

A Experiência do Paciente no Cuidado em Saúde: Uma Análise Qualitativa das Dimensões Relacionais do Atendimento

The Patient Experience in Health Care: A Qualitative Analysis of the Relational Dimensions of Care

La Experiencia del Paciente en la Atención de la Salud: Un Análisis Cualitativo de las Dimensiones Relacionales de la Atención

Ayla Aparecida Lorena Seixas – Centro Universitário Redentor (UniRedentor), Itaperuna, RJ, Brasil.

Annabelle de Fátima Modesto – Centro Universitário Redentor (UniRedentor), Itaperuna, RJ, Brasil, annabelle.vargas@afya.com.br

Nome do autor– nome da instituição de ensino, email

Resumo:

INTRODUÇÃO: O presente estudo aborda a experiência do paciente no cuidado em saúde, investigando como o atendimento é vivenciado e quais efeitos produz na relação com os serviços de saúde. Embora situações negativas, como falhas no cuidado, sejam frequentemente discutidas sob a perspectiva técnica e jurídica, essas experiências também apresentam repercussões subjetivas, emocionais e relacionais, influenciando a forma como o indivíduo percebe o atendimento recebido. **OBJETIVO:** Investigar o cuidado em saúde sob a perspectiva dos pacientes, identificando suas principais repercussões. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com participantes que relataram suas experiências no atendimento em saúde. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** A análise dos dados permitiu a identificação de três categorias centrais: a humanização do atendimento, a importância da escuta qualificada e as repercussões dessas experiências na confiança do paciente no sistema de saúde. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a experiência do paciente no cuidado em saúde ultrapassa a dimensão técnica, sendo profundamente influenciada por aspectos emocionais e relacionais, o que evidencia a necessidade de práticas mais humanizadas, baseadas na escuta e no fortalecimento do vínculo e da confiança no sistema de saúde.

Palavras-chave: Imperícia; Relações Médico-Paciente; Humanização da Assistência.

Abstract:

INTRODUCTION: This study addresses the patient experience in health care, investigating how care is experienced and what effects it produces in the relationship with health services. Although negative situations, such as failures in care, are frequently discussed from a technical and legal perspective, these experiences also have subjective, emotional, and relational repercussions, influencing how individuals perceive the care they receive. **OBJECTIVE:** To investigate health care from the patients' perspective, identifying its main repercussions. **METHOD:** This is a qualitative study conducted through semi-structured interviews with participants who reported their experiences with health care services. **RESULTS/DISCUSSION:** Data analysis allowed the identification of three central categories: the humanization of care, the importance of qualified listening, and the repercussions of these experiences on patient trust in the health care system. **CONCLUSION:** It is concluded that the patient experience in health care goes beyond the technical dimension, being deeply influenced by emotional and relational aspects, which highlights the need for more humanized practices based on listening and on strengthening bonds and trust in the health care system.

Keywords: Malpractice; Physician-Patient Relations; Humanization of Care.

Resumen:

INTRODUCCIÓN: El presente estudio aborda la experiencia del paciente en la atención sanitaria, investigando cómo se vive la atención y qué efectos produce en la relación con los servicios de salud. Aunque las situaciones negativas, como las fallas en la atención, suelen discutirse desde una perspectiva técnica y jurídica, estas experiencias también presentan repercusiones subjetivas, emocionales y relacionales, influyendo en la forma en que el individuo percibe la atención recibida. **OBJETIVO:** Investigar la atención sanitaria desde la perspectiva de los pacientes, identificando sus principales repercusiones. **MÉTODO:** Se trata de una investigación cualitativa realizada mediante entrevistas semiestructuradas con participantes que relataron sus experiencias en la atención sanitaria. **RESULTADOS/DISCUSIÓN:** El análisis de los datos permitió identificar tres categorías centrales: la humanización de la atención, la importancia de la escucha cualificada y las repercusiones de estas experiencias en la confianza del paciente en el sistema de salud. **CONCLUSIÓN:** Se concluye que la experiencia del paciente en la atención sanitaria trasciende la dimensión técnica, estando profundamente influenciada por aspectos emocionales y relacionales, lo que evidencia la necesidad de prácticas más humanizadas basadas en la escucha y en el fortalecimiento del vínculo y de la confianza en el sistema de salud.

Palabras clave: Impericia; Relaciones Médico-Paciente; Humanización de la Atención.

1. Introdução

No contexto contemporâneo da saúde, a experiência do paciente no cuidado em saúde tem se consolidado como um elemento central para a compreensão da qualidade da assistência prestada. Para além dos aspectos técnicos e científicos, o modo como o atendimento é vivenciado pelos usuários envolve dimensões subjetivas, emocionais e relacionais, que influenciam diretamente sua percepção sobre os serviços de saúde e sobre o próprio processo saúde-doença.

