



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis - IMESA

THAIS NATALIA MANFIO GRUNZWEIG

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA NO
SETOR DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS**

**ASSIS
2010**

THAIS NATALIA MANFIO GRUNZWEIG

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA NO
SETOR DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Elizete Mello da Silva

Área de Concentração: Enfermagem Oncológica

**ASSIS
2010**

FICHA CATALOGRÁFICA

GRUNZWEIG, Thais Natalia Manfio

O Papel do Enfermeiro na Assistência Humanizada no Setor de Oncologia do Hospital Regional de Assis / Thais Natalia Manfio Grunzweig. Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA – Assis, 2010.

81 p.

Orientadora: Profa. Dra. Elizete Mello da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA

1. Humanização 2. Oncologia, 3. Assistência.

CDD: 610
Biblioteca da FEMA

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA NO SETOR DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS

THAIS NATALIA MANFIO GRUNZWEIG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação em Enfermagem, analisado pela seguinte Comissão Examinadora:

Orientadora: Prof^a. Dra. Elizete Mello da Silva

Analizador (1):

**ASSIS
2010**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a duas pessoas a quem devo tudo nessa vida, e que passaram a maior parte dela me mostrando o caminho certo a ser seguido, ensinando o verdadeiro sentido da vida – minha mãe Sandra e minha avó Maria –, pela dedicação, compreensão, apoio, esforço e por me proporcionarem este estudo. Ao meu avô que foi a minha grande inspiração para que hoje eu me tornasse enfermeira e a toda minha família. Em especial, ao meu namorado Rafael, pelo afago e companheirismo de todas as horas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me capacitar e impulsionar para superar mais uma etapa da minha vida, pois mesmo encontrando dificuldades, não me deixou desistir.

À minha orientadora, Elizete Mello da Silva, que acompanhou toda a minha angústia e medo, obrigada pela disposição, compreensão, atenção e paciência durante a elaboração deste projeto.

A todos que contribuíram para o desenvolvimento de minha graduação: família, namorado, amigos, professores e amigos da oncologia do Hospital Regional de Assis, que me ajudaram no decorrer da pesquisa.

RESUMO

A presente pesquisa abordou a importância de um atendimento humanizado com pacientes oncológicos, por meio da assistência de enfermagem no Setor de Oncologia do Hospital Regional de Assis. Entende-se que humanizar é inserir o paciente e sua família de volta à sociedade, proporcionando melhoria na sua qualidade de vida, no âmbito de favorecer o bem-estar físico, sua integridade moral e sua dignidade como pessoa. Mediante pesquisa de campo, foi possível demonstrar que pacientes e familiares, diante da patologia, encontravam-se com medo e fragilizados. Neste contexto, fica claro que o papel do enfermeiro diante de tanto sofrimento e dor é significativo para a recuperação da saúde e a manutenção da mesma. Portanto, ser enfermeiro vai muito além de conhecimento técnico ou científico, é ser humano em suas ações, buscando sempre a excelência para oferecer um tratamento digno àquele que necessita.

Palavras-chave: humanização; oncologia; assistência; enfermagem.

ABSTRACT

This research dealt with the importance of humanized health care provided for cancer inpatients by means of nursing support at the cancer sector of Hospital Regional de Assis. Humanized care means here to help reinsert the inpatient and his/her family into society trying to provide him/her with an improved quality of life in order to promote his/her physical and mental welfare, moral integrity, and dignity as an individual. By undertaking fieldwork, one managed to show that the inpatient and his/her family, in face of such a serious pathology, were undergoing condition of fear and frailty. Within such a context, it is clear that the role played by nurses in face of such pain and suffering is crucial to his/her recovery and maintenance. Therefore, being a nurse is a condition which goes beyond technical and scientific knowledge, it means being humane and sympathetic in his/her actions, doing his/her best to provide the inpatient with a worthy care for those in need of it.

Keywords: humanization; oncology; care; nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Faixa etária dos pacientes	55
Gráfico 2 – Sexo dos pacientes	56
Gráfico 3 – Grau de escolaridade dos pacientes	56
Gráfico 4 – Frequência hospitalar para tratamento quimioterápico	57
Gráfico 5 – Diagnóstico do câncer em estágio inicial	58
Gráfico 6 – Opinião dos pacientes sobre o câncer ser uma doença desconhecida	58
Gráfico 7 – Sentimento manifestado após o diagnóstico de câncer	59
Gráfico 8 – Mudança na relação com a família, o trabalho e com outras pessoas, após a doença	60
Gráfico 9 – Recebimento de apoio/acolhida pela equipe de enfermagem quando necessário	61
Gráfico 10 – Sentimentos apresentados na chegada ao hospital para o tratamento	62
Gráfico 11 – Faixa etária dos familiares	63
Gráfico 12 – Sexo dos familiares	64
Gráfico 13 – Grau de escolaridade dos familiares	64
Gráfico 14 – Vínculo familiar com o paciente	65
Gráfico 15 – Orientação recebida pela família sobre o tratamento quimioterápico na descoberta da doença	65
Gráfico 16 – Disponibilização de algum tipo de serviço social ao paciente e à sua família	66
Gráfico 17 – Avaliação dos familiares quanto à qualidade na relação dos profissionais de enfermagem com os pacientes em tratamento quimioterápico	67
Gráfico 18 – Opinião dos familiares sobre o câncer ser uma doença desconhecida	68

Gráfico 19 – Conhecimento dos efeitos colaterais causados pela quimioterapia	68
Gráfico 20 – Opinião sobre a assistência humanizada trazer melhoria no quadro do paciente	69
Gráfico 21 – Opinião sobre a família e a sociedade interferirem no quadro clínico do paciente	71
Gráfico 22 – Opinião, como profissional da saúde do setor de oncologia, sobre achar satisfatório ou não o suporte emocional oferecido pela equipe multiprofissional	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- HRA - Hospital Regional de Assis
- DNA - *deoxyribonucleic acid* (ácido desoxirribonucléico)
- ADN - ácido desoxirribonucléico
- INCA - Instituto Nacional do Câncer

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CÂNCER: TRATAMENTO E ASPECTOS PSICO-ONCOLÓGICOS	15
2.1 A DOENÇA	16
2.1.1 Tumores	18
2.2 O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO	22
2.3 ASPECTOS PSICO-ONCOLÓGICOS	28
3 A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA E O PAPEL DO ENFERMEIRO	33
3.1 A ASSISTÊNCIA E HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR	34
3.2 O CUIDADO DO ENFERMEIRO	40
3.3 A HUMANIZAÇÃO NO SETOR ONCOLÓGICO: UM ENFOQUE PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	46
4 A PESQUISA DE CAMPO	52
4.1 O HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS	53
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA DE CAMPO	54
4.3 OS PACIENTES	54
4.4 A FAMÍLIA DO PACIENTE	63
4.5 O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM	69
5 CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE A – Questionário aplicado ao Paciente com Câncer	79
APÊNDICE B – Questionário aplicado aos Familiares	80
APÊNDICE C – Questionário aplicado ao Profissional da Saúde	81

A assistência humanizada veio para substituir o cuidado mecânico, aquele cuidado de indiferença ao ser humano, aos seus sentimentos de dor, angústia e medo, por um cuidado mais efetivo e integral.

A palavra humanizar significa, literalmente, resgatar a importância dos aspectos emocionais, reconhecer o limite do outro, acolher o desconhecido, respeitar o próximo levando em conta as suas diferenças e limitações.

Humanizar é colocar a razão e o coração em uma sintonia só, na qual a tarefa desenvolvida seja realizada de uma maneira responsável, integral e afetiva. Neste contexto, ouvir as palavras e muitas vezes o silêncio é uma prática que exige paciência e dedicação.

A esse respeito, Mezomo (1995, p. 276) considera que:

A humanização, não é apenas um conceito. É uma filosofia de ação solidária. É uma presença! É uma mão estendida! É o silêncio que comunica! É a lágrima enxugada! É o sorriso que apóia! É a dúvida desfeita! É a confiança restabelecida! É a informação que esclarece! É o conforto na despedida!

Nesta perspectiva espera-se que, com a humanização, o paciente em sua internação hospitalar receba afeto, segurança e apoio, ou seja, tudo que uma pessoa espera e necessita para este momento.

Uma humanização feita com qualidade ao paciente lhe proporciona uma melhoria na qualidade de vida, do bem físico, mental, emocional e psicológico e ainda interfere positivamente nas relações familiares e sociais.

Assim, a assistência humanizada de enfermagem é muito mais do que ser um profissional com competências técnicas ou científicas. É ser um profissional que preza os valores de solidariedade, respeita as limitações do próximo, o sofrimento e a dor, tem esperança na cura e perseverança à vida.

O paciente que recebe a triste notícia de um câncer, reserva grandes responsabilidades, pois não se sabe qual será sua reação diante de tal fato, isso vai depender da sua personalidade, de suas características, do seu modo de ver a vida, sua relação com a família que está envolvida diretamente no processo do cuidado.

Neste contexto, quando uma pessoa adoece, ela e sua família começam a fazer parte do sistema hospitalar, no qual todos estão sujeitos a criar relações satisfatórias ou insatisfatórias, e é nesse cenário que se insere a enfermagem humanizada.

Tudo isso é o papel do enfermeiro que está em contato direto com o paciente e sua família, na busca de resgatar valores humanos e afetivos. Trata-se, portanto, de um comprometimento de uma assistência humanizada do enfermeiro para com o ser humano.

Neste contexto, procurou-se apresentar, neste trabalho monográfico, uma análise do papel da enfermagem na prevenção e na qualidade de vida dos pacientes oncológicos, nas suas diversas fases.

A trajetória metodológica foi trabalhada por meio da análise de bibliografias e da pesquisa de campo, realizada no Hospital Regional de Assis. O estudo de campo foi feito por meio de questionários, entre pacientes, familiares e profissionais da enfermagem do Setor de Oncologia do HRA.

A presente pesquisa propôs analisar a importância do papel do enfermeiro frente a uma assistência humanizada com pacientes que se submeteram a tratamento quimioterápico.

Neste âmbito, o presente trabalho foi dividido em três capítulos. O primeiro capítulo detalha a patologia câncer, a diferença entre tumores benignos e malignos e o processo de metástase da doença. Aborda, também, o tratamento pelo qual os pacientes entrevistados são submetidos – a quimioterapia – juntamente com os seus efeitos e classificações e os aspectos psico-oncológicos, os quais se referem à parte psicológica do paciente e sua família.

O segundo capítulo aborda a assistência e humanização hospitalar e o cuidado do enfermeiro, com ênfase para a importância deste profissional agir e trabalhar de uma forma mais humana e solidária ao próximo. Sobre a humanização no setor oncológico – um enfoque para os profissionais de enfermagem – demonstrou-se qual é o papel do enfermeiro frente ao paciente oncológico.

O terceiro capítulo compõe-se da pesquisa de campo, por meio da qual foi analisado o cuidado humanizado oferecido pela equipe de enfermagem que favorece o êxito do tratamento e, conseqüentemente, a qualidade de vida, especialmente daqueles que se submetem a seções de quimioterapia.

2 CÂNCER: TRATAMENTO E ASPECTOS PSICO-ONCOLÓGICOS

“O sofrimento somente é intolerável quando ninguém cuida”

Dame Cicely Saunders

2.1 A DOENÇA

Quando se fala sobre o câncer, muitas pessoas relacionam essa doença com a dor e a morte, sendo uma das patologias que mais causam impactos e, conseqüentemente, são as mais temidas. Todo esse medo é causado pela ausência de tratamento efetivo e a cura para maioria dos tumores.

Houve, contudo, um avanço em relação ao tratamento nas últimas quatro décadas. Um progresso significativo na quimioterapia, na radioterapia e nas técnicas cirúrgicas, aumentando o grau de sobrevivência a partir da segunda metade do século XX. A neoplasia não é uma enfermidade única com uma causa única, pelo contrário é uma doença com diversas causas, manifestações, tratamento e prognósticos.

Para entendermos a origem da doença precisamos compreender o funcionamento das células e suas mutações.

As células do corpo humano são divididas em três partes: a parte externa, chamada de “membrana celular”; o corpo da célula, denominado “citoplasma”; e o núcleo que é composto por cromossomas compostos de genes. As informações genéticas do ser humano são encontradas dentro dos genes, que correspondem à memória química, em que é encontrado o ácido desoxirribonucléico (ADN, em português ou DNA, em inglês). É pelo DNA que os cromossomas transmitem os dados para o funcionamento da célula.

Qualquer célula normal tem a capacidade de sofrer mutações no DNA dos genes. A célula que se apresenta com o seu material genético modificado, começa a receber informações erradas para desempenhar suas atividades.

O câncer tem início quando uma célula normal é modificada por uma alteração genética no DNA. A célula normal forma um clone e dá início a proliferação de modo anormal. O câncer é uma doença genética, na sua fase de formação acontecem múltiplas modificações, as quais, geralmente, são herdadas geneticamente.

As células anormais têm suas funções menos especializadas do que as células normais. Quando as células normais vão sendo substituídas pelas anormais, os tecidos começam a perder suas funções.

O organismo humano está exposto a múltiplos fatores que favorecem o surgimento do câncer e, claro que não se pode esquecer que a predisposição individual de cada pessoa é indeterminante no surgimento da doença.

Sendo assim, não é de total afirmação o tempo de exposição a fatores cancerígenos ao seu início de desenvolvimento, muito menos a predisposição individual.

O câncer é uma doença de causas variáveis, tanto externas como internas ao organismo humano, podendo estar relacionadas umas com as outras. Os fatores externos estão ligados aos costumes e hábitos de cada paciente e o meio ambiente em que se vive. Os fatores internos podem ser de ordem genética, e a disposição do organismo de se proteger de agressões do meio externo.

Sendo assim, o câncer só se manifestará se esses fatores se ligarem entre si numa interação que tem como possibilidade, se transformar de células normais para células malignas.

Estudos apontam que o surgimento do câncer está ligado a fatores externos “ambientais” como, por exemplo, um dos mais conhecidos o cigarro, o sol e alguns tipos de vírus que podem causar a leucemia. Outros estudos que estão em desenvolvimento apontam alguns tipos de alimentos que podem causar câncer, muitos deles ainda se encontram desconhecidos.

O câncer, muitas vezes, surge na velhice, pois o envelhecimento do organismo humano leva à ocorrência de mudanças nas células, aumentando a probabilidade destas se transformarem em células malignas. Isso significa que o organismo humano de uma pessoa mais idosa já foi mais exposto a diversos fatores que contribuem para o desenvolvimento do câncer. Isso explica por que essa patologia é mais comum nessa faixa etária.

Fatores internos e fatores externos são formas de se classificar certas patologias do câncer e a sua origem. Entretanto, os fatores externos “ambientais” que são classificados como cancerígenos, são eles que vão alterar a estrutura genética do DNA de cada célula.

O câncer tem seu surgimento conforme o tempo de exposição, duração e magnitude em que as células foram expostas a fatores externos. Por exemplo, o risco de uma pessoa desenvolver um câncer de pele está ligado ao seu tempo de exposição ao sol, se faz uso de proteção solar, como chapéus, filtros e se respeita os horários adequados para se expor ao sol.

Como já foi citado anteriormente, o câncer pode surgir de causas externas (ambientais ou genéticas), mas o que está sendo evidenciado é que o câncer surge mais por influência de fatores externos, ou seja, do meio em que se vive (água, ar, terra, poluição por indústrias químicas, etc.), daquilo que é consumido (medicamentos e alimentos) e do próprio estilo de vida, dos hábitos e rotinas podem propiciar o surgimento do câncer.

Aos fatores internos que estão diretamente ligados à hereditariedade, dessa forma pouco evidenciado para o desenvolvimento do câncer, mesmo que fatores genéticos tenham uma importância significativa na indução e formação de tumores a oncogênese.

2.1.1 Tumores

Pensar em câncer é pensar em tumor maligno ou benigno, de início, procura-se instituir essa diferença, entretanto, muitas vezes, isso não é tão fácil de se estabelecer. Assim, esses tipos de tumores não identificados recebem a nomenclatura de limítrofes ou *borderline*.

Existem várias etapas para se diferenciar um do outro, entre as quais está o uso do método morfológico, que é capaz de dar o diagnóstico por meio da encapsulação, crescimento, morfologia, mitoses, antigenicidade e metástases.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) assim descreve o método morfológico:

Encapsulação: Os tumores benignos geralmente não têm cápsulas verdadeiras, e sim pseudocápsulas fibrosas que se formam em decorrência da compressão dos tecidos vizinhos pelo crescimento lento e expansivo do tecido tumoral. Já no caso dos tumores malignos, o crescimento rápido, desordenado e infiltrativo do tecido não permite a formação das pseudocápsulas.

Crescimento: Como todas as estruturas orgânicas, os tumores também têm parênquima, representado pelas células que os estão originando, e têm

estroma, representado pelo tecido conjuntivo, vascularizado, que constitui a estrutura da sustentação e o veículo da nutrição do parênquima. Os tumores benignos freqüentemente exibem crescimento lento e expansivo, possuindo um estroma adequado, com um bom suprimento vascular, raramente mostrando necrose e hemorragia. Os tumores malignos, ao contrário, pela rapidez e desorganização no crescimento, pelo caráter infiltrativo e pelo alto índice de multiplicação celular, geralmente apresentam uma desproporção muito grande entre o parênquima tumoral e o estroma vascularizado. Tal comportamento explica a razão por que, com freqüência, esses tumores exibem áreas extensas de necrose ou hemorragia.

