

O CUIDADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO E CUIDADOR: UM RELATO DA PRÁTICA EDUCATIVA ASSISTENCIAL

CARE PATIENT AND CAREGIVER ONCOLOGIC: A REPORT OF PRACTICAL EDUCATIONAL ASSISTANCE

CAMILA ALESSANDRA ANASTÁCIO¹, THAMARA HÜBLER FIGUEIRÓ¹, VANESSA CORRÊA DE MORAES¹, DANIELA FOLLE¹, ISABEL MARIA KREUTZ¹, ANGELA MARIA BRUSTOLIN², GLORIANA FRIZON³, ROSANA AMORA ASCARI^{4*}, TANIA INEZ MARIGA SCHAEFER⁵

1. Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 2. Enfermeira, Especialista em Oncologia. Docente da UDESC; 3. Mestre em Enfermagem. Enfermeira. Docente da UDESC; 4. Dda em Enfermagem. Mestre em Saúde Coletiva. Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC; 5. Enfermeira. Docente da UDESC.

* Rua Quatorze de Agosto, 807 E, Apto 301, Bairro Presidente Médice, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP 898001-251. rosana.ascari@hotmail.com

Recebido em 09/10/2013. Aceito para publicação em 11/12/2013

RESUMO

O objetivo deste estudo foi proporcionar aos pacientes oncológicos um ambiente acolhedor e humanizado. Trata-se de uma prática assistencial desenvolvida no setor da oncologia de um hospital de referência em saúde no oeste catarinense no período de setembro de 2013, tendo como sujeitos pacientes, familiares e profissionais da enfermagem. Utilizou-se a prática da meditação e massagem relaxante. Para os profissionais foi desenvolvida uma dinâmica abordando a perda, frequente na oncologia. Os participantes expressaram sentimentos positivos como relaxamento e tranquilidade com o desenvolvimento desta prática educativa assistencial, possibilitando amenizar as preocupações vividas. A abordagem com os profissionais possibilitou a re-elaboração de sentimentos e lembranças contribuindo para o enfrentamento das dificuldades frente os casos de neoplasias. Contudo, faz-se necessário despertar para uma assistência humanística e implementar mudança de postura entre os profissionais com re(educação) das práticas de cuidado e valorização do ser humano.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência centrada no paciente, cuidados de enfermagem, oncologia, Câncer.

ABSTRACT

The aim of this study was to provide cancer patients a warm and humane environment. It is developed a care in the cancer ward of a major hospital in western Santa Catarina Health from September 2013, with the subject patients, families and nursing professionals. We used the practice of meditation and relaxing massage. For professionals a dynamic addressing loss, frequent in oncology was developed. The participants expressed positive feelings such as relaxation and tranquility with the development of this educational practice care, enabling ease the

concerns experienced. The approach with professionals allowed the re-elaboration of feelings and memories helping to address the difficulties facing cases of malignancies. However, it is necessary to wake up to a humanistic care and implement change in attitude among professionals with re (education) of care practices and valuing human life.

KEYWORDS: Patient-centered care, nursing care, oncology, cancer.

1. INTRODUÇÃO

Com o aumento do envelhecimento populacional as doenças crônicas não transmissíveis têm aumentado, sobretudo, o câncer. O tratamento do câncer exige tolerância tanto da pessoa doente quanto de seus familiares, sendo por vezes considerado sinônimo de sofrimento e sentença de morte. Com esse sombrio arcabouço, esta patologia é causadora de muita dor, acarretando grande desgaste físico e mental para todos os envolvidos neste contexto, (paciente, família e profissionais)¹.

A saber, o câncer se dá por alterações genéticas celulares, conhecidas como neoplasias ou células cancerígenas, que se multiplicam descontroladamente podendo invadir outros tecidos e órgãos através da circulação sanguínea e sistema linfático. Estas células possuem características alteradas se comparadas às células normais, possuindo desta forma capacidades especiais, que afetam no tamanho e função da célula¹.

Atualmente, a dor é compreendida como o quinto sinal vital para enfatizar sua importância e conscientizar os profissionais de saúde sobre seu significado, desde a avaliação do estado do paciente quanto à eficácia ou não

do tratamento. Mesmo com a tecnologia dos serviços de saúde e dos fármacos, a dor oncológica ainda não é devidamente avaliada, gerando falhas no tratamento².