Nesse cenário, embora o debate sobre o erro médico tradicionalmente esteja inserido no âmbito jurídico, ele também revela importantes implicações na vivência dos pacientes. No âmbito legislativo, o dever jurídico dos médicos evoluiu significativamente nos últimos tempos, ao passo que a consciência dos cidadãos sobre seus direitos aumentou, em virtude do maior acesso à informação. Dentro das responsabilidades civis médicas, destacam-se conceitos como a culpa, que, segundo Novais, Moreira e Cabral (2024, p. 344), é dividida em duas categorias: dolo e sentido estrito, sendo este último subdividido em imperícia, imprudência e negligência. Tais categorias, do ponto de vista jurídico, referem-se a maus resultados do trabalho médico, sem a intenção de produzi-los.

De acordo com Lima (2023), entre as principais causas associadas a essas falhas, destacam-se a sobrecarga no sistema de saúde, a falta de treinamento adequado, as pressões financeiras, os recursos limitados, a comunicação falha e fatores econômicos. Essas condições evidenciam que tais ocorrências não se restringem à atuação individual do profissional, mas também refletem fragilidades estruturais do sistema de saúde. A negligência, por sua vez, pode se manifestar em diferentes formas, desde maus-tratos — como violência física e/ou verbal, humilhação, restrição ao meio social, perda de autonomia e privação de necessidades básicas — até a exploração financeira, produzindo efeitos significativos na vida dos pacientes.

As repercussões dessas experiências são amplas e podem afetar de maneira expressiva a vida dos pacientes e de seus familiares. Entre as principais consequências, destaca-se o agravamento do estado de saúde, uma vez que erros no diagnóstico, prescrição inadequada de medicamentos ou falhas em procedimentos podem levar a complicações graves, prolongamento do sofrimento e até mesmo à morte. Além disso, tais situações podem gerar danos psicológicos, emocionais e financeiros para os indivíduos envolvidos (Lima, Carolina, 2024).

No Brasil, o aumento expressivo de processos judiciais relacionados ao erro médico evidencia a relevância do tema. Em apenas um ano, houve um crescimento de 506% no número de ações, passando de 12.268 em 2023 para 74.358 em 2024, segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Esses processos, em sua maioria, estão associados a danos morais ou materiais decorrentes da prestação de serviços de saúde. Ademais, a insatisfatória formação ética do médico tem sido apontada como um fator que contribui para desvios de conduta durante o exercício profissional (Bitencourt *et al.*, 2007).

Entretanto, ao buscar assistência em saúde, o indivíduo se encontra em condição de vulnerabilidade, ocupando uma posição de dependência em relação ao profissional, muitas vezes fragilizado física e emocionalmente (Carmes, Tesser e Cutolo, 2024). Nesse contexto, torna-se fundamental considerar não apenas os aspectos técnicos do cuidado, mas também suas dimensões humanas e relacionais, o que remete ao conceito de humanização.

A humanização do cuidado em saúde ganhou destaque no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente com a consolidação da Política Nacional de Humanização (PNH), resultado de movimentos sociais voltados à redemocratização da sociedade brasileira (Corsino & Sei, 2019). Esse movimento surge como resposta a um modelo de atenção historicamente marcado pela hierarquização, pelo autoritarismo e pela centralidade do saber médico, no qual o paciente, muitas vezes, era reduzido a objeto de intervenção técnica. Esse processo contribuiu para a precarização das relações no cuidado, favorecendo a naturalização do sofrimento, a

diminuição da responsabilização dos profissionais e o distanciamento entre usuários e serviços de saúde (Rios, 2009; Neulls, 2016).

Além disso, fatores históricos e sociais, como discriminação baseada em cor, etnia e gênero, também influenciam a forma como o cuidado é ofertado, impactando diretamente a experiência dos pacientes. Quando o usuário busca o sistema de saúde, não objetiva apenas a resolução de sintomas, mas também a atribuição de significado ao seu sofrimento, o acolhimento de suas demandas e a construção de segurança diante da situação vivenciada.

Dessa forma, compreender a experiência do paciente no cuidado em saúde torna-se essencial para qualificar a assistência prestada. Nesse sentido, o presente trabalho teve como objetivo investigar esse fenômeno sob a perspectiva dos pacientes, identificando suas principais repercussões. Busca-se, assim, compreender de que maneira essas experiências são vivenciadas e como influenciam a relação com o cuidado em saúde, especialmente no que se refere à humanização do atendimento, à qualidade da escuta e à construção ou fragilização da confiança no sistema de saúde.