Morfologia: As células parenquimatosas dos tumores exibem graus variados de diferenciação. As dos tumores benignos são bem diferenciadas e reproduzem o aspecto das células do tecido original. Raramente observam-se atipias nas neoplasias benignas. Já as células dos tumores malignos apresentam menores graus de diferenciação e, conseqüentemente, não reproduzem as características dos tecidos que as originaram. Desse modo, as células malignas mostram caracteres morfológicos que se afastam, em grau variado, daqueles da célula de origem.

Mitoses: O número de mitoses expressa a atividade de divisão celular. Assim, quanto maior a atividade proliferativa de um tecido, maior é o número de mitoses verificadas. No caso de tumores, o número de mitoses relaciona-se inversamente com o grau de diferenciação tumoral: quanto mais diferenciado o tumor, menor o número de mitoses observadas.

Antigenicidade: As células dos tumores benignos, por serem bem diferenciadas, não apresentam a capacidade de produzir antígenos. No entanto, as células cancerosas podem apresentar esta capacidade. Esta propriedade da célula maligna vem permitindo a identificação de alguns antígenos tumorais e, conseqüentemente, tem trazido progressos ao estudo da imunologia das neoplasias.

Metástases: Os tumores malignos têm capacidade de invasão e disseminação, o que resulta na produção das metástases, principal característica do câncer. A metástase constitui o crescimento neoplásico secundário, a distância, sem continuidade com o foco primitivo. (BRASIL, 2008, p. 64-67).

Os tumores benignos e malignos possuem algumas diferenças entre si quanto à sua forma, que no benigno é regular e no maligno irregular; ao crescimento, que no benigno é mais lento e expansivo e no maligno é rápido e infiltrativo; à cápsula, que no benigno é presente e no maligno é ausente; e à necrose que no benigno é rara e no maligno é mais freqüente; e quanto à divisão celular, que nas células benignas é mais rara e típica já nas malignas é mais frequente e atípica. Já em relação ao seu aspecto, as células benignas se encontram bem diferenciadas das malignas, assemelhando muito ao tecido original, enquanto as malignas apresentam uma perda da diferenciação chamada de anaplasia e a metástase que não se desenvolve em células benignas ao contrário das malignas.

Como se pode observar, não é tão simples assim identificar se um tumor é maligno ou benigno, existem várias etapas a serem seguidas, para chegar a um diagnóstico preciso da patologia, como já foi citado.

A importância de um diagnóstico preciso é proporcionar ao paciente uma abordagem rápida ao problema e um tratamento correto para o tipo de neoplasia que foi encontrada.

Quando é realizada uma avaliação diagnóstica correta e completa, torna-se possível identificar o estágio e o grau que o tumor se encontra. Essa avaliação é feita antes que o tratamento tenha o seu início.

Sendo assim, o tratamento e o prognóstico são determinados por meio do tamanho do tumor e da existência ou não de metástase. Outro fator que determina a forma de tratamento é a gradação, que nada mais é que a classificação das células tumorais. Partindo-se desse princípio, é possível identificar de qual tecido o tumor se originou e o grau que se encontra.

O grau de um tumor pode ser identificado a partir de amostras de células analisadas por meio da citologia, que compreende o exame das células a partir de raspados tissulares, secreções, biópsia e até mesmo de excisão cirúrgica.

Todas essas informações são de fundamental importância para a equipe de saúde avaliar o diagnóstico e o prognóstico de vários tumores. A esse respeito Smeltzer et al. (2005, p. 334) explicam que:

O tumor recebe um valor numérico que varia de I a IV. Os tumores de grau I, também conhecidos como tumores bem diferenciados, assemelham-se muito ao tecido de origem quanto à estrutura e função. Os tumores que não se assemelham muito ao tecido de origem quanto à estrutura e função são descritos como mal diferenciados ou indiferenciados e recebem o grau IV. Esses tumores tendem a ser mais agressivos e menos responsivos ao tratamento que os tumores bem diferenciados.

Assim, os tumores possuem uma numeração que identifica o seu grau, tamanho e estrutura. Essa numeração é utilizada para auxiliar na identificação do tipo de tumor e determinar qual o tratamento mais eficaz que será utilizado no combate ao câncer.

O tumor maligno é capaz de possibilitar a disseminação ou transferência de células cancerígenas de um órgão para qualquer outra região do corpo, processo este denominado invasão e metástase. A metástase ocorre na disseminação ou semeadura de células malignas originárias do tumor primário para outros lugares do corpo. Conforme o INCA (BRASIL, 2008, p. 61), “Os tumores malignos apresentam duas propriedades peculiares: invasão dos tecidos circunvizinhos e comprometimento a distância (metástase)”.

Neste caso específico de metástase, os órgãos-alvo escolhidos são muito variáveis, pois depende, especialmente, do modelo histológico e da localização do tumor primário. Existem, entretanto, algumas localizações que são mais comuns, em que a metástase se desenvolve no primeiro leito capilar que a célula encontrar.

Como exemplo de metástase tem-se o câncer de pulmão, metastatizado para o sistema nervoso central; e também o câncer de cólon para o fígado. Alguns lugares específicos, no entanto, são preferidos pelas células tumorais circulantes, como, por exemplo, o câncer de próstata que se dissemina para os ossos. Evidencia-se, desse modo, uma grande conexão entre a célula tumoral e o órgão-alvo, numa reação de aproximação entre ambas.

Sendo assim, a metástase deve ser avaliada e diagnosticada como um novo tumor, isoladamente do tumor primário, pois o mesmo tem a independência de desenvolver-se e proliferar igualmente como o tumor primário.

Como se pode notar, o câncer pode se desenvolver a partir de fatores genéticos ou fatores externos. Nesse caso, a célula normal irá sofrer uma mutação, dando origem a células malignas ou benignas, chegando até mesmo a uma metástase, em que a célula migra para outro órgão para se desenvolver.

O câncer é uma doença que está no foco dos pesquisadores e profissionais da saúde, sendo considerada como a doença do século, a qual, muitas vezes, não é possível se chegar à cura.

Nesse contexto, considera-se que a intervenção do enfermeiro seja de fundamental importância em todas as etapas do câncer, pois sua função está voltada para o cuidado, a prevenção e a reabilitação do paciente logo após o diagnóstico e o tratamento do câncer. Assim, a figura do enfermeiro é essencial no processo de recuperação e manutenção da saúde do paciente e sua família.

2.2 O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Uma das opções de tratamento do câncer ocorre por meio da quimioterapia, que se utiliza de substâncias químicas, independentes ou em combinação, cuja função primordial é “curar” as neoplasias malignas. Trata-se de uma alternativa adotada para o tratamento de vários tipos de tumores e doenças do sistema hematopoético.

A quimioterapia age, entretanto, de maneira não específica, podendo lesar tanto as células malignas como as benignas, desse modo, uma linha muito sutil separa o sucesso terapêutico de uma toxicidade inaceitável. Então, a quimioterapia tanto pode agir nos tumores malignos como em tecidos normais de propagação muito rápida, levando à interrupção do tratamento, um determinado período, para que o paciente possa se recuperar.

De acordo com o INCA (BRASIL, 1993):

A quimioterapia é o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Quando aplicada ao câncer, a quimioterapia é chamada de quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antitumoral.

Ao administrar a droga no paciente, é necessário que o profissional da enfermagem tenha alguns cuidados no manuseio, devido aos agentes químicos que são capazes de desenvolver mutações, exigindo do profissional habilidade, técnica e confiança na manipulação desses agentes, é necessário, também, que esses funcionários passem por exames de controle a cada seis meses ou anualmente.

Quando se fala de tratamento para o câncer, é preciso se lembrar de que existem vários tipos de quimioterapia e com diversos propósitos. A monoquimioterapia, por exemplo, é composta por drogas de uso muito restrito, enquanto a poliquimioterapia se mostra mais eficaz atingindo populações celulares em suas diversas fases do ciclo celular.

Para o INCA (BRASIL, 2008, p. 413-414), a finalidade da quimioterapia depende basicamente do tipo de tumor, da extensão da doença e do estado geral do paciente. De acordo com sua finalidade, a quimioterapia pode ser classificada em:

Curativa - objetiva a erradicação de evidências da neoplasia. Exemplos: leucemias agudas e tumores germinativos.

Paliativa – visa a melhorar a qualidade de vida do paciente, minimizando os sintomas decorrentes da proliferação tumoral, aumentando seu tempo de sobrevivência em função de uma redução importante do número de células neoplásicas.

Potencializadora – quando utilizada simultaneamente à radioterapia, no sentido de melhorar a relação dose terapêutica/dose tóxica do tratamento com irradiação. Objetiva, principalmente, potencializar o efeito dos antineoplásicos no local irradiado e, conceitualmente, não interfere no efeito sistêmico do tratamento. Exemplo: tumor de pulmão.

Adjuvante – quando é realizada posteriormente ao tratamento principal, quer seja cirúrgico ou radioterápico. Tem por finalidade promover a eliminação da doença residual metastática potencial, indetectável, porém presumidamente existente. Exemplo: tumores de mama, ovário, cólon e reto.

Neo-Adjuvante – quando é realizada previamente ao tratamento principal, quer seja cirúrgico ou radioterápico. Objetiva tanto a redução do volume tumoral quanto a eliminação de metástases não-detectáveis clinicamente já existentes ou, eventualmente, formadas no momento da manipulação cirúrgica. Exemplos: sarcomas, tumores de mama avançados.

Para se iniciar o tratamento, o paciente tem que se submeter a uma avaliação médica, com o objetivo de garantir que a sua saúde esteja em condições adequadas para receber e suportar os quimioterápicos e os seus efeitos colaterais e tóxicos.

A quimioterapia traz para o organismo humano, muitos efeitos colaterais, são drogas de uma toxicidade muito grande, pois os quimioterápicos não vão atuar somente sobre as células tumorais, sendo que têm a capacidade de alterar também aquelas, estruturas normais que se renovam constantemente, como, por exemplo, os pelos, a mucosa do tubo digestivo e a medula óssea.

Nessa perspectiva observa-se que as células normais se recuperam em um determinado tempo preestabelecido, ao oposto das células de desenvolvimento imperfeito, por isso é necessário que a quimioterapia seja administrada para o paciente em intervalos de tempo, os quais se tornam indispensáveis para a recuperação do tubo digestivo e da medula óssea. É, portanto, por causa dessas reações e manifestações aos quimioterápicos que o tratamento é feito em ciclos periódicos.

Quanto aos efeitos e à toxicidade dos quimioterápicos, isso é muito relativo, dependerão de fatores como a concentração plasmática da droga e o seu tempo de

exposição, sendo que varia muito da droga que está sendo utilizada. Muitos quimioterápicos não provocam efeitos indesejáveis como alopecia, náuseas, vômitos e diarreia.

Os efeitos colaterais variam de acordo com o tempo e a sua duração, os efeitos mais comuns são: náusea e vômitos, febre, fadiga, mal estar e alopecia, os quais podem se manifestar entre horas, semanas, dias e até quando durar o tratamento. Ex: náusea e vômitos de 1 a 6 horas após o início do tratamento, podendo durar por até 36 horas.

A quimioterapia não é um tratamento tão simples assim, existem muitos fatores a serem avaliados antes, durante e depois do tratamento. No início do tratamento são avaliados e rigorosamente seguidos critérios para que a quimioterapia seja indicada de maneira certa, assim, a vida do paciente pode ser preservada, sem que esteja em risco.

Tudo isso dependerá de cada paciente, de suas condições clínicas e do tipo de medicamento que será utilizado naquele tratamento; para que a quimioterapia seja iniciada precisamos avaliar como está esse paciente, se não perdeu peso desde o início da descoberta da patologia, se não está apresentando nenhum tipo de infecção e se está e estiver sob controle não há problemas, entre outros.

Quanto aos exames sanguíneos, estes apresentam valores que necessitam ser seguidos para dar início à quimioterapia como, por exemplo: leucócitos $> 4.000/mm^3$; neutrófilos $> 2.000/mm^3$; plaquetas $> 10g/dl$; dosagens séricas como a uréia $< 50mg/dl$; creatinina $< 1,5 mg/dl$; bilirrubina total $< 3,0 mg/dl$; ácido úrico $< 5,0 mg/dl$; e transferases (transaminases) $< 50 U/l$.

Todos esses critérios que foram citados não são necessariamente seguidos com rigor, pois a avaliação é feita de forma individual, dependendo de cada paciente e de sua doença.

Os exames que são feitos no início do tratamento com drogas de efeito quimioterápico são repetidos conforme os ciclos de tratamento de cada paciente, mas, toda a vez que o paciente tiver que passar pelo tratamento, ele deve ter uma avaliação médica e repetir os exames para que a droga possa ser administrada com

segurança e, assim, o paciente não corra nenhum dano maior que acabe prejudicando ainda mais a sua saúde.

Para que se tenha sucesso, é necessário respeitar todas as etapas do tratamento, com paciência e dedicação, só assim para vencer essa passagem da vida tão dolorosa é difícil para alguns pacientes.

Por isso, é necessária uma equipe preparada e determinada a dar uma assistência que apresente melhoras no quadro clínico de cada paciente. E quando se fala de assistência, logo aparece a figura do enfermeiro e sua equipe, e com toda a razão, pois este profissional é de suma importância em qualquer processo de recuperação da saúde.

É evidente que, no processo de quimioterapia, o enfermeiro necessita da consulta de enfermagem como ferramenta, momento em que serão aplicadas todas suas habilidades técnico-científicas, fisiológicas, interativas, educacionais e assistências. Pois cada paciente necessita, individualmente, de um cuidado recebido de forma clara, objetiva, durante a consulta o enfermeiro irá usar uma linguagem de fácil acesso e compreensão conforme os níveis cognitivos e culturais do paciente.

Sendo assim, é possível proporcionar aos pacientes informações claras e de fácil entendimento, reduzindo muito sua ansiedade e preocupação diante de sua doença e tratamento. Enfrentar a doença, para o paciente, significa ter uma maior liderança sobre o seu corpo, sinais e sintomas que apresentam e até mesmo podem melhorar as reações adversas que surgem com o tratamento. Orientar o paciente é o papel principal da enfermagem, é se comprometer com o paciente e sua família, trocando informações e experiências.

Durante a consulta de enfermagem para a iniciação do tratamento quimioterápico, o enfermeiro deve orientar quanto à hidratação e à nutrição adequadas durante o tratamento, comunicar que muito provável sua imagem possa sofrer algumas alterações como a queda dos cabelos e a disfunção sexual e, por último, os efeitos adversos que provavelmente irão surgir com o tratamento e como amenizá-los.

O papel do enfermeiro, nesta etapa, é de fundamental importância. O paciente e o seu familiar necessitam de uma maior atenção, é nesse primeiro momento que surgem as dúvidas, as inseguranças sobre o tratamento, e é importante a presença

do enfermeiro para sanar e ajudar em todos esses processos, esforçando ao máximo para melhorar todos esses pontos que o paciente apresenta no início do tratamento.

Conforme citado anteriormente, a quimioterapia é um dos tratamentos que podem ser utilizados em pacientes com câncer. É muito comum, também, realizar o tratamento com quimioterápicos em conjunto com a radioterapia, que tem como maior objetivo obter índices terapêuticos favoráveis, isso quer dizer que a célula maligna perderá sua função de se reproduzir e proliferar.

A radioterapia é um tratamento local ou loco-regional, por meio do qual são utilizados equipamentos que transmitem irradiação para áreas do corpo já demarcadas. Vale ressaltar que a radioterapia é um tratamento que vai agir em uma determinada região do corpo e a quimioterapia age de forma sistêmica.

Em alguns casos iniciais do câncer também é recomendada a cirurgia, que pode ser de grande efetividade, controlando e até mesmo curando se for realizada no estágio inicial da doença. Até hoje, a cirurgia é um dos métodos adotados com propósito diagnóstico, preventivo, curativo ou paliativo.

Geralmente, esses três modos de tratamento são usados em conjunto para combater a neoplasia maligna, o que pode mudar são a sua ordem de indicação e a importância para cada câncer. Ultimamente, é difícil tratar o câncer somente com uma modalidade terapêutica, assim, pelo menos duas terapias trabalham lado a lado.

A quimioterapia é utilizada para destruir as células tumorais, e a porcentagem dessa destruição vai depender muito da dose que foi administrada. A utilização prolongada de quimioterápicos é necessária para se obter uma regressão satisfatória do tumor, já que erradicar o tumor totalmente pode se considerar quase impossível.

Células cancerígenas que estão em proliferação ativa dentro de um tumor se encontram sensíveis aos quimioterápicos, e as células em não-divisão também são capazes de se proliferar, se encontram menos sensíveis aos agentes quimioterápicos podendo ser classificadas como células perigosas.

A esse respeito, Smeltzer et al. (2005, p. 351) salientam que:

As células em não-divisão devem ser, contudo, destruídas para erradicar por completo um câncer. Ciclos repetidos de quimioterapia são usados para matar mais células tumorais ao destruir essas células em não-divisão quando elas começam a divisão celular ativa.

A quimioterapia pode ser administrada de diversas formas e em diversos ambientes: por via oral, subcutânea, intravenosa, arterial, tópica, intramuscular, intratecal e intracavitária.

Dessa maneira, a via de administração depende muito do tipo de câncer que o paciente apresenta, como por exemplo, a localização, a proporção do tumor e a quantidade da dose prescrita. Todos esses fatores interferem diretamente na escolha da via de administração.

