito doente como ser único e irrepetível, e o vê na sua singularidade e idiossincrasia – mesmo quando, e principalmente quando, (já) não é possível curar. É preciso que o cuidado seja realizado tendo em

vista a singularidade de cada utente, a ideia de “cuidar como gostaria de ser cuidado” precisa ser abandonada abrindo espaço para o cuidar alicerçado em “como o utente gostaria de se cuidado.” Releva, pois, que o profissional esteja disponível para o utente, dedicando-lhe a sua presença, atenção, ajuda, apoio emocional e prestando informação – todas estas formas de favorecer trocas significativas entre ele e o utente (Luz, et al., 2015).

A forma de cuidado que prioriza a doença e, consequentemente, a cura, acaba por, segundo Quintana, Kegler, Santos, e Lima (2006), considerar a morte como fracasso da instituição e seus profissionais. Neste contexto, a relação dos cuidadores com os utentes que estão, por exemplo, em fase terminal, constitui-se como um desafio para o manejo. A dificuldade de estabelecer um diálogo com o utente que não tem perspectiva de cura inicia-se na própria comunicação do diagnóstico. É, por exemplo, comum a ocultação de informação, geralmente sustentada pelo argumento de que essa notícia poderia levar o utente à depressão e, consequentemente, ao agravamento da doença (Quintana et al., 2006). Percebe-se, desta forma, a importância de que o cuidado transcenda o âmbito da doença e da cura, para que seja possível fornecer ao utente um cuidado onde as necessidades integrais do indivíduo sejam consideradas.

Acresce que o internamento hospitalar, uma situação não planeada e desejada, pode causar desconforto emocional ao utente e sua família (Nascimento, Alves, Mattos, 2014). A este propósito, acredita-se que a família possa ser um recurso que contribui para a recuperação integral do utente. Geradora de efeitos positivos, a interação com a família necessita ocorrer, não só entre utente e família, mas também entre esta e o profissional de saúde. É este que, num primeiro momento, provê o cuidado humanizado para ambos: utente e família. O utente é afetado positivamente quando se estabelece uma relação mútua de cuidado, onde o cuidado deixa de vir unicamente da família, e passa a ser proporcionado à família que se encontra em vulnerabilidade emocional devido a situação de adoecimento do familiar (Silva, 2003). Entende-se que o cuidado humanizado demanda do profissional de saúde uma extrema dedicação e responsabilidade em atender o utente e sua família da melhor forma possível. O utente hospitalizado não precisa somente de um ambiente acolhedor que proporcione bem-estar físico. Ele necessita de cuidado gerado por alguém capacitado para cuidar de forma humanizada. Nestes

momentos, a intervenção proposta é de extrema importância, pois é através dela que se dará o avanço do tratamento, seja ele curativo ou paliativo. Então, o profissional precisa estabelecer uma relação de confiança com o seu utente, adequando-se, quando possível, à sua singularidade, para que o cuidado seja realizado com respeito, de forma a contribuir para o bem-estar emocional do utente. Então, esse profissional necessita também de cuidado, pois, assim como o utente, é um ser singular, detentor da sua própria subjetividade que, em alguns casos, é sofredora de sentimentos desprazerosos.

*O profissional de saúde a ser cuidado.* Já que a equipa de profissionais de saúde em contexto hospitalar lida diariamente com situações de difícil manejo, torna-se necessário perceber que a relação do cuidador com o utente está diretamente associada ao cuidado que é dedicado ao profissional de saúde. Segundo Faria e Maia (2007), se esse profissional não possui um espaço ou um apoio para lidar com suas próprias emoções e sentimentos, o sofrimento emocional poderá interferir não só na sua saúde, mas também nas suas possibilidades de cuidado.

A qualificação profissional das equipas de saúde é um ponto essencial que permeia as formas de cuidar. De acordo com Luz e colaboradores (2015), quando se trata do ato de cuidar, o profissional da enfermagem, assim como outros profissionais de saúde, baseia-se preponderantemente nas suas próprias crenças e valores. A qualificação auxiliaria o profissional a desenvolver habilidades no manejo com o utente e seus familiares, auxiliando a reconhecer e lidar com o sofrimento, dando atenção não apenas às necessidades biológicas, mas também emocionais do utente, aprimorando a escuta e a sensibilidade (Luz et al., 2015).