2. Materiais e Métodos

Consensualmente, encontra-se na literatura que as pesquisas podem ser concebidas como de natureza qualitativa, quantitativa ou mista (quali-quantitativa), e cada uma delas se constitui a partir da abordagem adotada. No caso do presente trabalho, trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Creswell (2013) aponta que as investigações qualitativas se caracterizam pela descrição e compreensão profunda dos significados e processos subjetivos atribuídos às experiências e práticas cotidianas, numa lógica da descoberta, tendo como essência a análise das perspectivas dos sujeitos, interpretando os fenômenos em seu meio natural.

Nesse sentido, em uma pesquisa de cunho qualitativo, os dados nunca são evidentes (Demo, 1995), e sua coleta e análise se dão, especialmente, a partir das reflexões do pesquisador, em um diálogo crítico com o objeto analisado. Sua seleção é parte integrante e indissociável do processo investigativo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, como representado no apêndice. Durante uma entrevista, além de ouvir uma narrativa complexa, profunda e eventualmente contraditória, também se está pensando no que será feito a seguir, analisando os significados das respostas do entrevistado e buscando eventuais esclarecimentos. Esse processo só é possível com o auxílio de um roteiro adequado.

Por meio das entrevistas, sete pessoas foram ouvidas, sendo seis delas indivíduos que acreditaram ter passado por algum tipo de erro médico, e o sétimo, um médico que abordou a

questão de forma mais geral. Cada diálogo durou cerca de 10 a 15 minutos e foi transcrito em local seguro para a confecção deste projeto. Ademais, por meio da análise de conteúdo preconizada por Bardin, os dados foram decodificados. Segundo Valle e Ferreira (2025), os dados produzidos em pesquisas com abordagem qualitativa precisam ser analisados de forma coerente, utilizando-se de técnicas que oportunizem um olhar reflexivo, compreensivo e dinâmico.

Uma das técnicas de análise de dados qualitativos utilizadas na área da educação é a análise de conteúdo (AC). Entendida como um conjunto de técnicas que busca a compreensão dos sentidos manifestados pelos sujeitos participantes de uma pesquisa, dos documentos analisados, entre outras formas de expressão, a AC tem se apresentado como um dos métodos mais empregados nos estudos no âmbito educacional.

A análise de conteúdo, na perspectiva de Bardin, oferece várias contribuições importantes para a pesquisa qualitativa em educação, incluindo uma análise sistemática e rigorosa dos dados, uma compreensão mais profunda dos fenômenos estudados, uma abordagem flexível e adaptável, a possibilidade de identificação de lacunas na literatura e a triangulação dos dados. As principais limitações da análise de conteúdo para a pesquisa qualitativa em educação incluem o risco de reducionismo, o excesso de subjetividade na construção das categorias, a dificuldade em lidar com dados não textuais e as limitações na generalização dos resultados.

É importante que o pesquisador esteja ciente dessas limitações ao utilizar a análise de conteúdo em suas pesquisas. Essa técnica de análise é reconhecida e amplamente aplicada em pesquisas sociais, humanas e educacionais por pesquisadores que buscam compreender os significados da fala, transpondo os critérios de objetividade das palavras e, diante da inferência, construir uma interpretação ampla e uma conexão com o referencial teórico (Minayo, 2014), a partir do tratamento de dados que visam identificar o que está sendo dito a respeito do objeto de estudo. Pesquisa aprovada pelo CEP conforme número do parecer 8.051.914.

Tabela : Perfil dos Entrevistados

IDENTIFICAÇÃO	SEXO
Entrevistado A	Feminino
Entrevistado B	Feminino
Entrevistado C	Feminino
Entrevistado D	Preferiu não comentar
Entrevistado E	Feminino
Entrevistado F	Masculino
Entrevistado G	Masculino

Fonte: Elaborado pela autora.

Os dados foram recrutados a partir de uma informante-chave. A técnica do informante-chave é um método amplamente utilizado na pesquisa qualitativa, especialmente em estudos etnográficos e estudos de caso. Essa abordagem consiste em identificar e selecionar indivíduos que possuem conhecimento especializado ou experiência significativa sobre o fenômeno de interesse.

Esses participantes, denominados informantes-chave, são capazes de fornecer insights relevantes e informações detalhadas ao longo do processo de pesquisa, contribuindo para o aprofundamento da compreensão do objeto de estudo. Dessa forma, essa estratégia possibilita a obtenção de dados mais ricos, contextualizados e alinhados à realidade investigada.

3. Resultados e Discussão

Esta seção de resultados e discussões em pesquisas qualitativas tem como finalidade apresentar e interpretar os dados produzidos à luz do referencial teórico adotado, possibilitando a construção de sentidos a partir das experiências dos participantes. Diferentemente de

abordagens quantitativas, essa etapa não se limita à exposição de dados, mas envolve um processo interpretativo que articula falas, categorias analíticas e literatura científica, promovendo uma compreensão aprofundada do fenômeno estudado. Nesse contexto, a análise de conteúdo se destaca como uma estratégia metodológica capaz de organizar e sistematizar os dados, permitindo a identificação de categorias temáticas relevantes e a produção de inferências fundamentadas (González, 2020; Minayo, 2021; Siqueira *et al.*, 2024).