A enfermagem exerce um papel muito importante na administração dos agentes quimioterápicos, pois é o enfermeiro que tem a função de avaliar e controlar possíveis problemas que o paciente apresentar durante o tratamento.

O enfermeiro deve estar atento a todos os sintomas que o paciente apresentar durante as sessões de quimioterapia e consultas de enfermagem, pois o paciente pode apresentar, náuseas, vômitos, queixas de um paladar alterado, anorexia e diarreia, podendo levar a uma desnutrição ou outras complicações. Nesse sentido, o enfermeiro necessita de uma preparação específica para cuidar de pacientes oncológicos, pois são pacientes que requerem uma atenção maior no cuidado.

A queda do sistema imune é um dos efeitos já esperados pela quimioterapia. Outros agravos ainda podem aparecer, tais como, infecções, hemorragia, anemia, e conseqüentemente, esses agravos servem como referência para determinar a dosagem adequada de quimioterápicos. Desse modo, o cuidado de enfermagem é fundamental, pois possibilita identificar os fatores de risco que o paciente venha sofrer.

A administração dos quimioterápicos deve seguir os critérios de habilidade e manipulação correta, a fim de se evitar possíveis infecções e traumas para o paciente. É de fundamental importância que o paciente faça os exames de rotina, principalmente o hemograma completo, para que ocorra uma avaliação adequada do seu estado de saúde antes de ser administrado o quimioterápico. Cabe também ao enfermeiro lembrar sempre de explicar e orientar o paciente e sua família sobre a

importância de cada procedimento realizado, de modo a minimizar a ansiedade e o medo do tratamento.

2.3 ASPECTOS PSICO-ONCOLÓGICOS

A psico-oncologia é uma conexão da doença (câncer) ao aspecto psicológico do paciente, proporcionando uma assistência multiprofissional adequada, visando uma maior qualidade de vida ao paciente, à família e aos profissionais de saúde. A psico-oncologia vai interagir com a prevenção, o tratamento e a recuperação, e até mesmo quando os recursos se esgotam e a cura não é possível.

O câncer é algo que não se pode prever, mas em certas situações pode ser evitado. É uma doença que não possui uma causa única, muitos fatores que contribuem para o seu desenvolvimento estão presentes no dia a dia. Existem pessoas que já possuem uma predisposição genética para o seu desenvolvimento, isso não pode ser evitado, entretanto, pode-se evitar fatores externos como o cigarro, o álcool, os alimentos que contêm substâncias cancerígenas e muitos outros fatores.

O que a psico-oncologia aborda é que o estado emocional de uma pessoa pode causar modificações hormonais, ocasionando alterações no sistema imunológico. Pesquisadores analisaram o estresse e a depressão como fatores que podem enfraquecer o sistema imunológico e quando isso ocorre, o corpo humano está propício a desenvolver ou até mesmo a favorecer formações tumorais.

O que os pesquisadores querem dizer é que o emocional da pessoa, a sua cabeça e a parte psicológica, interferem no seu corpo de maneira a desenvolver, até mesmo, o câncer. A cabeça é quem comanda todo o organismo, por isso é de fundamental importância trabalhar a cabeça para se obter uma saúde mental favorável.

Sabe-se que o surgimento do câncer é silencioso. A doença é precedida pela preparação de um terreno fértil, planejado inconscientemente no âmago da pessoa, com o adubo de seus medos, suas mágoas, seus pensamentos, suas frustrações, e de sua atitude diante de si própria, das pessoas e do meio em que vive. O câncer parece surgir em um momento da vida em que o indivíduo sente-se praticamente sem saída, cercado por

todas as condições favoráveis ao seu adoecimento. (FIGUEIREDO; TONINI 2007, p. 272).

Nessa perspectiva, a psico-oncologia pode trabalhar com pacientes oncológicos proporcionando-lhes apoio emocional e psicológico, com o intuito de amenizar e até mesmo promover uma melhora nas condições que sua doença demonstrar. Trabalhando com a família, a sociedade, o paciente, os profissionais de saúde e, até mesmo, com o meio em que se vive para poder amenizar o choque da descoberta do câncer e os seus efeitos.

Pesquisadores apontam que a psico-oncologia possibilita um melhor enfrentamento ao câncer, inclusive uma qualidade de vida digna e favorável. A psico-oncologia objetiva trabalhar com o paciente em relação a modificações de valores, mudanças no estilo de vida, auxiliando-o a adotar comportamentos mais saudáveis, levando-o a tomar novas atitudes e começar a enfrentar de modo diferente esse outro modelo de vida que precisa ser seguido para se obter êxito no processo de tratamento e cura.

Com todos esses pontos o paciente pode chegar a uma sobrevida maior, e o objetivo da psico-oncologia é modificar valores como forma de tratamento em conjunto com o tratamento médico, só assim poder promover, até mesmo, a cura da patologia.

Um dos pioneiros da Psico-oncologia chama-se Lawrence Leshan. Ele descobre que a história da vida emocional das pessoas desempenha importante papel na tendência ao aparecimento do câncer. Diz que o câncer é a doença da não expressão. (TEIXEIRA; PIRES, 2010).

A psico-oncologia visa conduzir o paciente a abrir os olhos para se encontrar dentro de si, colocando em evidência a família e ressaltando o seu papel como primordial para o desenvolvimento do seu familiar. Nesse contexto, a equipe multidisciplinar exerce um papel muito importante nesse desenvolvimento, pois possui as informações a respeito dessa patologia, então, este profissional tem o trabalho de

orientar, auxiliar e promover ações para que a família e o paciente tenham vontade de lutar pela própria vida.

Dessa forma, a equipe multidisciplinar trabalhará com diversas formas de apoio a esses pacientes, para que possam aceitar a doença e os seus tratamentos de uma forma mais tranquila, melhorando sua qualidade e rotina de vida, amenizando o convívio com a doença, tanto para o paciente, quanto para sua família.

Cabe ressaltar que os profissionais de saúde que estão diretamente ligados a pacientes oncológicos, e observam o sofrimento de perto como, o medo da morte, a incerteza do tratamento ou da cura, necessitam também de apoio psicológico para que possam enfrentar todos esses fatores do cotidiano, de uma forma mais tranquila e serena, sem afetar o paciente, que precisa de um cuidado de qualidade nesse momento.

Nesse sentido, Carvalho (2002) enfatiza que:

A ajuda psicológica às famílias, também sofredoras nos seus medos e angústias, no seu despreparo frente à doença, na sobrecarga nas suas funções e tantos outros transtornos, tem sido considerada como essencial, nas pesquisas da área. A boa comunicação entre pacientes e familiares, bem como o apoio que os familiares possam oferecer ao paciente, têm sido considerados de maior importância para os pacientes.

Trabalhar com todos esses requisitos – família, paciente, modo e qualidade de vida – permite que o paciente entenda melhor o seu eu interior, o que está acontecendo com suas emoções e aprende a lidar melhor com o medo, com a angústia, podendo, assim, interferir de uma maneira positiva na sua recuperação. Além disso, esta intervenção psico-oncológica ajuda a aumentar o seu autocontrole e a sua autoestima, sentindo-se mais forte, e não o contrário, como o sentimento de impotência e fracasso, o receio da solidão e até mesmo da própria morte.

Trabalhar com a psico-oncologia só trará benefícios para o paciente, a família e a equipe, favorecendo a todos que vivem a experiência, amenizando, tranquilizando e colocando o paciente a par de tudo o que está sendo feito, numa ação participativa entre paciente e profissional da enfermagem.

Os profissionais da enfermagem que trabalham diretamente com a psico-oncologia têm, também, como objetivo, amenizar os sintomas acarretados pelo câncer e até mesmo preveni - los.

É um momento muito difícil para o paciente, que sempre fica se perguntando o porquê da doença, por que foi acontecer isso. E a psico-oncologia trabalha o emocional deste paciente, para que esses pensamentos não sejam permanentes, aceitando melhor essa experiência que é: o adoecer.

A família e o paciente necessitam de união e parceria, a fim de que se possa passar por essa fase do adoecimento com tranquilidade, sabendo lidar com as emoções, vivenciando cada momento numa união que irá beneficiar a todos.

É essencial para o profissional que trabalha com a psico-oncologia, possuir conhecimento sobre a patologia, para que possa oferecer um melhor atendimento, orientando e auxiliando o paciente e seus familiares com relação aos procedimentos básicos do cuidado, para que o paciente tenha um desenvolvimento satisfatório diante da doença e do tratamento.

A psico-oncologia apresenta vários pontos a serem seguidos para se obter êxito no tratamento, um dos principais objetivos é oferecer melhor qualidade de vida àquele paciente, ajudando-o na sua reabilitação, inclusive prevenindo possíveis doenças que possam surgir ao longo do tratamento oncológico. Oferecendo um apoio emocional e uma assistência integral ao paciente e sua família, para que, de forma geral, o paciente possa contar com uma equipe multiprofissional em todos os seus medos, angústias, sofrimentos e, claro, nas dúvidas e dificuldades do dia a dia.

Sendo assim, a psico-oncologia tem como objetivo trazer o paciente para a vida, proporcionando-lhe o gozo do viver, mostrando que o tratamento é eficaz e que o medo, a angústia e o sofrimento só irão trazer preocupações desnecessárias e, até mesmo, prejudicar o tratamento. Também pretende mostrar ao paciente que seus pensamentos, crenças e fé podem ajudar o seu corpo a se defender da doença. Isso significa tentar trazer o paciente para sua realidade, para que ele possa acreditar em si próprio e procurar resolver seus conflitos internos e externos, a fim de que os problemas e as dificuldades não sejam um fardo grande e pesado de ser carregado,

mas sim uma experiência que precisa ser vivida com fé, coragem e determinação, para se obter a cura.

A psico-oncologia pretende, ainda, mostrar à família o seu papel e a sua importância diante de um familiar adoecido, proporcionando uma maior ligação entre ambos, ligação esta de companheirismo, atenção e até mesmo de apoio moral e psicológico.

E por último, cabe ao profissional da saúde, saber ouvir e saber falar nas horas adequadas, buscar sempre entender o paciente e sua família e nunca duvidar de suas aflições e medos e jamais julgar a dor do outro de uma maneira a ser banalizada. O profissional tem, ainda, como objetivo, proporcionar segurança e conforto para todos que vivem esse difícil e doloroso caminho que é a descoberta, o tratamento, as reações, a dor, as perdas e, por fim, tentar obter a cura para tão temida doença – o câncer.

3 A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA E O PAPEL DO ENFERMEIRO

“Quem pode entender realmente o amor até que ele seja visto em ação?”

Joe Hale

3.1 A ASSISTÊNCIA E HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

Para uma assistência humanizada de enfermagem, o enfermeiro necessita muito mais do que competências técnicas ou científicas. Humanizar ultrapassa a linha do conhecimento, demanda atitude, valores éticos, solidariedade e, principalmente, respeito ao próximo com a sua dor e sofrimento.

Para o profissional da enfermagem, uma assistência humanizada, requer uma ligação com seu paciente, em que serão compartilhados todos os tipos de sentimentos, ocorrendo uma troca mútua de valores e crenças. Quando existe um cuidado mais humanizado, a mente se abre para aceitar melhor as angústias que o paciente está apresentando naquele exato momento e, assim, respeitar as fragilidades que o corpo, a mente e o espírito apresentam.

Humanizar é estabelecer um convívio entre profissional-paciente, numa comunicação de irmandade e solidariedade, com muito amor e respeito, conseqüentemente, humanizar é cuidar.

Nesse contexto, a assistência humanizada requer do profissional um entendimento maior sobre a vida. Humanização é atender toda e qualquer necessidade que o paciente apresente, como psicológicas, sociais, biológicas e espirituais, ou seja, qualquer paciente deve ser tratado como um ser único e integral.

Atualmente, o atendimento nas unidades de saúde é focado, exclusivamente, na doença que o paciente está apresentando, o que leva a se pensar que o paciente não é avaliado como um ser único e integral, deixando de lado todos os seus valores, crenças e necessidades, importando somente que ali tem uma patologia a ser curada.

No entanto, este quadro tende a melhorar, pois a enfermagem está sendo direcionada para um atendimento mais humanizado e os pacientes são favorecidos, no sentido de receber uma assistência de melhor qualidade, já que o profissional encontra-se presente, ao lado do paciente, durante toda sua doença.

De acordo com Waldow (2006, p. 9):

Dessa forma, o cuidado “humano” por vezes, luta tanto por ser exercido em meio a uma realidade que parece agressiva, desumana, brutalizada, como por buscar garantir seu espaço junto da tecnologia de ponta, de interesses políticos e financeiros, de interesses empresariais, entre outros tantos. Mas justamente para se opor a eles e para amenizá-los é que o cuidado necessita ser resgatado.

Humanizar em enfermagem é, portanto, o ato de cuidar, como uma ação prioritária e independente, pois o cuidado, o relacionamento e as atitudes são indicados, não prescritos, pois vem de dentro de cada um, do seu ser humano.

O cuidar advém de atos pessoais de um ser humano para outro ser humano, e se manifesta nas ações de ajudar a pessoa a encontrar um sentido na vida; encontrar respostas para o medo, a dor; estar sempre por dentro de tudo que está acontecendo; obter autocontrole de suas emoções, angústias e, o principal, de sua doença.

Com isso, a enfermagem pode ser considerada uma arte do cuidar, e uma ciência cuja natureza e especialização é cuidar do ser humano, cuidando da família, da comunidade e do indivíduo.

Sendo assim, Horta (1979, p. 36) define: “Assistência de Enfermagem é a aplicação, pelo enfermeiro do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano”.

A humanização hospitalar surgiu devido a muitas reclamações da população, pela falta de respeito com o próximo, grosserias, descaso, indiferença. Por esta razão o Ministério da Saúde criou, em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, o Humaniza SUS. Este projeto foi estabelecido com base em várias experiências de Estados, Municípios e de alguns serviços de Saúde que já colocavam em prática a humanização em seus atendimentos.

O projeto Humaniza SUS, não tem só como objetivo trabalhar e colocar em prática a humanização com seus usuários, mas também entusiasmar seus funcionários e gestores para um SUS mais humanizado, só assim haverá, na prática, servidores

comprometidos a lutar e defender a vida num projeto que trabalha pela democracia e pela coletividade.

Quando se fala de humanização no SUS, estão englobados usuários, funcionários e gestores, que devem estabelecer laços solidários, entendendo que se vive num país de diversidades, no qual todos merecem a mesma atenção em relação à saúde, sem discriminação de raça, origem, idade, opção sexual.

Este projeto foi implantado para firmar um compromisso com a população, de uma melhora em seu atendimento, sendo mais acolhedor em suas ações, trabalhando sempre para um SUS mais humano.

Humanizar a saúde, criar um projeto para se tornar mais humano, é motivo para se parar e pensar: Será que se perdeu a essência de ser humano, a ponto de ser preciso criar projetos e medidas, a fim de resgatar essa essência? É realmente algo a ser refletido.

O humaniza SUS veio para estabelecer uma ligação maior entre funcionários e usuários, abrindo portas para uma assistência mais participativa de ambos os lados. Sempre adequando a assistência, de modo a manter a privacidade e respeitar o espaço do usuário, promovendo um ambiente aconchegante e confortável.

Humanização hospitalar vai muito além de gestos e palavras de carinho, humanizar é envolver a equipe, gestores, colaboradores e usuários, num atendimento de qualidade, respeito e confiança. É estar sempre pronto para acolher aquele que necessita de um cuidado, de uma assistência de enfermagem de qualidade, é estar com o paciente e sua família numa união de confiança e respeito.

Sendo assim, a humanização só pode se tornar uma realidade numa instituição, quando seus gestores determinam e fazem colocar em prática um modelo a ser seguido rigorosamente.

Discutir sobre humanização hospitalar é focar para todas as necessidades que o paciente necessita para aquele determinado tempo que ali estará sobre os seus cuidados. Nesse sentido, deve-se proporcionar um ambiente que o faça se sentir aberto para o mundo e não isolado dele. O paciente, quando está hospitalizado, se sente ameaçado, com a sua vida correndo risco e requer do profissional uma

assistência humanizada com qualidade, apta para desenvolver todas as capacidades técnicas e científicas.

Estar em um ambiente hospitalar desenvolve no paciente, preocupações, medo, angústia e sofrimento. Assim sendo, o profissional de enfermagem necessita de habilidades para saber lidar com sentimentos diversos, deixando claro para o paciente que todos ali têm um objetivo comum, qual seja, atendê-lo num ambiente que lhe proporcione hospitalidade.

Toda essa assistência humanizada no meio hospitalar não é só para contribuir com a melhora da patologia que o paciente apresenta, mas também para colaborar, de certa forma, para que o paciente e sua família se sintam confortáveis e, acima de tudo, confiantes com aquele serviço que está sendo prestado. A esse respeito, Dias (2006, p.342) complementa: “[...] o cliente e sua família recebem produtos, serviços, interação com os profissionais que o atendem, havendo uma troca ‘de bens e serviços materiais ou simbólicos’”.

Até agora a humanização foi descrita principalmente na relação enfermeiro/paciente, porém não se pode deixar de lado que os funcionários que prestam o serviço, necessitam ser humanizados, mantendo, assim, a sua condição humana preservada, em uma instituição que fornece condições de trabalho adequado, com um salário satisfatório e o prestígio pelas atividades que ali são prestadas. Entretanto, nem sempre isso acontece, os hospitais sofrem para se manter funcionando, por exemplo, com a diminuição de verbas públicas o profissional acaba mal remunerado, tem dificuldade para desenvolver o seu papel com destreza e habilidade, e acaba tornando-se insatisfeito pelo trabalho que desenvolve.