O câncer influencia diretamente no cotidiano do indivíduo, e as restrições que o acompanham acarretam mudanças significativas, podendo levar a pessoa a afastar-se do convívio social e até mesmo interromper projetos de vida, pois o indivíduo é instigado a aderir o tratamento, este não considerado simples. O profissional de enfermagem, portanto deverá perceber este momento de fragilidade e acrescentar na sua assistência as discussões sobre sensações e sentimentos diante da doença².

Considerando a admissão oncológica como um momento no qual o paciente encontra-se vulnerável e frágil em relação aos seus modos de enfrentamento, visto que o mesmo se afastará do seu cotidiano, os profissionais de enfermagem que o acompanham diariamente neste processo podem estar atentos às experiências desses pacientes e se prepararem para o acolhimento adequado, minimizando sentimentos negativos acerca da doença³.

Uma prática considerada eficaz para minimizar os sentimentos negativos, o estresse e melhorar o estado físico e mental dos seres humanos são a meditação e massagens de relaxamento.

A escolha da técnica de meditação baseou-se por ser caracterizada como o treino da atenção plena à consciência do momento presente e estar associada ao melhor bem-estar físico, mental e emocional. Os efeitos da meditação sentada ou deitada e de maneira silenciosa vêm sendo investigada em diversos contextos, como o campo da saúde mental e física, sendo estes, um dos principais modos de realizar essa prática⁴.

Deste modo, a questão de pesquisa que norteou a prática educacional assistencial considerou: Quais os sentimentos que emergem da prática da meditação pelos pacientes oncológicos?

Este projeto educacional assistencial teve como princípio, a humanização da assistência, e justifica-se pelo fato dos pacientes oncológicos estarem fragilizados física e psicologicamente frente as limitações impostas pelo câncer e seu tratamento.

É nesse cenário de conflitos e sentimentos ambíguos que o enfermeiro desenvolve sua prática, orientando a equipe de enfermagem para o desenvolvimento da assistência, elaborando os diagnósticos de enfermagem, planejando a intervenção, registrando e reavaliando o processo. Nesta tomada de decisão, no trabalho em equipe, no enfrentamento de situações em constantes mudanças é que o enfermeiro aplica formas terapêuticas e cuidados paliativos para que o ambiente se torne menos tenso para todos os envolvidos⁵.

Ao realizar cuidados paliativos o profissional se propõe em oferecer o conforto e alívio necessários para minimizar o sofrimento e a dor do paciente, ofertando desta maneira, qualidade de vida. Ao avaliar a presença

de dor e sofrimentos, o enfermeiro deve considerar os diferentes instrumentos disponíveis utilizados para realizar o cuidado, lembrando que a sua escolha depende da condição física, da idade e da condição de comunicação que cada paciente apresenta⁶.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Com o intuito de proporcionar aos pacientes oncológicos um ambiente acolhedor e humanizado através das técnicas de meditação e massagens de relaxamento, o presente estudo consiste em uma prática educacional assistencial desenvolvido como requisito parcial à certificação da disciplina de Estágio Curricular Supervisionado I, do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

O desenvolvimento da prática educacional assistencial teve como cenário o setor da Clínica Oncológica do Hospital Regional do Oeste (HRO) no município de Chapecó/SC – Brasil, composta por 47 leitos de internação. Contou com a participação ativa de pacientes em tratamento oncológico institucionalizados, acompanhantes e profissionais de enfermagem deste setor, sendo a prática educacional assistencial realizada em setembro de 2013.

Para o desenvolvimento da assistência de enfermagem, os acadêmicos utilizaram-se da prática da meditação guiada, que é realizada através da leitura de um texto, com fundo musical suave com sons de natureza e após o consentimento dos participantes, realizou-se uma massagem relaxante. Além disso, para os profissionais de enfermagem foi desenvolvida uma dinâmica, que abordava a questão do processo de perda, acontecimento frequente na área oncológica.

Após a abordagem dos pacientes e familiares, procedeu-se a entrega de uma lembrança com mensagens motivacionais.

Desejo que você...

