

Ações de humanização frente à morte no ambiente hospitalar

Actions of humanization before death in the hospital setting
Acciones de humanización delante muerte en el ambiente hospitalario

Rita de Cássia Calegari*
Abgair Xavier Lima**

RESUMO: Este estudo tem como objetivo relatar a experiência da implantação de ações de humanização com foco no óbito do paciente. Trata-se de um relato de experiência da Comissão Permanente de Humanização de um hospital privado de São Paulo, realizado no período de maio de 2005 a setembro de 2006. O fluxo do óbito foi analisado pela comissão, que propôs para a diretoria do hospital ações de melhoria em pontos do fluxo considerados não adequados para o processo. A diretoria aprovou as sugestões e a implantação das seguintes ações decorreu no prazo de 16 meses: mudança do local do necrotério, treinamento dos colaboradores para o acolhimento dos familiares enlutados, implantação da sala da família e desenvolvimento de folder de orientações para familiares. A preocupação com o óbito visa oferecer assistência humanizada ao paciente independentemente de qual fase do ciclo vital ele se encontra.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização. Morte. Hospital.

ABSTRACT: This study aims to give an account of the experience of introducing actions of humanization with a focus in the patients' death. This is a report of experience of the Permanent Commission of Humanization of a private hospital of Sao Paulo, carried out in the period May 2005 - September 2006. The flow of death was analyzed by the Commission, which proposed the hospital board the implementation of actions for improving points of the flow considered not appropriate to the process. The board approved the suggestions and the introduction of the following actions, which were implemented in a 16-month period: change of the location of the mortuary, training collaborators to give humane support to mourning relatives, implementation of a family room and the elaboration of a flyer with instructions for relatives. Caring for the death process is something aiming to implant a humanized presence to patients no matter the phase of the vital cycle they are in.

KEYWORDS: Humanization. Death. Hospital.

RESUMEN: Este estudio pretende dar razón de la experiencia de introducir acciones de humanización con foco en la muerte de los pacientes. Se trata de un informe de experiencia de la Comisión Permanente de Humanización de un hospital privado de São Paulo, realizado en el período de mayo de 2005 a septiembre de 2006. El flujo de la muerte fue analizado por la Comisión, que propuso al hospital implementar acciones para mejorar puntos del flujo considerado no apropiados al proceso. Los gestores aprobaron las sugerencias y la introducción de las acciones siguientes, que fueron puestas en práctica en un período de 16 meses: cambiar el sitio del mortuorio, formar los colaboradores como para dar apoyo humano a parientes que se afligen, ofrecer un cuarto para la familia y elaborar un librito con instrucciones para parientes. Cuidar del proceso del morir es algo que pretende implantar una presencia humanizada a pacientes no importa la fase del ciclo vital en el cual ellos estén.

PALABRAS LLAVE: Humanización. Muerte. Hospital.

INTRODUÇÃO

“A morte é algo que não pode ser descrito, pensado, nomeado, algo frente ao qual não se encontram palavras. Essa impossibilidade de simbolizá-la, de incluí-la na rede de idéias e pensamentos, a torna terrificante. A própria palavra Morte não dá conta do que ela seja: cada um de nós tentará enganchá-la em outras palavras, que expressa, idéias, fantasias, crenças”⁽¹⁾.

A preocupação com o processo de morrer pode ser compreendida como uma questão universal para o homem, independente de sua condição bio-psico-cultural. O homem é considerado o único ser vivo capaz de compreender sua própria mortalidade, o que gera na maioria das pessoas sentimentos angustiantes. Na tentativa de controlar esses sentimentos, a negação é um recurso de defesa comumente utilizado. “Se o medo da morte estivesse constantemente presente, não se conseguiria realizar nada”⁽²⁾.

* Psicóloga. Chefe do Setor de Psicologia do Hospital e Maternidade São Camilo Pompéia. E-mail: psicologia.pompeia@saocamilo.com

** Administradora Hospitalar. Diretora de Apoio Logístico do Hospital e Maternidade São Camilo Pompéia. E-mail: abgair@saocamilo.com

Não falar e não pensar na morte pode ser um recurso para minimizar o sofrimento. Porém e apesar das aparentes tentativas da sociedade em negar o morrer, todos os seres humanos, vivenciá-la-ão – direta e indiretamente. “Morrer evoca o desamparo, o inesperado, desafio ao conhecido. Morrer estabelece novas direções, o ganho de novos poderes, a perda de outros”⁽³⁾.