O ambiente acima descrito torna-se propício para a formação de trabalhadores que estão diretamente ligados ao cuidar desumano, apesar de o SUS e as políticas públicas de humanização pregarem um cuidado de igualdade e dignidade em que a única pretensão é a humanização no cuidar. Mas não se pode deixar de lado que, primeiramente, o funcionário deve ser humanizado, estimulado e acolhido pela instituição que ali presta serviços. Só assim haverá uma humanização sólida, consistente, não somente escrita e falada, mas também exercida com êxito e com amor pela profissão e o cuidar. Desse modo, pode-se concluir que a humanização

hospitalar só criará força se partir para um sistema de humanização interna para depois desenvolver a humanização com o paciente que ali necessita de um cuidado digno e com respeito.

Sendo assim, de acordo com Waldow (2006, p. 89):

Os objetivos de cuidar envolvem, entre outros, aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar, dar, fazer, etc. A cura pode ocorrer ou não, assim como a morte. O cuidado é imprescindível em todas as situações de enfermidades, incapacidades e durante o processo de morte. Na ausência de alguma enfermidade e no cotidiano dos seres humanos, o cuidado também é imprescindível, tanto como uma forma de viver como de se relacionar.

Para mudar uma estrutura de cuidado que vem de anos e anos, precisa-se de muita vontade, trabalho e, claro, dedicação para colocar em prática tudo que ali for proposto pela instituição. Mudar os antigos hábitos, praticar a criatividade, mudar a forma de pensar e, conseqüentemente, direcionar o trabalho em favor de todos, participando de mudanças, decisões e programas, é abrir portas para atender melhor o paciente e todas as suas necessidades que ali forem expostas.

Seguindo esses princípios, é possível proporcionar mais alegria na vida do paciente, que naquele momento se encontra frágil. Contudo, para que essa ação realmente se efetive, é preciso ter um comprometimento para oferecer uma assistência humanizada, com muita vontade e disposição para colocar as mãos para trabalhar juntamente com o coração. Neste contexto, além da tecnologia, são necessários outros fatores, como sugere Giordani (2008, p. 30), que estejam “[...] em sintonia com a tecnologia moderna e a essência humana ao mesmo tempo, considerando o outro nosso parceiro de sonhos, expectativas e emoções que permeiam todas as dimensões de nossas existências”.

Entretanto, o profissional de enfermagem na assistência e na humanização hospitalar está em contato direto com o paciente, com a saúde e a doença, e com a própria vida, lidando com conflitos e frustrações. É vivenciando estas situações que o profissional de enfermagem tem que tomar cuidado, para não iniciar mecanismos de defesa muito rígidos, podendo interferir na sua profissão como na sua vida

peçoal. Os enfermeiros trabalham com várias formas de sentimentos, tanto de alegria como de dor, como o medo de errar e a convivência com pacientes problemáticos.

A esse respeito Oliveira et al. (2006) apontam que:

[...] humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade.

Humanizar é um método demorado, extenso e complicado, no qual se apresentam muitos obstáculos, pelo grande motivo de envolver modificações de conduta, gerando dúvida e relutância. A humanização envolve não somente paciente e enfermeiro, mas uma gama de fatores ligados aos pacientes como: sexo, escolaridade, idade, religião, hábitos de vida; bem como o tipo de doença que apresenta e o grau de gravidade, sintomas, tratamento e o tipo de instituição que irá atendê-lo.

Seguir o modelo que já está sendo colocado em prática há anos é muito mais fácil e seguro, sendo que cada instituição, equipe ou profissional tem seu modo particular de humanizar. Para colocar em prática um novo modelo de humanização é necessário, ainda, que haja empenho de todos os membros da instituição: direção, gestores, enfermeiros, auxiliares, médicos e todos os profissionais que ali trabalham.

Nessa mesma linha de reflexões Oliveira et al. (2006) destacam a necessidade de: “[...] fortalecer o controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS, democratizar as relações de trabalho e valorizar os profissionais de saúde”.

Para que haja prática no cuidado humanizado é necessário dar valor a todos os métodos de atenção e gestão do SUS, criar laços para que o trabalho em equipe se fortaleça e seja mais humano.

3.2 O CUIDADO DO ENFERMEIRO

O enfermeiro se compromete a cuidar de pessoa doente e saudável, cuidar cria uma relação entre quem cuida e quem é cuidado determinando, assim, a grande essência da enfermagem que é o cuidar.

Quando se cuida do outro, não se realiza somente uma técnica, é preciso estar envolvido por meio do olhar, do toque e da fala. Trata-se de um ato que implica em entrar no espaço do outro, ao tocar em seu corpo, que é o espaço mais íntimo. Desta forma, não se pode excluir as emoções expostas pelo paciente durante o cuidado, deve-se envolver o paciente nos procedimentos de enfermagem para que se possa abrir um espaço para perguntar e tirar suas dúvidas, participando do cuidado com sentimento e emoção, sem medo ou qualquer tipo de receio.

Cuidar em enfermagem é estabelecer uma ligação de confiança e respeito com o paciente para um cuidado mais efetivo, a fim de trazer benefícios não só para a enfermagem, mas também para o paciente. Esta ação vai muito além de tratar bem, cuidar é envolver-se com o outro, com sua família e com a sociedade. A falta de envolvimento profissional leva o paciente a contrair dúvidas e perguntas que muitas vezes são respondidas de maneira objetiva, ou pior, com o silêncio.

O cuidado não é uma ação simples de ser desenvolvida, requer habilidades, técnica e conhecimento científico. Assim, o paciente só terá acesso ao diferencial de um cuidado considerado de qualidade por meio do conhecimento do profissional que lhe transmite confiança nas situações e problemas que surgem, tranquilizando e proporcionando-lhe um alívio da dor e um conforto maior.

O paciente tem que se sentir bem, acolhido, para que toda essa experiência vivenciada seja positiva, garantindo-lhe um enfrentamento melhor de sua situação para uma melhora significativa de sua doença.

Para Waldow (2006, p. 90): “A finalidade do cuidar na enfermagem é prioritariamente de aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer”.

O cuidado para a enfermagem é de se colocar no lugar do outro, em busca de aproximar os seres humanos para uma participação maior do ser solidário com o

próximo. Assim sendo, o cuidado é um benefício que se compartilha com o próximo para uma busca efetiva de experiência e convivência sendo a vida o bem maior.

Ao colocar o cuidado num contexto de saber ter atitude solidária na vida e na morte, em que a equipe de enfermagem respeita as atitudes morais de cada paciente, sendo que o mesmo lida com dores e alegrias vinda de relações pessoais com os pacientes. Para a enfermagem, trabalhar com esse contexto, muitas vezes derradeiro, gera muita responsabilidade ao enfermeiro e equilíbrio no desenvolver de suas atividades.

O cuidado em enfermagem, na sua intensidade de humanizar, tem como objetivo promover a continuação de seres humanos melhores, para que a humanização possa ter uma continuidade nesta e nas próximas gerações. Nesse contexto, o cuidado de enfermagem serve como um suporte para se viver bem, promovendo uma condição de vida mais feliz, digna e saudável.

Cuidar em enfermagem é a essência da profissão. E esse cuidado pode ser dividido em domínios diferentes que compreendem a parte objetiva do cuidado, na qual serão desenvolvidas as técnicas e os procedimentos; e a parte subjetiva, que envolve a intuição, a criatividade e o ser sensível para cuidar de outra pessoa.

Figueiredo e Machado (apud SOUZA et al., 2005) acrescentam os seguintes elementos que consideram indispensáveis para a efetivação do cuidado:

A forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o “fazer com”, a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a percepção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso, são os elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado.

Neste contexto, considera-se que para obter um profissional que possua todas as competências, é necessário compreender qual é a importância de um cuidado humanizado que transforme o paciente e o meio em que vive.

Os seres humanos são muito diferentes em suas opiniões e atitudes, têm a capacidade de agir e pensar diferente, e quando se trata de valores e ética, entram em contradições, pois cada ser humano tem o seu ponto de vista. E quando se fala de cuidar em enfermagem, estar-se-á referindo a tantas coisas, de como cuidar, do respeito, da atenção, dos valores éticos e morais, entre outros.

O enfermeiro que cuida com amor e preocupação tem vontade para realizar um trabalho diferenciado e, de qualidade no qual poderá desenvolver com os seus pacientes um apoio psicológico, espiritual e social, sendo agradável e companheiro para os momentos difíceis. Ser enfermeiro é estar presente nos pequenos gestos, é estar próximo para uma ajuda qualquer um toque para confortar e acalmar, estar presente no sofrimento, pois se experimenta a dor do outro – é a tal da empatia de se envolver, sentir e se emocionar ao cuidar do próximo – isso é o cuidado humanizado. Sendo assim, o cuidador tem que admirar o que faz, demonstrando amor, carinho, calma, solidariedade, utilizando a comunicação verbal e não-verbal.

Para cuidar, o enfermeiro necessita de várias habilidades, tais como: física, social, psicológica, ambiental e cultural. Ser enfermeiro é correr atrás das técnicas para desenvolver maior habilidade diante de tantos avanços tecnológicos, é liderar a equipe de enfermagem desenvolvendo melhor a comunicação entre os membros, distribuindo as funções e organizando o processo de produção, para obter um melhor cuidado.

O enfermeiro realiza uma assistência humanizada quando coloca em prática algumas qualidades como bem-querer ao próximo, afeto ao que se faz e simpatia para tornar tudo isso mais harmonioso. Mas também há aqueles que tratam o paciente com indiferença e desprezo, é a forma desumana de lidar com o próximo. Ser “humano” é prestar uma assistência de qualidade, é envolver-se nas relações humanas não só com o paciente, mas com a equipe de enfermagem e com todas as outras pessoas que estão, direta ou indiretamente, ligadas para prestar uma assistência humanizada de qualidade.

Mezzomo (apud GIORDANI, 2008, p. 91) complementa que:

[...] a satisfação pela qualidade humana na assistência, uma vez sentida pelo usuário [...] gera bem-estar, segurança e alívio, potencializando o

próprio restabelecimento de saúde. O trabalho medíocre não satisfaz a quem o recebe e nem a quem realiza.

Neste contexto, o autor salienta que o cuidado de qualidade só traz benefícios, não somente para aquele que o recebe, mas também para aquele que fornece.

O cuidar com afetividade, dedicação e comprometimento só traz satisfação para ambas as partes, muitas vezes é preciso sacrificar algumas coisas para fornecer esse cuidado. Sacrificar, neste contexto, é tentar passar por cima do orgulho próprio, do se achar a pessoa mais importante do mundo, e começar a entender a necessidade do outro e deixar um pouco de lado somente aquelas que se considera ser mais importante.

A ação de cuidar pode se definir como o entendimento de várias modalidades – a científica, a atitude, a experiência, a percepção e pensamento crítico –, sendo desempenhadas para o paciente com o objetivo de fornecer e restaurar as condições dignas de ser humano.

O enfermeiro responsável pelo cuidado em toda sua totalidade tem como propósito oferecer ao paciente crescimento, transformação com o cuidado prestado por ele, independentemente da situação, visto que a intenção do cuidado é proporcionar um autocrescimento para o paciente tanto para a vida, como para a morte ou a incapacidade.

O cuidado não escolhe lugar, tempo ou condição social, quem cuida necessita de habilidades, de intuição para perceber as diferentes formas de se comunicar que o paciente apresenta durante o ato de cuidar, analisando o paciente como um todo. Neste âmbito, o enfermeiro precisa saber quais são as situações presentes para aplicar o cuidado, quem é o paciente e sua história, qual a patologia apresentada. Trata-se de uma reflexão que o enfermeiro precisa fazer para determinar e realizar o cuidado adequado.

Durante o cuidado, o enfermeiro se comunica com o paciente por meio de palavras, gestos ou até mesmo pelo silêncio. É necessário manter sempre a voz num tom agradável, procurar evitar falar com o paciente com infantilidade, para que o mesmo não se sinta inferiorizado. O corpo do enfermeiro cuidador fala, transmite

pensamentos e sentimentos para aquele que está sendo cuidado, por isso, deve-se tomar muito cuidado com o que se pode transmitir.

O enfermeiro cuidador não é aquele que somente presta uma assistência de qualidade, mas também aquele que observa toda reação do paciente durante e após a ação de enfermagem. Nessa perspectiva, o enfermeiro poderá refletir sobre as suas ações; sobre a maneira como foram realizadas e em quais condições; sobre os materiais e o meio ambiente; e, então, perceberá como o paciente e sua família reagiram. Trata-se de uma reflexão positiva que o enfermeiro precisa fazer para melhorar os pontos em que falhou e manter os que foram positivos, a fim de serem aplicados em suas futuras atuações.

O cuidado abre um leque de ações para a enfermagem, as quais podem ser empregadas de diferentes maneiras na educação do paciente, no suporte emocional e espiritual, juntamente com a família e toda a equipe de enfermagem, proporcionando ao paciente relaxamento muscular, diminuição da ansiedade, desconforto, medo e dor. Dessa maneira, a ação de cuidar transforma tanto o paciente que recebe o cuidado como o enfermeiro fornecedor do cuidado.

Neste contexto, Waldow (2001, p. 153) define:

Por parte do ser cuidado, o crescimento é considerado como uma atitude mais positiva e serena frente às experiências de perda, incapacidade, doença ou morte. O conhecimento de si e de suas potencialidades trazem melhor auto-estima, confiança em si e na situação, trazendo auto-satisfação ao paciente. Além desses, ocorre o alívio da dor, o conforto, a tranqüilidade, a preservação da identidade, o bem-estar, entre outros.

Tendo em vista que todas essas ações só favorecem o enfermeiro cuidador, trazendo a sensação de dever cumprido e prazer pelo trabalho que desenvolve, quando tudo isso é percebido dessa maneira, o cuidado acaba tornando-se mais valorizado e a procura para fornecer sempre o melhor torna-se infinita.

Aquele que recebe o cuidado de uma maneira positiva, acaba vivendo uma experiência única, pois o mesmo tem a capacidade de refletir sobre as suas limitações naquele momento. O enfermeiro cuidador estimula o paciente a verbalizar

aquilo que está sentindo e, conseqüentemente, as dúvidas apareceram sobre a situação que está vivenciando – se possui algo grave, se irá morrer, como está sua família e trabalho. Perante tantos questionamentos, o enfermeiro é responsável por acalmar e orientar o paciente nesse momento.

É muito comum as pessoas fugirem quando aparece um problema de saúde, por medo, pela difícil coragem de aceitar a doença e o tratamento. Receber o cuidado, muitas vezes, é uma decisão dura de ser tomada pelo paciente, mas quando o cuidado é aceito, isso não significa que o mesmo irá aceitar tudo o que for feito com ele. Quando o paciente colabora com o cuidado, mostra que está motivado para abater todos os problemas.

Deste modo, quando o enfermeiro aborda o paciente de uma forma interessada pelo problema que ali se encontra, respeitosa e afetiva, o mesmo se abre para receber informações, tornando mais fácil o ato de educar e esclarecer as dúvidas, proporcionando, assim, segurança, confiança e tranquilidade para que o paciente devolva em forma de colaboração, aceitando melhor o cuidado que lhe foi oferecido. A resposta do paciente perante o cuidado oferecido é observada pelo enfermeiro por meio de perguntas, queixas e dúvidas ou, até mesmo, pelo silêncio.

Quando o cuidado é prestado corretamente com todos os seus subsídios necessários, o paciente se transforma diante daquela experiência vivida. Quando o cuidado é transmitido ao paciente de uma maneira positiva, o mesmo pode compreender melhor aquela situação que está vivenciando, podendo até ter uma morte mais tranquila ou contemplar melhor a sua vida e seu eu interior.

Uma peça fundamental no processo do cuidado é a família, pois o paciente se sente mais protegido, acariciado, com sua presença. E é de responsabilidade do cuidador acolher essa família, dar apoio, esclarecer as dúvidas para que, com isso, o paciente tenha um desenvolvimento satisfatório perante o cuidado. Se isso não for disponibilizado para a família, a mesma pode até prejudicar o cuidado ao invés de ajudar. Familiares também necessitam de atenção e cuidado, e cabe à equipe de saúde saber identificar, por meio dos sinais que os mesmos acabam expressando.

Se o cuidado é transmitido de forma acolhedora, familiares e pacientes se sentirão muito mais seguros, tranquilos, respeitados e, é claro, informados; pois terão certeza de que naquele lugar serão bem recebidos e tratados com respeito e dignidade.

Para que o cuidado seja transmitido e realizado de forma adequada, o cuidador necessita de experiência, conhecimento, estímulo e valorização da instituição e de toda a equipe.

Obter o conhecimento e manter-se atualizado é uma forma de demonstrar interesse, de respeitar o paciente e manter um comprometimento com a carreira que escolheu.

Com o conhecimento, adquire-se maior habilidade técnica e científica, dessa maneira, Waldow (2001, p. 156) define:

As habilidades técnicas compõem a variável com que a enfermagem mais está familiarizada. Realizar procedimentos, como já mencionados anteriormente, no paciente é diferente de realizar procedimentos para e com o paciente, interagindo com o mesmo. Da mesma forma, desempenhá-los mecanicamente, sem conhecimento do que se está fazendo e do motivo, pode resultar em danos ao paciente, além de contribuir para o desprestígio da profissão de enfermagem.