Abaixo, são apresentadas as categorias de análise seguindo o descrito no método.

a. A relação entre atendimento humanizado e qualidade do cuidado

Humanização é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Inserida no contexto da saúde, a humanização, muito mais do que qualidade clínica dos profissionais, exige qualidade de comportamento. Dicionários da língua portuguesa definem a palavra humanizar como: tornar humano, civilizar, dar condição humana. Portanto, é possível dizer que a humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, sendo promovida e submetida pelo próprio homem (Rizzoto MLF, 2002).

Diante da necessidade de mudanças no atendimento do SUS, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH), ou Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS (HumanizaSUS). A partir dessa proposta, a humanização passa a ser definida como uma política, e não mais como programa, norteando princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS. Para humanizar a relação entre serviço, profissional de saúde e usuário, não basta considerar a questão da responsabilidade e do respeito, pressupostos para a realização da assistência. Na perspectiva da PNH, na humanização das práticas de atenção e gestão em saúde, deve-se levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas (Simões *et al.*, 2007).

Humanizar o atendimento vai além de atender com cordialidade e respeito. É reconhecer a humanidade no outro, em sua capacidade de pensar, de agir e interagir, de expressar e exercer sua autonomia ante as situações vividas. É, acima de tudo, respeitar a manifestação de sentimentos, desejos e intencionalidades (Minayo, 2004).

Acerca do assunto, uma das participantes comentou:

Entrevistada A: *“É muito importante ser humano. Não só tentar ser profissional, frio. Que seja humano.”*

Tópico esse também abordado pela entrevistada E:

“Essa humanidade o médico tem que ter.”

A humanização alia a competência técnica a habilidades humanas, como simpatia, cordialidade, compaixão, entre outras, de forma que o profissional de saúde atue com uma base humanista e ética em prol de minimizar as agressões nos ambientes de saúde (Rios, 2009). Contudo, a maior dificuldade está na aplicabilidade desse conceito, pois envolve a cultura profissional.

A humanização vem sendo discutida desde o período de decisão pelo modelo assistencial de saúde, razão pela qual se optou pela Atenção Primária à Saúde. No entanto, o fato de o sistema ter viés humanizado, por si só, não foi suficiente para que as necessidades da população fossem atendidas. Assim, o clamor por melhores práticas em saúde por parte da sociedade culminou na inserção do tema na XI Conferência de Saúde, no ano 2000. As principais reivindicações dos usuários referiam-se à qualificação e à ampliação “do acolhimento, da resolutividade e da disponibilidade dos serviços” (Souza; Mendes, 2009, p. 682).

“A humanização é uma construção coletiva que só será possível com a troca de saberes; por isso, determina que o trabalho deve ser estruturado em equipes multiprofissionais. Sendo assim, a rede de humanização pode ser vista como uma construção de cidadania, na qual há a valorização de todos os envolvidos no processo saúde-doença” (Rodrigues; Garcia; Ribas, 2016, p. 67).

b. A importância da escuta no atendimento em saúde

A escuta no contexto da saúde ultrapassa o simples ato de ouvir. Trata-se de uma prática ativa, ética e qualificada, que pressupõe atenção plena ao discurso do usuário e sensibilidade para captar não apenas as palavras, mas também emoções, silêncios e significados implícitos. A escuta qualificada constitui um dos pilares da humanização, pois possibilita compreender o sujeito para além do sintoma apresentado, integrando dimensões subjetivas ao raciocínio clínico (Rios, 2009).

No âmbito do SUS, o acolhimento, conforme orientado pela Política Nacional de Humanização, está intrinsecamente ligado à escuta. Acolher significa receber o usuário com

responsabilidade, garantindo acesso e buscando responder às suas necessidades de maneira resolutiva. Essa prática reorganiza o processo de trabalho ao priorizar a escuta inicial como instrumento de classificação de risco e também como estratégia de construção de vínculo. Assim, a escuta deixa de ser um ato secundário e passa a ocupar posição central na produção do cuidado (Brasil, 2004).

A escuta qualificada contribui para diagnósticos mais precisos e intervenções mais adequadas, uma vez que amplia a compreensão do contexto de vida do paciente. Muitas vezes, queixas recorrentes não se explicam exclusivamente por fatores biológicos, mas estão relacionadas a determinantes sociais, emocionais ou familiares. Quando o profissional dispõe de tempo e disposição para ouvir, consegue identificar aspectos que seriam invisibilizados em atendimentos mecanizados e rápidos (Simões *et al.*, 2007).