Com o avanço das técnicas da medicina o evento da morte passou a ser direcionado para as instituições hospitalares, longe do contexto social que ocupou no passado, quando era vivenciada em casa pelos familiares do moribundo. Na atualidade, morremos cada vez mais nos hospitais, longe da família e cercados do aparato tecnológico que a medicina conquistou.

“A diferença básica entre as pessoas em geral e os profissionais da área da saúde, médicos, enfermeiros e psicólogos é que na vida destes, a morte faz parte do cotidiano e pode se tornar sua companheira de trabalho diária”⁽⁴⁾.

Parte dos profissionais que atuam no hospital, inevitavelmente entrarão em contato com a morte dos pacientes – incluindo aqueles que não estão relacionados à assistência. Trabalhadores das áreas administrativas, seguranças, copeiras, auxiliares de higiene, ascensoristas entre outros, também tem suas funções relacionadas a alguma fase do fluxo do óbito do paciente na instituição hospitalar.

“O contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, sua própria saúde ou doença, seus próprios conflitos e frustrações. Se ele não toma contato com esses fenômenos, corre o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa, que podem prejudicá-lo tanto no âmbito profissional como no pessoal”⁽⁵⁾. Ao desenvolver mecanismos que o protejam emocionalmente da dor e do sofrimento, o profissional também se distancia do outro ser humano que está à sua frente. Quando esse distanciamento é intenso, o profissional tende a desumanização, à insensibilidade e apatia. Percebemos esse profissional desumanizado como aquele que “já se acostumou” à tudo.

“Humanizar é assegurar e garantir o respeito à ética nas relações interpessoais, além de outras abrangências.”⁽⁶⁾.

A ética envolve a compreensão entre os seres humanos, o respeito e o atendimento atencioso à pessoa. O profissional humanizado e ético é capaz de realizar suas funções profissionais oferecendo o máximo de dignidade ao seu paciente. Observa-se na prática, que a dignidade nem sempre é estendida ao paciente quando este mor-

re – quando ele deixa de ser um cliente e passa a ser um “corpo”. Esta seria uma outra forma de negar a inevitabilidade da morte? Tratando o ex-paciente como um corpo, estaríamos nos distanciando do evento “morrer” já que não nos identificamos mais com aquele que foi – e não é mais, uma pessoa?

“O impessoal encobre o que há de característico na certeza da morte, ou seja, o fato de ser possível a cada momento”⁽⁷⁾.

Ao apreender a complexidade da natureza humana naquele que deixou de ser, nos aproximamos da única certeza que une todos os homens: a nossa finitude. Proporcionar a reflexão sobre esse tema entre profissionais da área da saúde pode direcionar as atividades pessoais e profissionais para relações mais saudáveis e humanas, cooperando com as políticas de humanização propostas pelo planejamento estratégico das entidades hospitalares.

Neste contexto este estudo tem como objetivo relatar a experiência da implantação de ações de humanização com foco no óbito do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da implantação de ações de humanização com foco no óbito do paciente num Hospital Geral privado de 220 leitos no Município de São Paulo, no período de maio de 2005 a setembro de 2006.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Desde 2005, oficializada a Comissão Permanente de Humanização, (composta de profissionais de diferentes áreas: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social, administradores, vigilante e auxiliar de atendimento, totalizando 12 pessoas) buscou-se a discussão entre os membros interdisciplinares da comissão em várias áreas do hospital. Com o consenso do grupo a comissão descreveu o fluxo do óbito do paciente, analisou os pontos críticos, mensurou o tempo de espera da família pela liberação do féretro e observou o comportamento dos colaboradores na condução das famílias enlutadas. Foi destacado pelo grupo, as condições consideradas desumanas pela qual o familiar do paciente falecido era alvo: ausência de local apropriado para que os familiares aguardassem o féretro (ficando os mesmos expostos ao olhar curioso das outras pessoas); o local do necrotério (localizado ao lado do depósito de roupas sujas

e resíduos hospitalares) e o despreparo dos colaboradores para lidar com esta situação, gerando por vezes situações embaraçosas para o familiar e desgastantes para o colaborador. Para cada fragilidade foi proposta para a diretoria do hospital, uma ação de melhoria, incluindo a mudança do local do necrotério, criação de espaço próprio para familiares enlutados e treinamento para colaboradores.