A habilidade adquirida por meio do cuidar compreende o autoconhecimento daquele que cuida. Só quando se conhece se pode mostrar quem é realmente. Assim, o autoconhecimento beneficia conhecer o outro melhor. Esta aptidão envolve a responsabilidade, o comprometimento e o entusiasmo, pois, quem cuida precisa de entusiasmo para fortalecer a si próprio, assim como o paciente e a sua família.

Cuidar do próximo envolve sentimento, admiração, consideração, respeito e tolerância. Contudo, muitas vezes, se encontram barreiras para desenvolver o cuidado, como a desvalorização do ser enfermeiro e a perda da essência humana.

É neste momento que o enfermeiro perde forças, e o cuidado torna-se banalizado, deixando de lado a principal e essencial função do enfermeiro – o cuidado.

3.3 A HUMANIZAÇÃO NO SETOR ONCOLÓGICO: UM ENFOQUE PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

O câncer é encarado como uma doença que assusta, coloca medo, aterroriza só de ser ouvida. Ela está diretamente relacionada com a morte, a tristeza e o sofrimento.

Sendo divulgada como uma catástrofe, um castigo, algo que destrói a pessoa por dentro e por fora, que mata cruelmente.

A cura para o câncer nem sempre é possível, mesmo com todos os avanços científicos e tecnológicos. O objetivo de uma assistência humanizada é melhorar a qualidade de vida desse paciente e, conseqüentemente, suas relações sociais, emocionais e psicológicas.

A humanização dentro de um setor oncológico apresenta como objetivo principal dar uma condição de vida mais digna para o paciente e sua família. Nesse contexto, o enfermeiro é um ponto positivo na vida do outro e a relação paciente e profissional vai muito além das palavras e ações.

O tratamento do câncer, geralmente é longo, doloroso, levando a perdas irreversíveis. Dessa forma, o modo de vida do paciente é totalmente modificado, a ida ao hospital passa a ser mais constante, originando um mundo totalmente diferente do que vivenciara antes da doença.

Segundo Freire, Petrilli e Sonsogno (2007), o câncer representa “O mundo das injeções, das quimioterapias, dos procedimentos médicos, do medo, da culpa, da insegurança, entre outros sentimentos que irá vivenciar”.

A humanização no setor oncológico não é somente focada no paciente, mas também em seus familiares, com a finalidade de permitir que todos expressem seus sentimentos e passem a valorizá-los, esclarecendo informações sobre o tratamento e exames ao qual serão submetidos e aos procedimentos médicos, para que seja realizado com segurança e sem dúvidas. Assim, é possível ao paciente escolher para si próprio o que será melhor, pois, “[...] numa situação conflitiva, qualquer ser humano necessita de assistência, de apoio. A palavra serena e persuasiva do enfermeiro e a sua atenção tem significado gratificante para o paciente; muitas vezes a sua simples presença já é terapêutica” (OLIVEIRA; KRUSE, 2006).

Neste contexto, o paciente necessita de um interventor para assisti-lo e acompanhá-lo e o enfermeiro deve ter discernimento da forma mais efetiva e eficiente para entendê-lo e incentivá-lo.

O cuidado humanizado não é uma tarefa fácil, é um processo cuja meta maior não é a cura. A esse respeito Giordani (2008, p. 43) acrescenta que se trata de “[...] uma ação que extrapole procedimentos técnicos e conhecimento, englobando atitudes e comportamentos que busquem o alívio do sofrimento”.

O paciente que apresenta uma patologia como o câncer, merece uma assistência diferenciada, com qualidade e afeto, pois carrega consigo sentimentos negativos, incerteza do prognóstico, mas, acima de tudo, anseia pela vontade de viver e de obter a cura.

Prestar assistência diretamente a esses pacientes é estar aberto para ouvir mais do que falar, é estar ali para compreender, respeitar o próximo e suas limitações é um cuidado permeado de valores de solidariedade e perseverança na vida.

Sendo assim, o INCA (BRASIL, 2008, p. 88) ressalta:

A oncologia é uma especialidade que demanda alta complexidade assistencial durante todo o processo terapêutico, além de requerer dos profissionais de enfermagem extrema habilidade relacional e afetiva, considerando as necessidades e especificidades dos usuários.

O cuidado humanizado no setor oncológico coloca o profissional na difícil e estreita situação de lidar com a dor, com as limitações do próximo e, até mesmo, com a morte. Os quimioterápicos deixam marcas tanto físicas como emocionais, a doença pode requerer mutilações e levar o paciente e sua família a perderem a esperança, tornando a cura mais distante. Por isso, a humanização tem que estar presente em todas as etapas do cuidado e a equipe de enfermagem deve ficar responsável por implementar, todos os dias, um cuidado mais humano. Criando laços de afetividade, compromisso e estabelecendo confiança entre o profissional e o paciente.

O paciente que é atendido no setor de oncologia, precisa se sentir acolhido, e cabe à equipe de enfermagem colocar em prática esse dispositivo como uma postura ética da equipe.

Esse acolhimento permite que o profissional observe todos os aspectos culturais, o grau do saber e a capacidade que o paciente tem de avaliar seus próprios riscos.

Sendo assim, a equipe de enfermagem é a ferramenta principal frente a um cuidado diário e uma assistência humanizada prestada com qualidade.

Neste contexto, a humanização parte de uma realização pessoal de cada profissional da saúde, para que as pessoas que trabalham entre si, se respeitem, se valorizem e, o fundamental, que apreciem o trabalho um do outro, para que as relações de trabalho sejam mais harmoniosas entre profissionais do setor e toda a instituição e, conseqüentemente, o maior beneficiado será o paciente juntamente com toda sua comunidade.

A equipe que está comprometida a oferecer uma assistência mais humanizada precisa estar bem informada, orientada, pois é um componente de fundamental importância no cuidar. O paciente e sua família quando chega ao setor para o tratamento necessita de cuidados e orientações fornecidas pelo enfermeiro, a fim de ajudar e auxiliar no processo do cuidar. Tudo isso é realizado na admissão do paciente, na primeira consulta de enfermagem, sendo evidente a importância do papel do enfermeiro neste momento.

A equipe de enfermagem é de fundamental importância nos laços construídos entre paciente, família e demais profissionais da saúde. O enfermeiro e sua equipe são responsáveis pelo cuidado humanizado, compreendendo e respeitando o paciente e sua família, que no momento se encontra frágil necessitando de apoio e compreensão.

O enfermeiro tem a difícil tarefa de levar alegria, ânimo e coragem para esses pacientes, pois os mesmos enfrentam dificuldades e incertezas que aparecem no dia a dia. Situações como esta só poderão ser resolvidas se as mesmas forem expostas e compartilhadas com toda a equipe, para serem discutidas em conjunto e, assim, seja possível reduzir ou até extinguir a insegurança e as dúvidas, para que a equipe tenha a possibilidade de enfrentar melhor a dura realidade desses pacientes e suas famílias.

O enfermeiro e sua equipe são as pessoas que estão mais próximas do paciente e de sua família, são eles que atenderão qualquer tipo de necessidade emocional. Ser enfermeiro ultrapassa os limites do saber teórico e técnico, pois exige do profissional não só mais segurança nas suas funções, mas também disposição, coragem, empenho e perseverança para realizar um cuidado humanizado.

Sendo assim, são necessárias pessoas capacitadas e preparadas para atender melhor os pacientes oncológicos, proporcionando apoio emocional e não somente o técnico e científico.

O profissional de enfermagem é a linha de frente no cuidado humanizado, é ele que está o tempo todo ao lado do paciente, e esse convívio prolongado lhe proporciona uma vivência das recaídas e recuperações do paciente. Entretanto, ao conviver lado a lado com todos esses sentimentos, o profissional pode passar por grandes problemas emocionais como tristeza, mal-estar e até mesmo a depressão.

Nesse sentido, torna-se de fundamental importância que o profissional receba acompanhamento psicológico, agindo de forma preventiva e curativa nos conflitos deflagrados neste ambiente profissional. Para um melhor enfrentamento da perda e de difíceis situações de dor e sofrimento, preservando o comprometimento emocional desse cuidador para que ele tenha mais preparo para agir nesse meio.

Um profissional mais preparado e capacitado será capaz de realizar uma assistência humanizada de qualidade, saberá lidar melhor com a dor e com o sofrimento do próximo, procurando sempre proporcionar o melhor para ambas as partes.

Nem sempre o melhor remédio é aquele que entra pelas veias sob a forma de quimioterapia, talvez o remédio essencial, em termos de cura para a doença, esteja nos laços criados entre paciente e enfermeiro e paciente e sua família.

Observa-se, muitas vezes, que o tratamento feito por medicações pode facilmente abater o paciente. E quando este apresenta reações emocionais mal resolvidas com sua família – como o medo, a raiva, a negação à doença e até mesmo a culpa – que não foram trabalhadas de uma forma adequada, isso pode levar a um comprometimento do tratamento estabelecido.

Sendo assim, o paciente e sua família necessitam não somente de um tratamento de última geração, super tecnológico e eficaz, mas necessita também de apoio psicológico e emocional oferecido pelo enfermeiro, pela equipe e pela família. Só assim o tratamento se torna completo e eficaz.

Com isso, pode-se concluir que sem o cuidado humanizado perde-se a característica da essência humana, de perceber que o cuidado está presente em

tudo, que cuidar é dar atenção ao outro, sentir preocupação, se envolver afetivamente em uma ligação com o outro.

Quando o cuidado deixa de existir, o ser humano também para de existir. Segundo Boff (2007, p. 34): “Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre”.

Portanto, a assistência humanizada tem que estar presente dentro de cada um, de uma maneira natural e científicas são abordagens antagônicas em relação à humanização, cuidando não somente com as mãos para desenvolver um procedimento, mas usando as mãos qualificadas para dar conforto, carinho e apoio.

É tentar se colocar no lugar do outro, procurando entender todo seu sofrimento. Humanizar parece ser algo fácil, algo que a pessoa já deveria nascer sabendo fazer, mas nem todos carregam consigo, por isso, humanizar é algo fundamental para uma assistência de qualidade.

“Os corpos não sofrem, as pessoas sofrem”

Eric Cassel

Este trabalho abordou a humanização no setor de oncologia do Hospital Regional de Assis (HRA), com o intuito de compreender a dinâmica da família frente ao tratamento e a necessidade da assistência humanizada na vida do paciente.

4.1 O HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional de Assis, localizado no município de Assis, estado de São Paulo, a 440 km da capital, na área de abrangência da Direção Regional de Saúde VIII, que atende 25 municípios, em torno de 450 mil habitantes.

Fundado em 21/09/1991, o HRA é uma Instituição Estadual com 100% de atendimento pelo SUS – Sistema Único de Saúde, prestando atendimento de ambulatório de especialidades e exames, cirurgias gerais e especializadas, internações, psiquiatria, obstetrícia, gestação de alto risco, alojamento canguru, oncologia, cuidados intermediários e pediatria.

O Hospital conta, também, com UTI adulto (10 leitos), pediátrica (6 leitos) e neonatal (6 leitos). Somando um total 145 leitos operacionais.

Ano	Meta
1970 Rotary Club	Criar um hospital para suprir o déficit de leitos hospitalares da cidade de Assis.
1972 Rotary Clube, Mitra Diocesana e outros segmentos Filantrópicos.	Iniciam a construção do hospital para a cidade de Assis, denominado "Hospital Distrital de Assis".
1988	Após 16 anos de construção, essas entidades filantrópicas entregam o hospital com 75% da obra construída para o Governo do Estado de São Paulo.
1990 Governo Quéricia	Após dois anos de paralisação o Governo do Estado de São Paulo retoma a construção da obra, e designa a equipe de profissionais do Escritório Regional de Saúde de Assis- "ERSA-20".
1991	O Hospital Regional de Assis "Dr. Joelson Leal Lisboa" é inaugurado e aberto para atendimento da população em 21/09/1991, sendo regulamentado pelo Decreto Lei nº 33.380 de 23/09/1991, que cria sua estrutura.
1995	O Hospital Regional de Assis "Dr. Joelson Leal Lisboa" deixa de ser subordinado ao ERS-20, atualmente DIR VIII- Direção Regional de Saúde de Assis e passa a ser vinculado diretamente à Coordenadoria de Saúde do Interior -CSI.
2001	O Hospital Regional de Assis atende unicamente aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS, compreendendo a população dos 25 municípios de abrangências da DIR VIII.

2002	Celebrado Termo de Cooperação Técnica entre a Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo e FAMEMA- Faculdade de Medicina de Marília.
2010	O Hospital Regional de Assis fica em 9º lugar, entre os melhores do Estado de São Paulo, na avaliação feita pelo SUS (Sistema Único de Saúde), que realizou uma pesquisa que ouviu 158 mil pacientes que passaram por internações e exames em 630 estabelecimentos conveniados.

Quadro 1 – Perfil histórico do Hospital Regional de Assis (PERFIL..., 2010)

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA DE CAMPO

Para a realização da pesquisa de campo foram utilizadas as referências bibliográficas e os questionários (Apêndices A, B e C) realizados por meio de coleta no setor de oncologia do HRA e posterior análise de dados, em que foi abordada a humanização em todas as etapas da doença.

Recorreu-se à aplicação de questionários para obtenção de dados com profissionais de enfermagem, dentre eles enfermeiros e auxiliar de enfermagem, pacientes que estão em tratamento com quimioterápicos e seus familiares.

O objetivo desta pesquisa foi demonstrar a importância do papel do Enfermeiro frente a uma assistência humanizada junto aos pacientes que se submetem ao tratamento oncológico dentro do Hospital Regional de Assis.

A proposta desta pesquisa foi justamente analisar a assistência humanizada no setor de oncologia. E até que ponto uma assistência humanizada prestada adequadamente pode colaborar para uma melhora significativa em pacientes que se encontram numa fase da vida totalmente fragilizados.

4.3 OS PACIENTES

Para se realizar uma avaliação do papel do enfermeiro na assistência humanizada no setor de oncologia do HRA, torna-se indispensável, nesta pesquisa, o contato com o paciente, pois o trabalho do profissional de enfermagem só se concretiza com a presença deste indivíduo que, no momento do tratamento de sua doença, encontra-se fragilizado física e emocionalmente, portanto, totalmente dependente dos cuidados dos profissionais da saúde e do apoio de seus familiares. Nesse contexto, apresentam-se, a seguir, a análise dos dados obtidos por meio das

entrevistas (Apêndice A) com dez pacientes que se submetem ao tratamento de câncer no HRA.

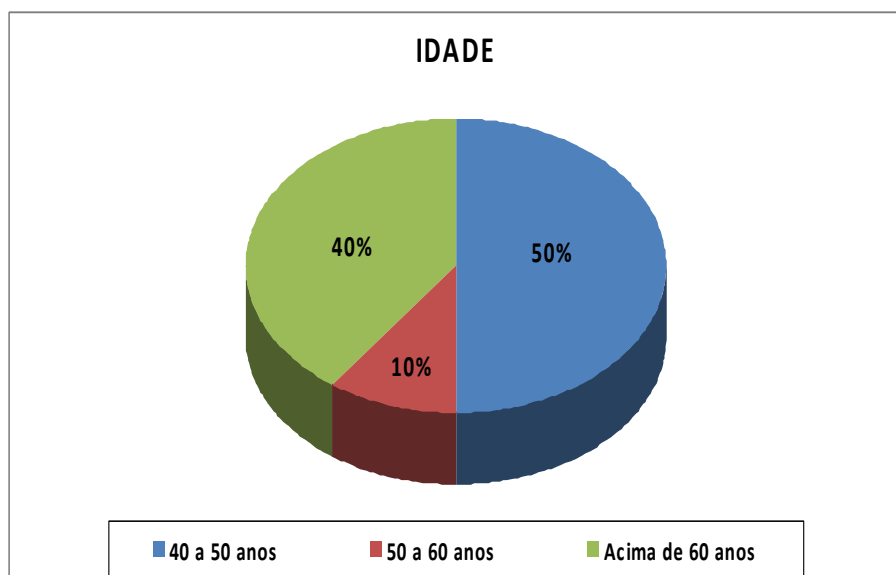


Gráfico 1 – Faixa etária dos pacientes

O Gráfico 1 mostra que metade (50%) dos pacientes entrevistados tem entre 40 e 50 anos de idade, pouco menos da metade (40%) encontra-se acima de 60 anos e apenas 10% deles estão na faixa de 50 a 60 anos.

A incidência do câncer, no Brasil, vem crescendo nos últimos anos, assim como o envelhecimento populacional, comprovando que a expectativa de vida só está diminuindo. O INCA (BRASIL, 2008, p. 25) considera que esta queda: “É o resultado direto das grandes transformações globais das últimas décadas, que alteraram a situação de saúde dos povos pela urbanização acelerada, dos novos modos de vida e novos padrões de consumo”.

Neste contexto ratificando o que já foi dito anteriormente, pode-se relacionar o câncer com o envelhecimento do organismo, sendo mais suscetível em pessoas idosas, por conta das mudanças que o organismo sofre com o decorrer dos anos, dando a entender que as células já foram mais expostas a fatores de risco que contribuem para o surgimento do câncer.