Entrevistado C:

“Acho que uma coisa que o médico tem que saber é escutar antes de vir a dar diagnóstico. Às vezes, realmente tem uma doença física, mas pode ser emocional. Hoje em dia, é muito mais importante você registrar no prontuário do que atender o paciente.”

Do ponto de vista ético, escutar é reconhecer a dignidade do outro. A ausência de escuta pode gerar sentimento de desvalorização, abandono e descrédito no sistema de saúde. Por outro lado, quando o paciente percebe que sua fala é legitimada, fortalece-se a confiança na equipe e amplia-se a participação ativa no tratamento. Esse movimento favorece a corresponsabilização, princípio essencial da atenção integral (Waldow; Borges, 2011).

Entrevistado E:

“Às vezes, a pessoa não tem nada, mas ela precisa ser ouvida.”

Entretanto, a prática da escuta enfrenta barreiras estruturais importantes, como excesso de demanda, metas quantitativas e limitação de recursos humanos. Tais fatores podem reduzir o tempo de consulta e comprometer a qualidade da interação. Nesse cenário, a qualificação permanente das equipes e a reorganização dos fluxos assistenciais tornam-se estratégias necessárias para garantir que a escuta seja efetivamente incorporada à rotina dos serviços. É fundamental que as instituições promovam uma cultura organizacional que valorize o diálogo e o acolhimento como dimensões centrais do cuidado, e não como elementos secundários. A implementação de protocolos que assegurem tempo mínimo adequado de

atendimento e espaços de discussão em equipe também pode contribuir para fortalecer práticas mais sensíveis e resolutivas. Dessa forma, a escuta deixa de ser um ideal teórico e passa a constituir uma prática concreta, sustentada por condições estruturais e compromisso institucional (Minayo, 2004).

Portanto, a escuta no atendimento em saúde não é um complemento, mas um elemento estruturante da qualidade do cuidado. Ela humaniza as relações, qualifica a prática clínica, fortalece vínculos e contribui para melhores resultados terapêuticos. Investir na escuta é investir na efetividade e na legitimidade do sistema de saúde (Rodrigues; Garcia; Ribas, 2016).

c. A confiança do paciente no sistema de saúde após experiências negativas

A confiança constitui elemento central na relação entre usuário e sistema de saúde. Trata-se de um componente subjetivo, construído progressivamente a partir das experiências vivenciadas nos serviços. Quando o paciente passa por situações negativas, como negligência, desrespeito, demora excessiva ou comunicação inadequada, ocorre abalo na credibilidade institucional e fragilização do vínculo terapêutico (Lima, 2023). Mesmo com os números de registro de erros em ascensão, não se sabe o que realmente acontece com as vítimas; os estudos brasileiros dão maior ênfase ao número de denúncias registradas nos conselhos regionais de medicina (CRM), aos processos disciplinares aplicados, ao perfil dos médicos denunciados e trazem, ainda, algumas “regras” importantes para que os médicos evitem e previnam o erro e não sofram aborrecimentos. Ou seja, a grande maioria não aborda a subjetividade e as questões pertinentes às vítimas. Experiências negativas podem produzir efeitos duradouros, como resistência em procurar novamente o serviço, baixa adesão ao tratamento e disseminação de percepções negativas na comunidade. A confiança, quando rompida, não é facilmente restabelecida. Ela depende de ações consistentes que demonstrem compromisso com a qualidade, a ética e o respeito ao usuário. Assim, a humanização assume papel estratégico na reconstrução dessa relação (Cruz Riveiros, 2020).

Entrevistado F: *“Tenho medo de deixar algum parente meu ou eu mesmo ficar na mão do sistema único de saúde.”*

Entrevistado G: *“Cara... não tenho uma questão de confiar menos. Acho que sempre desconfiei. Eu sempre soube que há profissionais diferentes de outros. Eu conto nos dedos os profissionais em que eu confio, que eu gostaria de ser atendido.”*

A comunicação transparente e a escuta qualificada são fundamentais para restaurar a confiança. Quando o profissional reconhece falhas, esclarece dúvidas e demonstra empatia diante do sofrimento, cria-se espaço para a reconstrução do vínculo. O reconhecimento do erro, quando ocorre, não deve ser entendido como fragilidade institucional, mas como prática ética que fortalece a credibilidade do sistema (Magalhães, 2023).

Além disso, a confiança está diretamente relacionada à percepção de resolutividade e acolhimento. Serviços que garantem continuidade do cuidado e acesso facilitado tendem a gerar maior segurança nos usuários. A presença de equipes multiprofissionais integradas também contribui para uma experiência mais positiva, pois amplia as possibilidades de resposta às necessidades apresentadas. Quando o paciente percebe que há articulação entre os diferentes níveis de atenção e que sua demanda não será fragmentada, fortalece-se a sensação de amparo e responsabilidade compartilhada. Essa integração favorece intervenções mais completas e reduz a repetição de informações, evitando desgaste emocional. Assim, a organização eficiente da rede de atenção não apenas qualifica o cuidado técnico, mas também consolida vínculos e reafirma a credibilidade do sistema de saúde perante a população (Silva; Cruz; Silva, 2023).