Implantação das ações

As ações propostas pela comissão foram aprovadas na íntegra pela diretoria do hospital e a implantação decorreu no prazo de 16 meses.

- *Treinamento de Colaboradores*: o Departamento de Recursos Humanos e Setor de Psicologia desenvolveram um treinamento para colaboradores das áreas de segurança patrimonial, auxiliares de atendimento e recepcionistas. O treinamento com duração de uma hora e trinta minutos é composto de dinâmica de grupo para sensibilização sobre o tema da morte; apresentação de trecho dos filmes “falando de morte com os profissionais da saúde” e “pequena miss sunshine”; discussão do tema com troca de relatos pessoais e profissionais; entrega de dicas de manejo da família enlutada e texto de reflexão (a estória da borboleta). Foram aplicados questionários antes do treinamento (para análise do conhecimento prévio do colaborador sobre o tema) e avaliação de reação ao término do treinamento. Na 1ª fase (2006) foram treinados 70 colaboradores das áreas citadas. Em 2007, novo ciclo de treinamento foi desenvolvido para os novos admitidos destas mesmas áreas, incluindo chefias, ascensoristas, escriturárias, plantonistas administrativos e de enfermagem (até a finalização deste relato foram treinados outros 50 colaboradores). Observou-se que os colaboradores (com raríssimas exceções) nunca haviam participado de um treinamento com este enfoque e que acharam oportuno o treinamento – incluindo as sugestões de manejo na sua prática profissional, o que os ajudou a lidar com menor angústia e maior tranquilidade nos casos de óbito.
- *Sala da Família*: localizada no piso do 4º andar (mesmo piso das UTIs adulto e infantil) foi implantada uma sala para acolher os familiares enlutados durante a espera para o féretro (que pode durar em média 3 horas conforme apontou o estudo realizado durante 3 meses, dependendo de serviços

independentes do hospital, como o cartório e serviço funerário contratados pela família). A sala oferece espaço aconchegante, toilette (com chuveiro), máquina de café/chá/capuccino, água, TV e telefone. O colaborador de origem do óbito oferece e encaminha os familiares para a “sala da família”, onde os mesmos serão localizados no momento de liberação do corpo para o serviço funerário.

- *Folder de Orientações ao Familiar*: todas as orientações das etapas para o funeral são fornecidas pelo auxiliar de internação. Foi desenvolvido um folder explicativo com essas orientações para que o familiar enlutado as leve consigo por escrito (incluindo telefones: do Serviço Social, Internação, Setor de Psicologia e o site da instituição).
- *Mudança do local do Necrotério*: antes localizado junto a saída de resíduos e roupa suja, foi transferido para área adequada (3º subsolo, estacionamento dos veículos da diretoria). O percurso que anteriormente lembrava um labirinto de corredores, na nova localização exige apenas a utilização do elevador (social) adequado. O espaço interno do necrotério foi ampliado, oferecendo maior comodidade para familiares e profissionais.

RESULTADOS

A implantação de ações de humanização é acompanhada pela comissão, que monitora as ações, emitindo um relatório à diretoria do hospital bimestralmente. Os indicadores de satisfação dos serviços prestados pelo hospital baseados na percepção dos clientes são uma importante fonte de informações sobre seus anseios e necessidades, propiciando aos líderes da instituição o direcionamento das estratégias comerciais. Existem dificuldades na implantação de indicadores que mensurem a satisfação do cliente em relação à humanização, visto que o conceito *humanização* (experiências em pequena escala, o foco não é o lucro e sim às pessoas) pode ser confundido com *hospitalidade* (experiência repetível, em larga escala, com foco em processos, sustentabilidade financeira e movido pela demanda) pela população em geral⁽⁸⁾.

Obter feedback das ações relacionadas ao óbito também são um desafio, visto que nestes casos as famílias tendem a não retornar ao hospital e quando o fazem, estão afetivamente ligados à equipe que assistiu o familiar falecido.

Em nossa experiência recebemos alguns elogios (via formulário do SAC) em relação à sala da família – que reforçam nosso ideal de oferecer privacidade e conforto para os familiares enlutados.