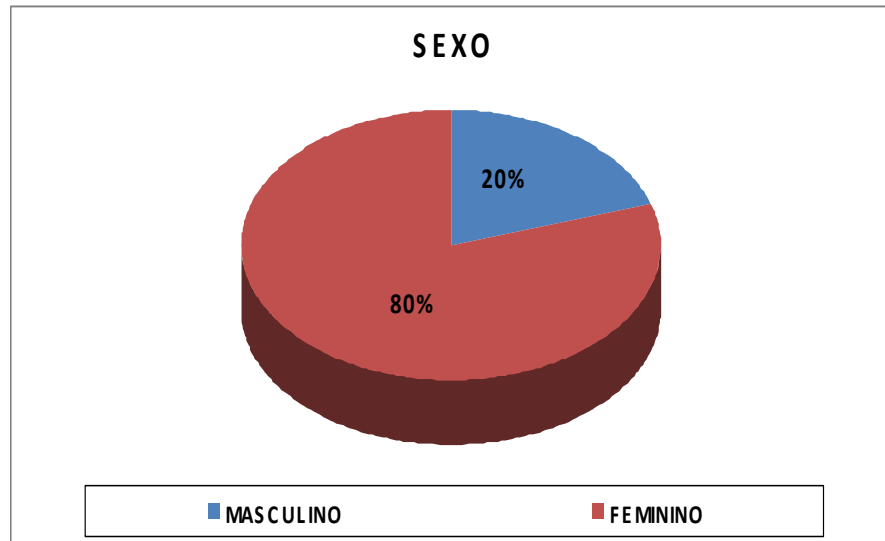


Gráfico 2 – Sexo dos pacientes

No tocante à classificação por sexo, 20% dos pacientes pertencem ao sexo masculino, sendo ainda mais expressivo o índice de mulheres em tratamento oncológico, atingindo 80% dos entrevistados.

O que está subentendido neste dado da pesquisa é que as mulheres procuram muito mais por atendimento médico, quando surge algum tipo de sinal ou sintoma, conseqüentemente, elas compõem a maioria dos pacientes que estão presentes no setor para o tratamento.

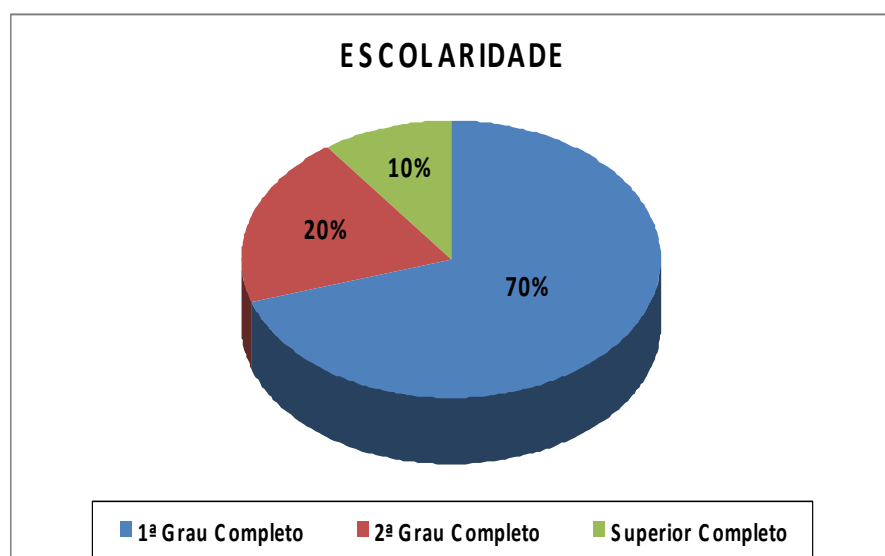


Gráfico 3 – Grau de escolaridade dos pacientes

Quanto ao grau de escolaridade, verificou-se que 70% dos entrevistados completaram o 1º grau, outros 20% cursaram até o 2º grau, e uma minoria (10%) possui curso superior completo.

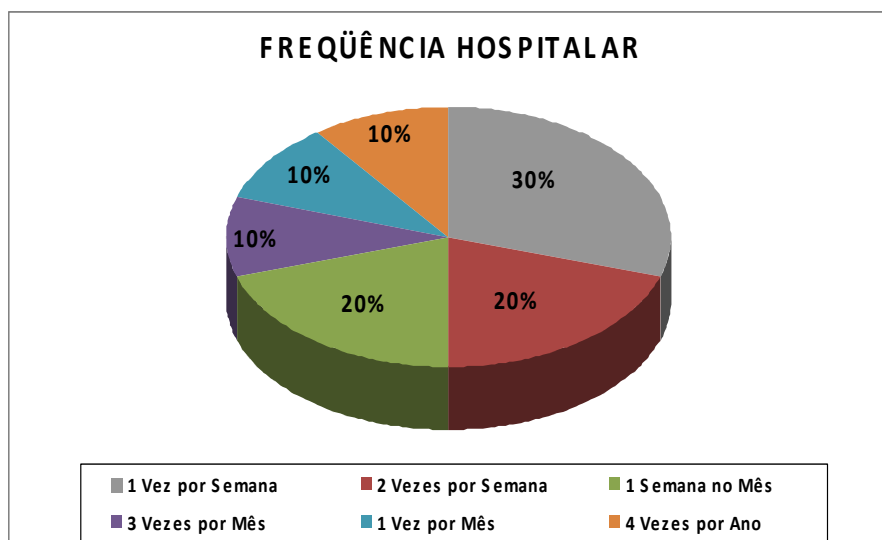


Gráfico 4 – Frequência hospitalar para tratamento quimioterápico

No que diz respeito à frequência do paciente que se submete ao tratamento quimioterápico no setor de oncologia do HRA, constatou-se que 30% dos entrevistados utilizam o serviço pelo menos uma vez na semana, os demais se submetem às sessões duas vezes na semana, uma ou três vezes no mês, uma semana no mês e até quatro vezes no ano.

O Gráfico 4 demonstra que 50% dos pacientes frequenta a unidade até duas vezes na semana, o que pode estar relacionado ao tipo de tratamento, ao ciclo e à gravidade da patologia.

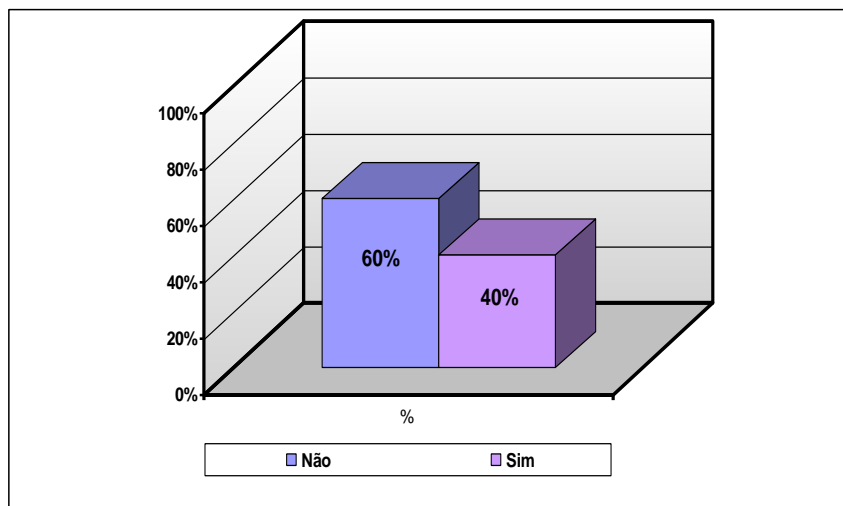


Gráfico 5 – Diagnóstico do câncer em estágio inicial

Ao serem questionados se o câncer foi diagnosticado em seu estágio inicial, 60% dos pacientes responderam que não descobriram a patologia em seu início.

Deste modo, pode-se ressaltar que as orientações que esses pacientes receberam por meio da mídia, dos jornais, das unidades de saúde básica que é o local que se inicia e se trabalha com orientação e prevenção, não foram eficazes para promover o diagnóstico da patologia em seu início. Boa inferência!

Constata-se, portanto, a existência de uma grande falha na prevenção primária do câncer no país, já que educar e orientar o paciente é a maneira mais econômica e eficaz de se prevenir a doença.

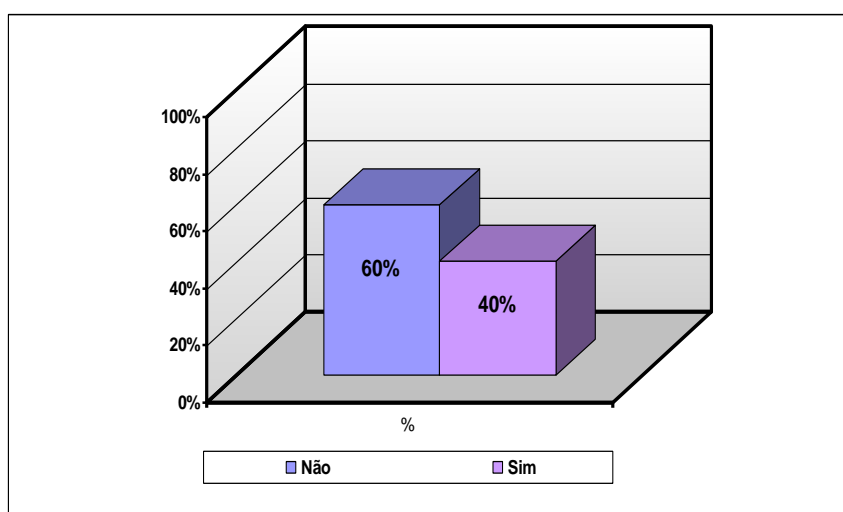


Gráfico 6 – Opinião dos pacientes sobre o câncer ser uma doença desconhecida

Em relação ao conhecimento sobre a doença, mesmo antes de saber que estavam com câncer, 60% dos pacientes afirmaram não conhecer a patologia. Esse dado confirma os resultados obtidos com o gráfico anterior, se a maioria não descobriu a doença é porque realmente não a conhecia.

Ouvir falar, não é o suficiente para conhecer a doença, o que realmente é eficaz é a prevenção, buscar informações, saber o que a doença causa no organismo, quais são os fatores de risco, os tipos de exames que ajudam a prevenir e a diagnosticar a doença precocemente são alguns fatores que levam o paciente a estar atento ao surgimento do câncer.

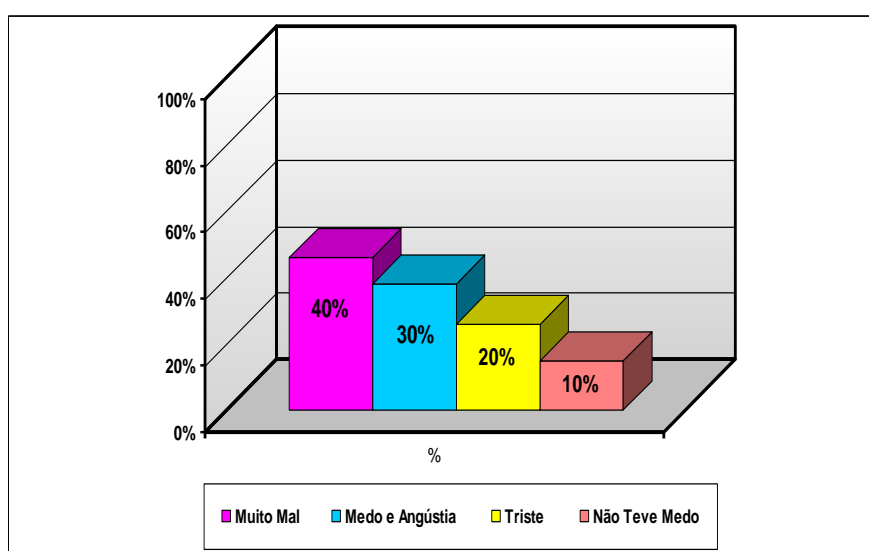


Gráfico 7 – Sentimento manifestado após o diagnóstico de câncer

Na questão dissertativa que aborda sobre os sentimentos do paciente após o diagnóstico da doença, verificou-se que 40% dos entrevistados declararam que se sentiram muito mal com a notícia. Apenas 10% informaram não ter sentido medo da doença.

Tais reações emocionais são ocasionadas por medo da doença, angústia, sofrimento, tristeza, entre outros sentimentos.

As respostas dos pacientes entrevistados permitiram observar que a maioria deles encontra-se num momento de muita fragilidade emocional. Descobrir-se com a doença é algo que revolta a maioria dos pacientes, é neste momento que se iniciam

os questionamentos: Por que comigo? O que fiz para merecer isso? Uma resposta que demonstra a angústia e o sofrimento foi evidenciada por um paciente que se emocionou muito ao responder o questionário, relatando:

“[...] fiquei com medo de morrer, me imaginei esquelética numa cama, me revoltei com Deus, chorei muito [...]”

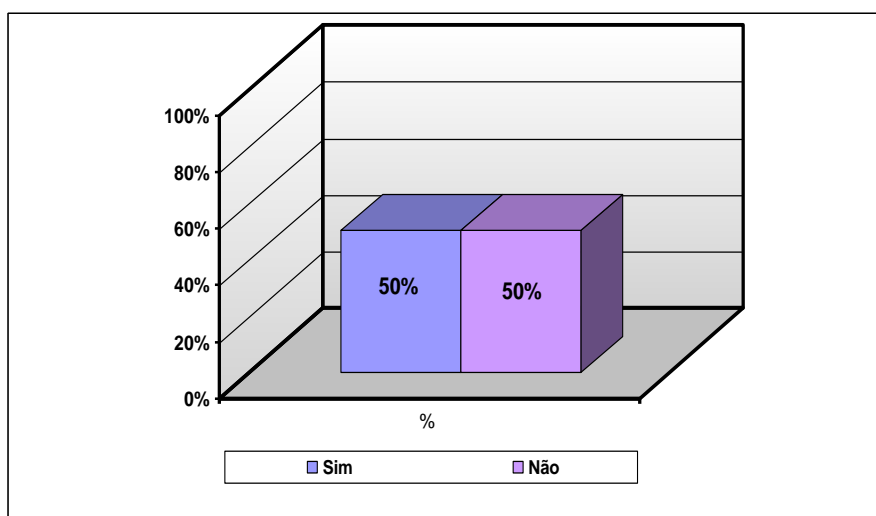


Gráfico 8 – Mudança na relação com a família, o trabalho e com outras pessoas, após a doença

Em relação à vida social dos pacientes, 50% dos entrevistados responderam que não houve mudança em seus relacionamentos, já os outros 50% afirmaram que suas vidas foram modificadas.

Dessa maneira, quando pensa no câncer, o paciente encontra-se mergulhado num turbilhão de sentimentos que estão diretamente ligados ao diagnóstico, sentimentos esses que podem modificar o convívio familiar e social. A esse respeito Nascimento (apud VIEIRA et al., 2007) consideram que:

O câncer traz mudanças efetivas na vida da pessoa, porque o diagnóstico altera a condição anteriormente estabelecida de atividade para colocá-la num lugar de passividade em relação à vida. Por esses e outros motivos, é muito importante que um tempo seja fornecido ao paciente e à família para que possam lidar com o diagnóstico.

A descoberta da doença pode trazer para o paciente consequências graves, tais como: alteração do seu estado emocional; distanciamento das pessoas que fazem parte do seu convívio como família e amigos; modificações na sua aparência (a queda dos cabelos, por exemplo). É nesse momento que a pessoa começa a se isolar, os relacionamentos passam a ser mais difíceis, adoecer traz dificuldades, sofrimentos e solidão.

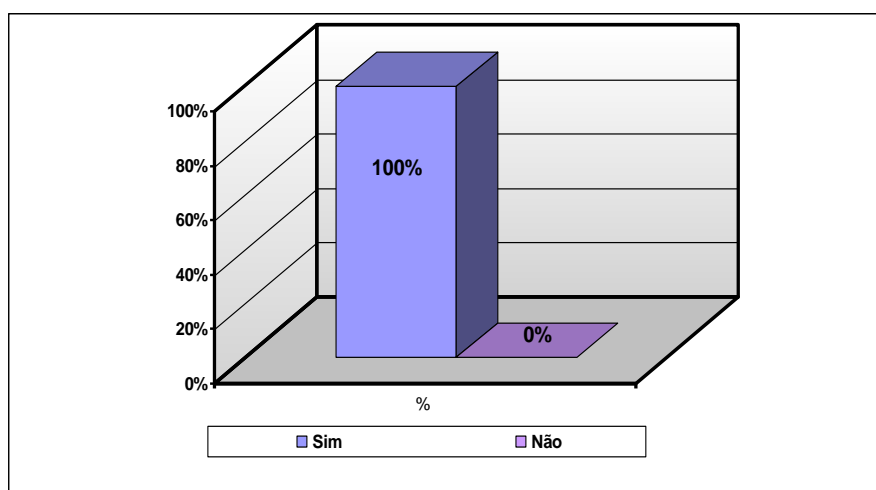


Gráfico 9 – Recebimento de apoio/acolhida pela equipe de enfermagem quando necessário

O Gráfico 9 permite constatar que 100% dos entrevistados encontram-se satisfeitos com o acolhimento prestado pela equipe de enfermagem do setor de oncologia do HRA.

O cuidado humanizado resgata a dignidade do paciente, respeitando seus limites, valores, crenças, princípios éticos e morais.

O enfermeiro é a figura mais presente no convívio hospitalar do paciente e de seu familiar-acompanhante, desta maneira, necessita ser tratado com dedicação e respeito, os quais constituem uns dos aspectos principais da humanização.

Nesta pesquisa, ficou constatado, com base nos depoimentos dos pacientes, que eles se sentem bem acolhidos pela equipe de enfermagem, revelando, assim, que a equipe é comprometida com o trabalho que desenvolve no setor.