Sob a perspectiva coletiva, a confiança no sistema de saúde é essencial para a consolidação das políticas públicas. Um sistema desacreditado enfrenta maior resistência social e menor participação comunitária. Por isso, investir em humanização, escuta e qualificação profissional não é apenas uma questão assistencial, mas também estratégica para a sustentabilidade do SUS. Quando a população reconhece legitimidade nas ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, há maior adesão às campanhas preventivas, aos programas de acompanhamento e às orientações terapêuticas propostas. A confiança fortalece o controle social e estimula a participação ativa nos espaços de deliberação, como conselhos e conferências de saúde. Dessa maneira, a credibilidade institucional torna-se um elemento estruturante para a efetividade das políticas públicas e para a manutenção de um sistema universal, equânime e integral (Souza; Mendes, 2009).

Entrevistada A:

“Confesso que fiquei apavorada quando tive meu diagnóstico, mas não é só pelo câncer, é pelo erro que aconteceu comigo, sim. Ela não poderia errar nesse ponto. Confesso que fiquei realmente preocupada com isso, mas continuo confiando e estou com os mesmos médicos até hoje.”

Assim, mesmo após experiências negativas, é possível reconstruir a confiança por meio de práticas pautadas na ética, na empatia e na corresponsabilização. A humanização do cuidado mostra-se, portanto, não apenas como diretriz normativa, mas como condição indispensável para fortalecer o vínculo entre população e sistema de saúde. A reconstrução da confiança exige, primeiramente, o reconhecimento das fragilidades existentes no atendimento. Quando o usuário percebe que suas queixas são legitimadas e que há disposição institucional para aprimorar processos, cria-se um ambiente propício à reaproximação. A transparência nas informações, a clareza na comunicação e o respeito às decisões compartilhadas contribuem significativamente para restaurar a credibilidade do serviço e minimizar sentimentos de insegurança ou abandono (Ferreira; Artmann, 2018).

Práticas que promovem a participação ativa do paciente no planejamento terapêutico reforçam o sentimento de pertencimento e valorização. A corresponsabilização no cuidado amplia o compromisso mútuo entre profissional e usuário, transformando a relação assistencial em parceria. Esse movimento fortalece o vínculo e favorece maior adesão às orientações propostas, reduzindo a probabilidade de novas experiências negativas decorrentes de falhas comunicacionais ou expectativas desalinhadas. Por fim, é fundamental que a reconstrução da confiança seja entendida como processo contínuo, sustentado por políticas institucionais consistentes e por uma cultura organizacional orientada ao cuidado humanizado. A consolidação desse compromisso coletivo não apenas repara vínculos fragilizados, mas também previne futuras rupturas, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais sensível, ético e socialmente legitimado (Mendez Toledo, 2025).

A confiança constitui elemento central na relação entre usuário e sistema de saúde. Trata-se de um componente subjetivo, construído progressivamente a partir das experiências vivenciadas nos serviços. Quando o paciente passa por situações negativas, como negligência, desrespeito, demora excessiva ou comunicação inadequada, ocorre abalo na credibilidade institucional e fragilização do vínculo terapêutico. Ainda que os registros de erros estejam em ascensão, observa-se que a literatura nacional, em sua maioria, prioriza dados quantitativos, como número de denúncias e processos, em detrimento da compreensão das experiências subjetivas das vítimas (Lima, 2023).

As experiências negativas podem produzir efeitos duradouros, como resistência em procurar novamente o serviço, baixa adesão ao tratamento e disseminação de percepções negativas no meio social. A confiança, quando rompida, não é facilmente restabelecida, dependendo de ações consistentes que demonstrem compromisso com a qualidade, a ética e o

respeito ao usuário. Nesse contexto, a humanização assume papel estratégico na reconstrução dessa relação (Cruz Riveros, 2020).

Além disso, a perda de confiança não ocorre de forma homogênea entre os indivíduos. Alguns pacientes passam a evitar completamente os serviços de saúde, adiando a busca por atendimento, o que pode agravar condições clínicas. Outros desenvolvem uma postura mais vigilante, questionando condutas profissionais e buscando múltiplas opiniões, o que evidencia dificuldade em estabelecer vínculo terapêutico. Tais comportamentos revelam rupturas significativas na relação entre paciente e sistema de saúde (Bell, S. K. *et al.*, 2020).