A aprovação das ações implantadas com foco no óbito do paciente mais significativa veio dos próprios colaboradores – que justamente conheciam o fluxo antigo e o julgavam inapropriado. Também observamos que colaboradores que participaram do treinamento de acolhimento ao familiar enlutado, desenvolveram um senso crítico em relação à postura de outros colegas que não participaram do treinamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito tem se discutido em relação às políticas de humanização nos hospitais públicos e privados. Ações voltadas ao acolhimento dos pacientes e suas famílias, a minimização do stress da hospitalização, ao tratamento cordial e personalizado tem sido implantadas com sucesso.

Percebemos uma busca por excelência no atendimento aos pacientes, várias pesquisas são realizadas com foco em satisfazê-los – inclusive na tentativa de fidelizá-los ao serviço. Cada vez mais os hospitais privados se apresentam com estrutura similar a um hotel: recepções bem decoradas, pisos nobres, uniforme de colaboradores especialmente desenhado por estilistas, música ambiente, flores, quadros, serviços diferenciados e que buscam “mimar” o cliente.

A preocupação com os mortos - quando existe, passa longe dos critérios de atenção oferecido aos vivos, denunciando que o foco, inclusive de programas de humanização, não está naqueles que morrem ou nos enlutados – e sim naqueles que consomem e geram recursos.

Observamos no desenvolver deste trabalho, que a morte não encerra as relações entre hospital-paciente-família. Desejamos nos relacionar com nosso paciente e sua

família, independentemente da fase do desenvolvimento do ciclo vital que eles se encontram. Enquanto estiver institucionalizado, o paciente deve ser o foco das atenções – já que ele é a razão da existência do serviço hospitalar.

Não se trata de atender melhor este ou aquele tipo de paciente. Trata-se de atender bem e sempre. Trata-se de acolher a morte no ambiente hospitalar não como uma doença que deva ser curada, mas como uma realidade a ser vivenciada.

A distinção entre os animais e os seres humanos no tratamento dos seus mortos é um marco no processo de evolução ao longo da história da humanidade. Ao contrário dos animais selvagens, nos velamos, enterramos e reverenciamos aqueles que amamos e que nos deixam. Somos animais temporais e desenrolamos a nossa vida entre passado, presente e futuro.

Quando nos hospitais não conseguimos algum nível de atenção com os que partem, estamos negando o passado deste paciente, desta família e de nós mesmos. Negando tudo o que ele representou para seus entes queridos e desvalorizando os afetos que essa pessoa (agora um morto) estabeleceu inclusive com a nossa própria instituição. Quando reverenciamos nossos mortos, estamos valorizando o que passou, o que foi construído e vivido.

No decorrer deste trabalho, os membros da comissão diversas vezes se surpreenderam com a receptividade das pessoas sobre o tema, ou da repulsa dele. Falar da morte no ambiente hospitalar parece uma atitude corajosa, que desperta sentimentos intensamente positivos ou negativos. Com este trabalho procurou-se despertar não a insegurança dos profissionais, mas a compreensão de que hoje o seu papel é apoiar a família, como de certo, um dia desejam ser apoiados – quando for a vez deles em se despedir de alguém que amam. É o aflorar da empatia – a base de qualquer relação humana de se colocar no lugar do outro. E no caso da morte, esse lugar com certeza será ocupado por todos nós, um dia.

REFERÊNCIAS

1. Kovács MJ. Educação para a morte - temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
 2. Cassorla MS, Kovacs MJ. Da morte, estudos brasileiros. São Paulo: Papirus, 1991.
 3. Keleman S. Viver o seu morrer. São Paulo: Summus, 1997.
 4. Kovacs MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
 5. Martins MCFN. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
 6. Mezzomo AA et al. Fundamentos da humanização hospitalar: uma versão multiprofissional. Local: editora, 2003.
 7. Heidegger M. Ser e tempo, parte II. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.
 8. Boeger M. “Modelo de gestão para serviço de atendimento ao cliente em instituições de saúde” – palestra proferida em 08/10/2007, Conselho Regional de Administração de São Paulo, SP.
-

Recebido em: 18 de março de 2008.
Versão atualizada em: 24 de abril de 2008.
Aprovado em: 17 de maio de 2008.