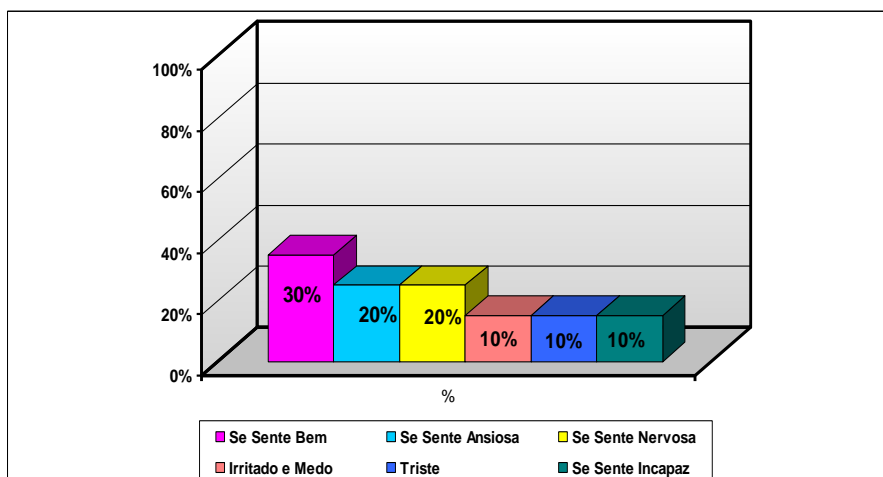


Gráfico 10 – Sentimentos apresentados na chegada ao hospital para o tratamento

Na questão dissertativa, registrou-se que 30% dos pacientes relataram se sentir bem ao chegar ao hospital para o tratamento; pois são pacientes que estão em quimioterapia há bastante tempo. A força de vontade e a determinação de vencer a doença é muito presente na vida dessas pessoas. O acolhimento dos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e outros pacientes criam um ambiente menos triste e mais otimista, situação que pode ser confirmada a partir dos seguintes relatos de alguns pacientes:

[...] As enfermeiras deram muito apoio, atenção, eram muito alegres, ajudavam a animar o ambiente [...]

[...] agora já estou sabendo como é o tratamento me sinto mais confortável.

[...] procuro passar o melhor para os outros pacientes que estão chegando, dar forças para quem está descobrindo o problema.

Nem todos os pacientes, entretanto, possuem esse sentimento bom. Verificou-se que 20% dos entrevistados relataram se sentir ansiosos, com medo e irritados, como pode ser observado nas seguintes respostas:

[...] um dia antes, já nem dormia ficava muito ansiosa só em pensar que eu iria fazer quimioterapia [...]

[...] me sentia irritada com medo de não conseguir pegar a minha veia, de ficar me furando várias vezes, chorava muito durante o período que estava sentada para o tratamento [...]

Todas essas respostas revelam os diversos sentimentos que os pacientes apresentam ao chegar ao hospital para o tratamento. Trata-se de uma etapa muito difícil e de grande sofrimento e expectativa de cura.

4.4 A FAMÍLIA DO PACIENTE

Conforme se discorreu anteriormente, o apoio da família é de extrema relevância para a manutenção do equilíbrio emocional do paciente com câncer, portanto, considerou-se importante entrevistar os familiares (Apêndice B) que acompanham os pacientes em tratamento com quimioterápicos, no total de dez familiares entrevistados.

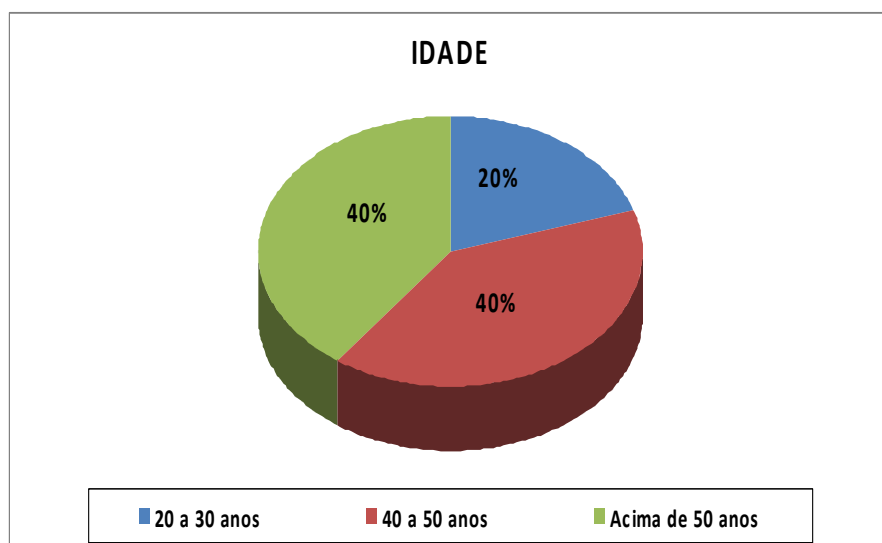


Gráfico 11 – Faixa etária dos familiares que acompanham o paciente no tratamento

Entre os familiares entrevistados, as faixas etárias entre 40 e 50 anos e acima de 50 anos se equiparam em 40%. Apenas 20 % dos familiares entrevistados possuem de 20 a 30 anos de idade.

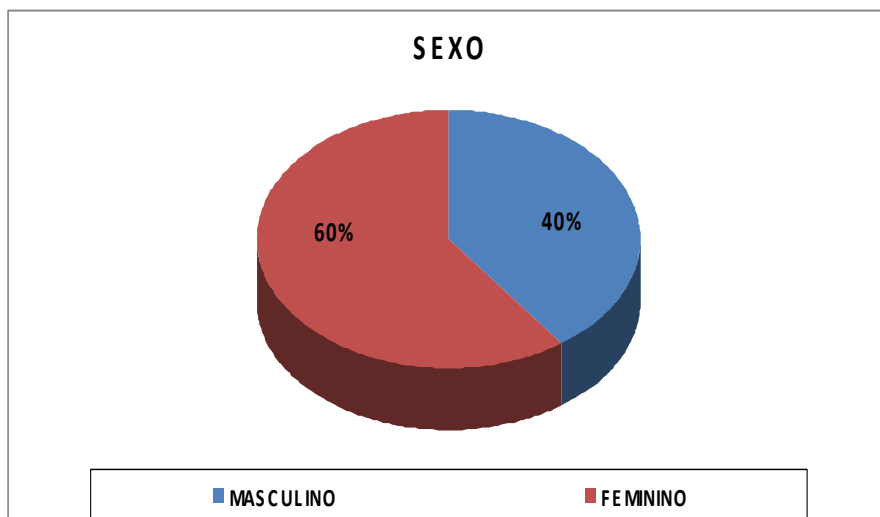


Gráfico 12 – Sexo dos familiares

A porcentagem significativa dos familiares que acompanham os pacientes para o tratamento de quimioterápicos é do sexo feminino, totalizando 60% dos entrevistados. Boa inferência!

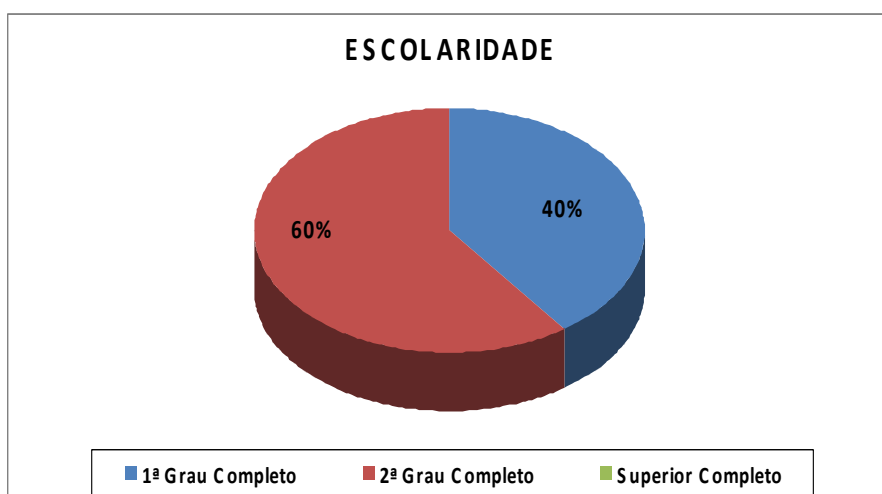


Gráfico 13 – Grau de escolaridade dos familiares

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria (60%) dos familiares entrevistados possui o 2º grau completo, os demais (40%), apenas concluíram o 1º grau, e nenhum deles possui superior completo.

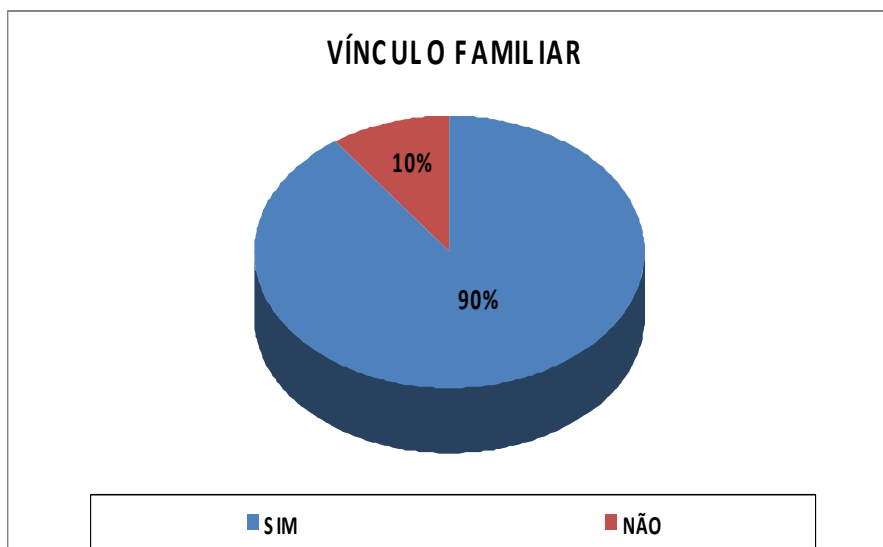


Gráfico 14 – Vínculo familiar com o paciente

O gráfico acima revelou que 90% dos entrevistados que acompanham o tratamento do paciente possuem algum tipo de vínculo familiar com o mesmo, o que demonstra que a família é de fundamental importância no processo do cuidar. O paciente se sente mais protegido, acolhido e seguro com a sua família presente durante as fases do tratamento. Boa inferência!

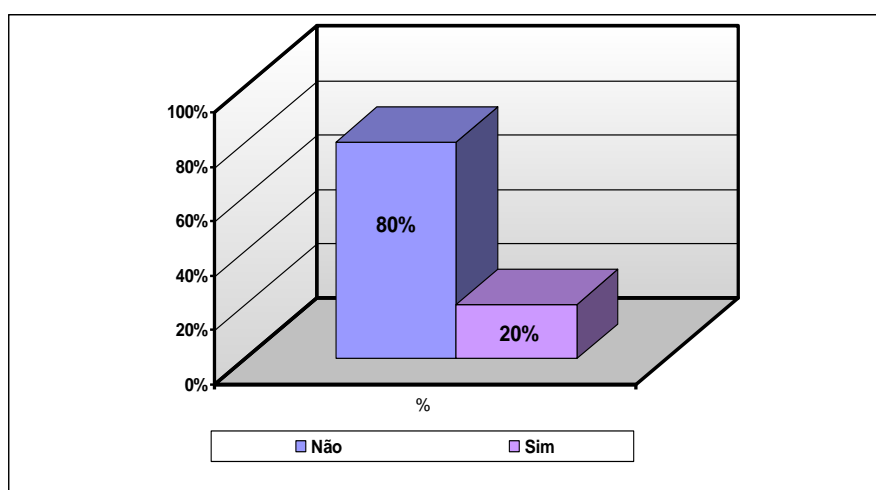


Gráfico 15 – Orientação recebida pela família sobre o tratamento quimioterápico na descoberta da doença

Com base no Gráfico 15, pode-se observar que 80% dos familiares não foram orientados quanto ao tratamento quimioterápico por nenhum tipo de profissional da saúde.

Nessa perspectiva, Waldow (2001, p. 155) alerta que:

A família é outra variável importante. Sua presença e carinho são fundamentais e a equipe deve estar atenta, esclarecendo, informando e dando apoio. Se a família não se sente esclarecida suficientemente, se os membros da equipe são indiferentes aos seus sentimentos e necessidades, a família, ao invés de ajudar, pode dificultar o processo de cuidar.

Este gráfico demonstrou o descaso frente à família no processo de cura do paciente. Uma família bem informada e orientada torna o cuidado satisfatório, entretanto, quando isso não acontece, a mesma pode prejudicar o cuidado. Muitas das vezes não é só o paciente que necessita de cuidado, a família pede e demonstra isso por meio de atitudes e comportamentos.

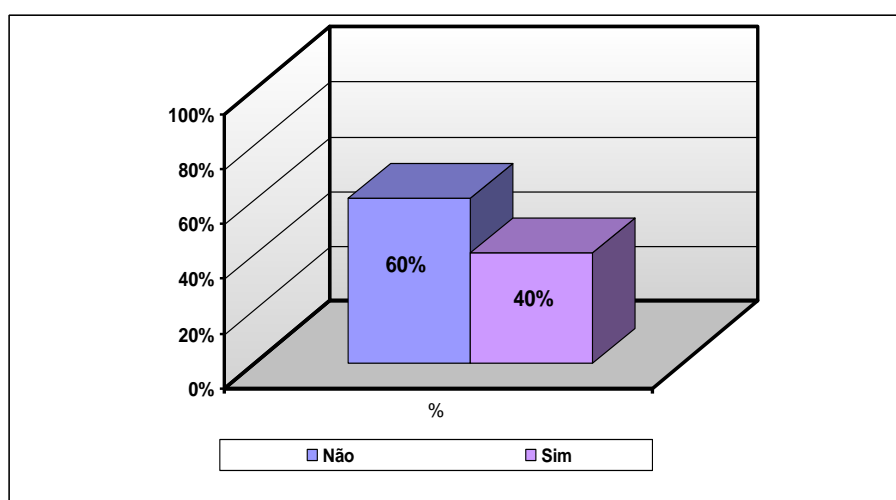


Gráfico 16 – Disponibilização de algum tipo de serviço social ao paciente e à sua família

Cerca de 60% dos familiares relataram, conforme indica o Gráfico 16, que o setor de oncologia não forneceu ao paciente, nem à sua família, nenhum tipo de apoio social.

O serviço social serve para ajudar o paciente e sua família, com recursos materiais, apoio emocional e psicológico. O enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional, deve reforçar esse apoio junto ao paciente e sua família.

Quando os recursos não são disponíveis, a continuidade do cuidado em casa fica comprometida em relação à efetividade do tratamento.

Dessa forma, é de fundamental importância que a equipe conheça as necessidades de cada paciente, apontadas por seus familiares, a fim de que o planejamento das ações se torne adequado e possa suprir as necessidades de cada paciente.

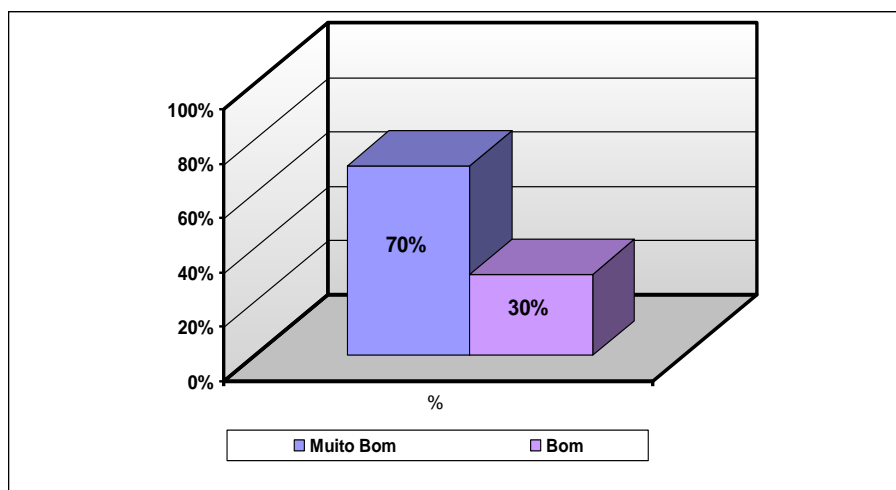


Gráfico 17 – Avaliação dos familiares quanto à qualidade na relação dos profissionais de enfermagem com os pacientes em tratamento quimioterápico

Entre os familiares entrevistados, 70% avaliaram como muito bom o atendimento prestado por enfermeiros e auxiliar de enfermagem para com o paciente. Os 30% restantes consideraram-no bom. Neste contexto, o profissional de enfermagem se classifica como excelente nas suas ações frente ao paciente.