Outro aspecto relevante refere-se ao impacto emocional dessas vivências. Sentimentos como medo, ansiedade, insegurança e desconfiança podem emergir após experiências negativas, influenciando diretamente a forma como o indivíduo se relaciona com atendimentos futuros. Dessa maneira, os danos ultrapassam a dimensão clínica, atingindo também aspectos psicológicos e subjetivos, o que reforça a necessidade de uma abordagem mais integral no cuidado em saúde (Mazor, K. M. *et al.*, 2019).

Nesse sentido, torna-se fundamental a adoção de estratégias institucionais que visem não apenas à prevenção de erros, mas também ao manejo adequado das situações adversas. Práticas como comunicação transparente, acolhimento após o evento e acompanhamento do paciente podem contribuir para minimizar os efeitos e favorecer a reconstrução da confiança. Ademais, a capacitação contínua dos profissionais em competências éticas e comunicacionais é essencial para qualificar as relações estabelecidas no cuidado (WHO, 2020).

Cabe destacar que a confiança também está diretamente relacionada à percepção de justiça por parte do paciente. Quando há reconhecimento de falhas, responsabilização e reparação, observa-se maior possibilidade de restabelecimento do vínculo. Em contrapartida, a omissão de informações ou posturas defensivas tendem a intensificar o sofrimento e consolidar o descrédito no sistema (Finkelstein, A. *et al.*, 2024).

Assim, a reconstrução da confiança deve ser compreendida como um processo contínuo, que envolve tanto atitudes individuais dos profissionais quanto mudanças estruturais nas instituições de saúde. Investir em práticas humanizadas, fortalecer a escuta qualificada e promover uma assistência centrada no paciente são medidas fundamentais para restabelecer vínculos fragilizados e garantir maior efetividade no cuidado prestado (Shannon, S. E. *et al.*, 2025).

5. Conclusão

O presente estudo possibilitou compreender, sob a perspectiva dos pacientes, os efeitos da negligência, imperícia e imprudência no contexto da assistência em saúde, evidenciando que tais ocorrências extrapolam falhas técnicas, atingindo dimensões emocionais, sociais e relacionais dos indivíduos. A análise dos dados permitiu identificar três eixos centrais: a humanização do atendimento, a importância da escuta qualificada e a confiança no sistema de saúde após experiências negativas. Os resultados demonstraram que a ausência de práticas humanizadas e de uma escuta efetiva contribui significativamente para a ocorrência de experiências negativas, fragilizando o vínculo entre paciente e profissional e comprometendo a integralidade do cuidado prestado (Buss *et al.*, 2020).

A humanização evidenciou-se como elemento essencial para a qualidade do cuidado, indo além da competência técnica e incorporando aspectos éticos, empáticos e relacionais. Da mesma forma, a escuta qualificada destacou-se como ferramenta fundamental para a compreensão integral do paciente, contribuindo para diagnósticos mais precisos, maior adesão ao tratamento e fortalecimento do vínculo terapêutico. No que se refere à confiança no sistema de saúde, observouse que experiências negativas podem gerar efeitos duradouros, influenciando o comportamento dos usuários e sua relação com os serviços. Entretanto, verificouse que essa confiança pode ser reconstruída por meio de práticas pautadas na transparência, na empatia e na responsabilização profissional, reforçando a importância de uma assistência centrada no paciente (Cruz Riveros, 2020).

Ademais, os achados deste estudo evidenciam a necessidade de uma reorganização dos processos de trabalho em saúde, de modo a priorizar não apenas a eficiência técnica, mas também a qualidade das relações estabelecidas no cuidado. A valorização da escuta, do acolhimento e da comunicação efetiva deve ser compreendida como estratégia fundamental para a prevenção de erros e para a promoção de experiências mais positivas no atendimento. Nesse sentido, tornase essencial o investimento em educação permanente em saúde, voltada ao desenvolvimento de competências relacionais e éticas dos profissionais, contribuindo para a consolidação de práticas mais humanizadas e resolutivas (Novello *et al.*, 2024).

Dessa forma, conclui-se que a melhoria da assistência em saúde não depende exclusivamente de avanços técnicos, mas também do fortalecimento das relações humanas no cuidado. Torna-se imprescindível investir na formação ética e comunicacional dos profissionais, bem como na implementação de políticas institucionais que valorizem a



humanização e a escuta como pilares do atendimento. Por fim, ressalta-se a importância de ampliar estudos que contemplem a perspectiva dos pacientes, contribuindo para uma compreensão mais abrangente dos efeitos dos erros em saúde e para o desenvolvimento de estratégias que promovam um cuidado mais seguro, ético e centrado no sujeito, além de fortalecer a confiança social nos sistemas de saúde (Paho, 2021).

Referências

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BELL, S. K. *et al.* Patients' perspectives on harmful medical errors: a qualitative study. *BMJ Quality & Safety*, v. 29, n. 11, p. 944-952, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUSS, Paulo Marchiori; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; PINTO, Ligia Giovanella. Saúde global e políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1581-1592, 2020.