Nesse caso, a partir de uma perspectiva psicanalítica, podemos pensar que a dificuldade de encaminhamento das próprias emoções tenha efeitos na forma de cuidado que os profissionais dirigem aos utentes. Com isso, nota-se a importância da criação de espaços de acolhimento dos aspetos emocionais ligados a prática profissional. Segundo Luz e colaboradores (2015), a criação de espaços de discussão, de troca de experiências, até mesmo *rounds*, pode ser uma maneira de reduzir o *stress* e sofrimento, favorecendo a construção de intervenções pautadas por um cuidado humanizado. Só assim será possível que o profissional veja o utente de forma integral, ultrapassando o paradigma da doença como foco e da cura

como principal forma de cuidado, já que o cuidado à saúde transcende o simples ato de assistir centrado no fazer, nas técnicas ou nos procedimentos (Costa et al., 2003), mas comporta reconhecer os utentes como seres humanos singulares, vivenciando um difícil momento das suas vidas.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível concluir que o tratamento do utente ainda se dá de forma preponderante centrado na doença, sem considerar a integralidade do ser humano. Dessa forma a cura passa a ser o foco e nesse contexto o cuidado pode acabar por ser negligenciado.

No entanto, o utente precisa de muito mais do que os procedimentos e intervenções que visam a cura. Necessita de profissionais que o percebam como um sujeito único, fornecendo o tipo de cuidado que ele deseja e proporcionando um espaço seguro para que ele possa vivenciar, elaborar e criar suas próprias estratégias para lidar com o adoecimento e a hospitalização. Para que o cuidado dirigido ao utente possa ser humanizado torna-se fundamental que ele ultrapasse o modelo de assistência que privilegia a doença.

A humanização do cuidado exige que os profissionais da saúde possam voltar-se para o sujeito doente. Muitas vezes não é mais possível curar, mas ainda há muito a ser feito para cuidar, sendo esse, também, um papel importantíssimo da equipa. Porém, isso só será possível se os profissionais forem, também, cuidados, puderem reconhecer os seus próprios sentimentos e tiverem espaço para construir possibilidades de lidar com eles.

### REFERÊNCIAS

- Campos, E. P. (2016). *Quem cuida do cuidador? Uma proposta para os profissionais de saúde* (2ª ed.). Teresópolis: Unifeso. Retirado de [www.editorapontocom.com.br/livro/48/eugeniocampos\\_48\\_584edcebb73c1.pdf](http://www.editorapontocom.com.br/livro/48/eugeniocampos_48_584edcebb73c1.pdf)

- Costa, C. A., Filho, W. D. L., Soares, N. V. (2003). Assistência humanizada ao cliente oncológico: Reflexões junto à equipe. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56, 310-314. doi: 10.1590/S0034-71672003000300019.
- Deslandes, F. S. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9, 7-14. Retirado de [www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf)
- Faria, D., Maia, E. (2007). Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 1131-1137. doi: 10.1590/S0104-11692007000600012
- Luz, K. R., Vargas, O. A. M., Barlem, E. L. D., Schmitt, P. H., Ramos, F. R. S., & Meirelles, B. H. S. (2016). Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da Oncologia na alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 67-71. doi: 10.1590/0034-7167.2016690109i
- Nascimento, H., Alves, J., & Mattos, L. (2014). *Humanização no acolhimento da família dos utentes internados em Unidade de Terapia Intensiva* (Monografia). Retirado de <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/-57524.pdf>
- Quintana, A. M., Kegler, P., Santos, M., & Lima, L. (2006). Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao utente terminal. *Paidéia*, 16, 415-425. doi: 10.1590/S0103-863X2006000300012
- Silva, S. C. (2003). *Ocorrências iatrogênicas em unidades de terapia intensiva: Impacto na gravidade do utente e na carga de trabalho de Enfermagem*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.