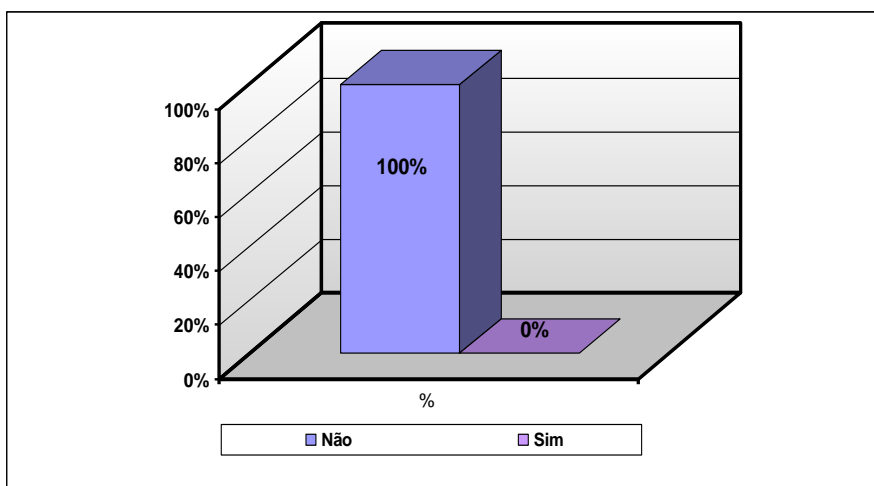


Gráfico 18 – Opinião dos familiares sobre o câncer ser uma doença desconhecida

Todos os acompanhantes (100%) entrevistados responderam que o câncer não é uma doença desconhecida, o que demonstra o seu interesse em obter conhecimento e informação sobre a patologia que o seu familiar apresenta. Este gráfico demonstra ainda que o familiar-acompanhante, que em sua maioria, possui maior escolaridade, conhece melhor a doença. Ou pode-se inferir ainda que, após o diagnóstico é que se foi buscar informação.

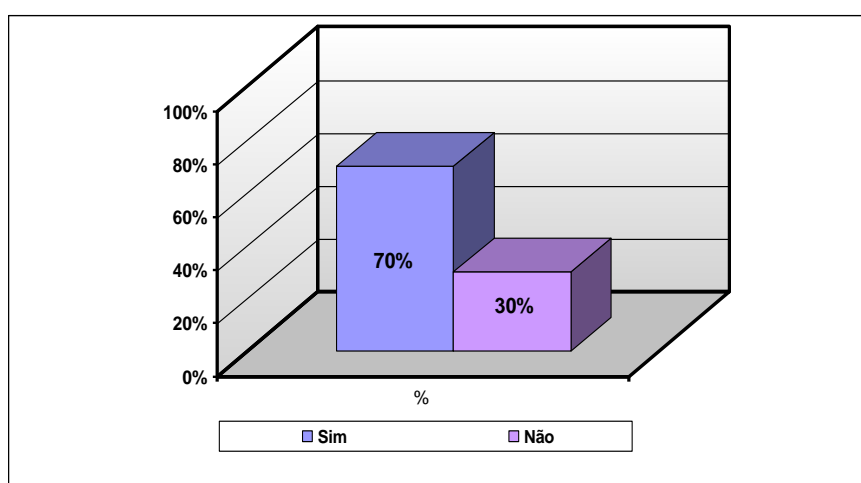


Gráfico 19 – Conhecimento dos efeitos colaterais causados pela quimioterapia

A respeito dos efeitos colaterais da quimioterapia, 70% dos familiares afirmaram ter conhecimento. Isso mostra o comprometimento e o interesse em se informar sobre

aquele tratamento que está sendo realizado com o seu familiar até por conta dos efeitos que, neste momento, já estão instalados. Uma família envolvida e comprometida em conhecer melhor o tratamento só colabora para que o paciente tenha uma recuperação adequada fora daquele ambiente hospitalar.

4.5 O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

O acompanhamento e o cuidado dos familiares dedicados ao paciente com câncer que está em tratamento é uma extensão do cuidado do profissional de enfermagem, que trabalha no ambiente hospitalar estabelecendo um elo entre família-paciente e profissionais da saúde. É o enfermeiro quem vai administrar os medicamentos e prestar assistência integral ao paciente, bem como aos seus familiares, os quais receberão instruções deste profissional sobre como acompanhar os pacientes no decorrer do tratamento.

PROFISSIONAL DA SAÚDE	IDADE	SEXO	TEMPO NO SETOR
Enfermeiro	35	M	5 anos
Enfermeiro	44	F	7 anos
Aux. Enfermagem	43	F	5 anos

Quadro 2 – Profissionais da saúde entrevistados

O quadro acima indica os profissionais que trabalham no setor de oncologia do HRA que foram entrevistados. Totalizando dois enfermeiros e um auxiliar de enfermagem.

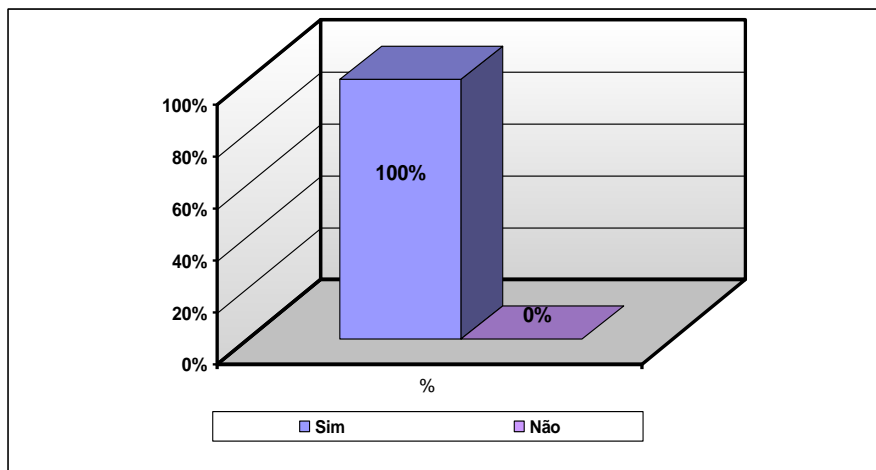


Gráfico 20 – Opinião sobre a assistência humanizada trazer melhoria no quadro do paciente

Os profissionais da saúde entrevistados concordaram, por unanimidade, que uma assistência adequada traz melhoras para o paciente.

A assistência humanizada não melhora somente o quadro clínico do paciente, mas contribui também para que o paciente e sua família criem confiança no serviço que está sendo oferecido, fortalecendo laços com a equipe para que o processo de cura e recuperação seja favorável.

Cabe salientar que o questionário (Apêndice C) utilizado para a entrevista com os profissionais da Saúde do setor de oncologia do HRA continha uma questão dissertativa – No seu conceito, o que é humanização? – por meio da qual os enfermeiros e o auxiliar de enfermagem puderam se expressar, de maneira livre, colocando em evidência o seu conceito de humanização, sobre o qual foram destacados alguns trechos a seguir.

Para os enfermeiros humanização é:

“[...] Assistência individualizada, assistência focada nas necessidades apresentadas pelo paciente no momento do atendimento.”

“[...] Devemos (equipe multiprofissional) acolhê-los, sem querer mudar sua essência, sem forçar atitudes, respeitando o momento, se colocando como profissional para orientá-los no sucesso do tratamento.”

Para o auxiliar de enfermagem humanização é:

“[...] é vê-lo como um ‘todo’ nas suas necessidades físicas, psíquicas e sociais. E acima de tudo é se ‘colocar’ no lugar do paciente.”

Diante das respostas dadas pela equipe de enfermagem, fica comprovada a importância do cuidado humanizado oferecido pelo setor de oncologia, demonstrando que a equipe entende os princípios da humanização e os coloca em prática, atuação esta que pode ser corroborada pelo Gráfico 9, que registra a eficiência desse atendimento prestado aos pacientes e seus familiares.

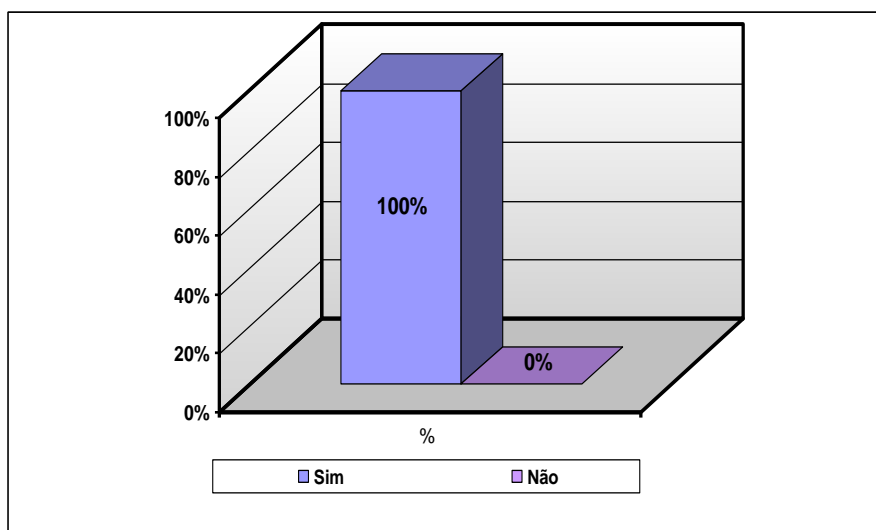


Gráfico 21 – Opinião sobre a família e a sociedade interferirem no quadro clínico do paciente

Todos os profissionais da saúde (100%) responderam que a família e a sociedade podem interferir no quadro clínico do paciente.

O paciente se sente fragilizado diante da sociedade e de sua família, uma vez que sua aparência física é modificada e o isolamento se torna quase que certo. Se nesse momento todas as pessoas que fazem parte do seu convívio não oferecerem apoio, é quase certo que o paciente se encontrará deprimido e sem forças para lutar contra a doença. Nesse momento, o paciente necessita de apoio, e não de julgamento e sentimento de pena.

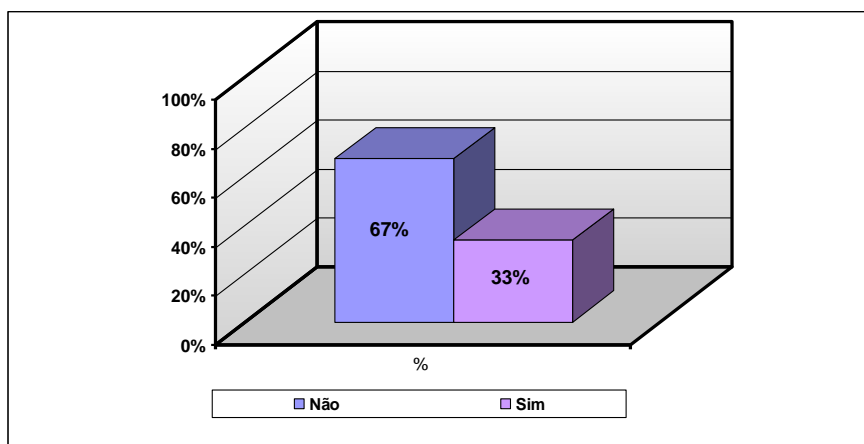


Gráfico 22 – Opinião, como profissional da saúde do setor de oncologia, sobre achar satisfatório ou não o suporte emocional oferecido pela equipe multiprofissional

No que se diz respeito ao suporte emocional prestado, constatou-se que 67% dos profissionais não acham satisfatório o suporte emocional ali oferecido, apenas 33% consideram-no adequado.

A união da equipe multiprofissional gera benefícios ao paciente, para que o mesmo possa agir de forma mais tranquila diante do tratamento e da doença. Dessa maneira, o suporte emocional deve ser gerado por todos aqueles que participam do processo de recuperação da saúde do paciente, a saber: enfermeiros, psicólogos, médicos, entre outros.

O apoio emocional deve ser uma das prioridades de uma assistência integral ao paciente e à sua família, só assim a equipe ajudará a amenizar o medo, a angústia e o sofrimento diante da patologia.

Com base no referencial teórico e na análise das entrevistas, foi possível concluir que, apesar de todos os avanços tecnológicos, a cura nem sempre é possível, mas controlar a dor e os seus sintomas é fundamental, e o intuito da enfermagem é melhorar a qualidade de vida do paciente, suas relações sociais, emocionais e psicológicas.

O enfermeiro é o profissional que está mais presente ao lado do paciente e sua família. É o ponto de referência para o esclarecimento das dúvidas, no momento do desabafo e do cuidado, dessa maneira, humanizar é estabelecer um convívio entre profissional e paciente durante todo o processo de sua doença.

Ficou constatado, por meio desta pesquisa, que pacientes e familiares são bem acolhidos pela equipe de enfermagem do Setor de Oncologia do Hospital Regional de Assis. Deste modo, percebe-se que há um comprometimento muito satisfatório dos enfermeiros em oferecer um cuidado humanizado, resgatando, assim, o verdadeiro sentido da profissão, que é o cuidar.

Cuidar de pacientes oncológicos não é uma tarefa fácil. Neste sentido, não apenas o paciente e seus familiares, mas também o enfermeiro e sua equipe necessitam de um suporte emocional adequado para lidar com o sofrimento e as frustrações do dia a dia.

Ser o enfermeiro que valoriza a humanização, com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida e recuperação do paciente, ultrapassa o atendimento fraterno e humano, estar em contato direto com o paciente, coloca o enfermeiro diante de seus valores, conflitos e angústias.

Neste contexto, humanizar é um método demorado e complicado, podendo o enfermeiro e sua equipe encontrar muitos obstáculos, tanto por parte do hospital como dos próprios pacientes. Mas o enfermeiro que cuida com amor e preocupação tem vontade de realizar um trabalho diferenciado, com qualidade, portanto, humanizar é semear o amor, cultivar a paciência e plantar sorrisos.

À vista do exposto, ficou comprovado que a humanização é possível de ser realizada, é só ter um olhar direcionado para aquele que necessita de um pouco mais de atenção.

BACKES, D. S. et al. A humanização hospitalar com expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, jan./fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692006000100018&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 jul. 2010.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). **Ações de Enfermagem para o controle do Câncer: Uma proposta de Integração ensino-serviço**. 3. ed. rev atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. HUMANIZA SUS. Política Nacional de Humanização. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>. Acesso em: 15 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2. ed. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1993. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=101#topo>. Acesso em: 12 ago. 2010.

CARVALHO, M. M. Psico-Oncologia: História, Características e Desafios. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 29 ago. 2010.

DIAS, M. A. de A. Humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 340-343, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/humanizacao.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **SUS e PSF para Enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

FREIRE, M. do C. B.; PETRILLI, A. S.; SONSOGNO, M. C. Humanização em Oncologia Pediátrica: Novas perspectivas na assistência ao tratamento ao câncer infantil. **Pediatria Moderna**, p. 225-236, set./out. 2007. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3642>. Acesso em: 23 mar. 2010.

GIORDANI, A. T. **Humanização da Saúde e do Cuidado**. São Caetano do Sul: Difusão, 2008.

HORTA, V. de A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

MEZOMO, J. C. **Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos**. São Paulo: Mezano, 1995.

OLIVEIRA, B. R. G. et al. A humanização na Assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, mar./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200019>. Acesso em: 07 out. 2010.

OLIVEIRA, C. P. de; KRUSE, M. H. L. A humanização e seus múltiplos discursos-análise a partir de REBEN. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, jan./fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 mar. 2010.

PERFIL histórico do Hospital Regional de Assis. Disponível em: <<http://www.hra.famema.br/historico.php>>. Acesso em: 07 out. 2010.

PUCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500029>. Acesso em: 05 jul. 2010.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Tradução de José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, M. de L. de et al. O cuidado em enfermagem – Uma aproximação teórica. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2010.

TEIXEIRA, E. B.; PIRES, E. F. Psico-Oncologia: Proposta de trabalho de apoio psicossocial aos pacientes de câncer. **Revista Saúde**, Guarulhos, v. 4, n. 1, p. 40-52, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/265/626>>. Acesso em: 28 ago. 2010.

VIEIRA, P. C. et al. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000200020&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 out. 2010.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

_____. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2006.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AO PACIENTE COM CÂNCER

Paciente

Idade _____

Estado Civil _____

Sexo () Feminino () Masculino

Tem Filhos () Sim () Não

Religião _____

Grau de Instrução _____

Qual a frequência de suas visitas ao hospital? _____

1. Você descobriu o câncer em seu início?

() sim () não

2. O câncer, para você, é algo desconhecido?

() sim () não

3. Como você se sentiu após o diagnóstico de câncer?

4. Sua relação com a família, o trabalho e com outras pessoas, mudou após a doença?

() sim () não

5. Você se sente acolhido/encontra apoio, na equipe de enfermagem quando necessita?

() sim () não () algumas vezes

6. O que você sente ao chegar ao hospital para o tratamento?

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS FAMILIARES

Família

Idade _____

Estado civil _____

Religião _____

Sexo () Feminino () Masculino

Grau de instrução _____

Atividade profissional _____

Tem algum vínculo familiar com o paciente? Se sim especificar: _____

1. Na descoberta da doença, a família foi orientada quanto ao tratamento?

() sim () não

2. Foi disponibilizado algum tipo de serviço social ao paciente e à sua família?

() sim () não

3. Como você avalia a qualidade na relação dos profissionais de enfermagem com os pacientes em tratamento de quimioterapia. Assinale uma alternativa:

- () muito fraco
- () fraco
- () regular
- () bom
- () muito bom
- () não tenho como avaliar

4. Para você o câncer é uma doença desconhecida?

() sim () não

5. Você tem conhecimento dos efeitos colaterais causados pela quimioterapia?

() sim () não

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO AO PROFISSIONAL DA SAÚDE

Profissional da Saúde

Idade _____

Estado civil _____

Sexo () Feminino () Masculino

Tempo de atuação nesse setor _____

Qual o seu cargo _____

1. Para você uma assistência humanizada traz melhoria no quadro do paciente?

() sim () não

2. No seu conceito o que é humanização?

3. No seu ponto de vista a família e a sociedade interferem no quadro clínico do paciente?

() sim () não

4. Você como profissional da saúde do setor de oncologia, acha satisfatório o suporte emocional oferecido pela equipe multiprofissional?

() sim () não