CAVEIÃO, Cristiano *et al.* *Humanização em serviços de saúde*. [S.l.: s.n.], [s.d.].

Cláudia Batista Mélo; Leandro Nobre Fialho de Carvalho Rocha; Tiago Eduardo Lins da Costa; Flávio Murilo Lemos Gondim; Gabrieli Duarte Farias; Eduarda Gomes Onofre de Araújo; Júlio César Guimarães Freire; Marcelo Magalhães Dias; Carmem Silvia Laureano Dalle Piagge. Humanization in health graduation courses: challenges for implementing national guidelines. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsdv11i6.29325>

Corsino, D. L. M.; Sei, M. B. A. Humanização nas grades curriculares de cursos da saúde de universidades públicas paranaenses. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, 11(1), 43-52, 2019.

CRESWELL, John W. *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa*. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CRUZ RIVEROS, Consuelo. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería (Montevideo)*, v. 9, n. 1, p. 21-32, 2020.

DEMO, Pedro. *Metodologia científica em ciências sociais*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

FERREIRA, L. R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 5, p. 1437-1450, 2018.

FINKELSTEIN, A. *et al.* Disclosure following a medical error. *Israel Journal of Health Policy Research*, v. 13, n. 1, p. 1-10, 2024.



GALVÃO E SILVA ADVOGADOS. Negligência médica. Disponível em:
<https://www.galvaoesilva.com/negligenciamedica/>.

GONZÁLEZ, F. E. Reflexões sobre alguns conceitos da pesquisa qualitativa. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 8, n. 17, p. 155–183, 2020.

LIMA, Carolina Vitória Rodrigues. Negligência médica no Brasil. 2023.

MAGALHÃES, Livia de Souza. Aspectos éticos e legais da negligência médica. 2023.

MAZOR, K. M. *et al.* Health care-associated harm. *Patient Education and Counseling*, v. 102, n. 3, p. 584-589, 2019.

MEDEIROS, Marcelo. Pesquisas de abordagem qualitativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2012.

MENDES, Rosana Maria; MISKULIN, Rosana Giaretta Sguerra. A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cadernos de Pesquisa*, 2017.

MENDEZ TOLEDO, Josefina Rosalmery. Humanized nursing care. *Enfermería (Montevideo)*, 2025.

MENDONÇA, V. S.; CUSTÓDIO, E. M. Nuances e desafios do erro médico no Brasil. *Revista Bioética*, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Dilemas do setor saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ética das pesquisas qualitativas. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2014.

NEULLS, T. F. Humanização em saúde frente ao processo de precarização do trabalho. 2016.

NOVAIS, Alinne Arquette L.; MOREIRA, Raquel V.; CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco B. Direito médico e da saúde. São Paulo: Almedina, 2024.

NOVELLO, T. P.; PEREIRA JÚNIOR, E. F. Z. Pesquisa qualitativa. *Revista Intersaberes*, 2024.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Patient safety. Washington, DC: PAHO, 2021.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2009.

RODRIGUES, I. C. G.; GARCIA, I. de F.; RIBAS, J. L. C. Humanização e suas implicações. *Revista Sodebras*, 2016.

SANTOS, Gustavo Rodrigues Barbosa dos. Negligência, imprudência e imperícia. 2024.



SHANNON, S. E. *et al.* Role of apology in error disclosure. *Frontiers in Health Services*, 2025.

SILVA, Gisele. O método científico na psicologia. 2010.

SILVA, R. A. do N.; CRUZ, D. M.; SILVA, M. A. X. M. Atendimento humanizado. *Revista Ibero-Americana*, 2023.

SILVA, A. A. A.; SILVA, A. M. O.; JUNIOR. O impacto da negligência. 2024.

SIMÕES, A. L. de A. *et al.* Humanização na saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2007.

SIQUEIRA, J. F. J.; AVELAR, G. S. M.; ALCÂNTARA, V. C. Métodos qualitativos de pesquisa. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 2024.

SOUZA, L. A. de P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização. *Interface*, 2009.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient safety incident reporting. Geneva: WHO, 2020.

APÊNDICE

1. Você já sentiu que recebeu um atendimento de saúde com pouca atenção ou descuido?
1. Você já teve a impressão de que o profissional de saúde não tinha preparo suficiente para o procedimento ou diagnóstico?
2. Você acredita que já sofreu algum tipo de erro por parte de profissionais de saúde por falta de cuidado, conhecimento ou responsabilidade?
3. Caso tenha respondido “Sim” nas perguntas anteriores, foi relacionado ao que? Me conte sobre o ocorrido.

Hoje em dia, após o evento, você sente que confia menos no sistema de saúde? Como isso te impactou?