Não tenha medo da vida, tenha medo de não vivê-la.
 Não há céu sem tempestades, nem caminhos sem acidentes.
 Só é digno do pódio quem usa as derrotas para alcançá-lo.
 Só é digno da sabedoria quem usa as lágrimas para irrigá-la.
 Os frágeis usam a força; os fortes, a inteligência.
 Seja um sonhador, mas una seus sonhos com disciplina,
 Pois sonhos sem disciplina produzem pessoas frustradas.
 Seja um debatedor de ideias. Lute pelo que você ama.

Augusto Cury

Que você seja alegre, mesmo quando vier a chorar.
 Que você seja sempre jovem, mesmo quando o tempo passar.
 Que você tenha esperança, mesmo quando o sol não nascer.
 Que você ame seus íntimos, mesmo quando sofrer frustrações.
 Que você jamais deixe de sonhar, mesmo quando vier a frassar.

Isso é ser feliz.

Augusto Cury

Esta prática educacional assistencial desenvolveu-se

com 43 acompanhantes e pacientes, também envolveu dez (10) profissionais de enfermagem da unidade de oncologia. Todas as etapas desta prática foram acompanhadas por docentes da UDESC, supervisores de estágio.

A análise dos resultados foi realizada por meio de discursos dos sujeitos, expressados verbalmente logo após a prática educacional assistencial.

Na organização da prática educacional assistencial, todos os acadêmicos buscaram o aprofundamento teórico acerca da meditação, massagem relaxante, dinâmicas e lembrança.

Na realização da meditação, todos os acadêmicos envolvidas com a prática educacional assistencial tiveram a oportunidade de conduzir a mesma, expressar seus sentimentos e interagir com os pacientes e acompanhantes envolvidos, bem como realizar a massagem de relaxamento. Atividades das quais foram registradas por fotos mediante consentimento dos participantes e acompanhadas pelos docentes

3. DESENVOLVIMENTO

Relato da prática educativa assistencial: implementação

Entendemos que os pacientes oncológicos bem como familiares e profissionais possuem um sentimento de impotência frente ao câncer. Esta prática educativa abordou o acolhimento, a fim de possibilitar a diminuição da tensão e fragilidade dos pacientes e acompanhantes.

No primeiro contato com as pessoas que estavam presentes no quarto os acadêmicos se apresentaram e expuseram a atividade que se tencionava realizar durante as aulas práticas e que esta consistia em uma meditação que traria benefícios para o seu bem-estar como o relaxamento do corpo e da mente, sentimento de paz interior, mostrando aos sujeitos que eles podem controlar a sua mente limpando-a e diminuindo o estresse diário.

Apesar de muitos participantes não conhecerem esta prática, se propuseram a realizá-la, mesmo sabendo que nas primeiras meditações encontrariam dificuldade e limitação da concentração.

Para o desenvolvimento da meditação foi preparado o ambiente (desligado as luzes, televisão e mantido o ambiente com pouca luminosidade) e solicitado ao indivíduo que permanecesse em posição confortável, que se concentrasse na mensagem e fechasse os olhos. Após todos estarem acomodados, uma música relaxante era colocada para auxiliar na meditação e deste modo iniciava-se a leitura da mensagem a qual apresentamos a seguir:

AUTOESTIMA

- *Feche os olhos e concentre-se no seu interior.*

- *Respire profundamente e sinta o ar entrando e saindo de seus pulmões.*
- *Agora, veja-se de pé, na margem de um lago de água brilhante, rodeado de montanhas.*
- *Caminhe lentamente para dentro do lago, até à água lhe chegar ao peito.*
- *Dobre os joelhos e flutue na água, deixando que a energia dela penetre em ti. A água te faz flutuar sem esforço.*
- *Imagine uma abertura em cima de sua cabeça e deixe que a água brilhante entre por ela, para que percorra todo o seu corpo, saindo pelos pés.*
- *Divirta-se no lago o tempo que quiser.*
- *Agora volte à terra e saia do lago.*
- *Ao seu encontro vem um senhor bem velhinho e sábio.*
- *Converse com ele e fale sobre seus sentimentos.*
- *Ele diz que você pode fazer a ele uma pergunta sobre algo que queeres muito saber.*
- *Faça a pergunta ele e ouça a sua resposta.*
- *Despeça-se do senhor.*
- *Aos poucos sinta o movimento da sua respiração.*
- *Sinta seus braços, suas pernas e abra seus olhos bem devagar.*

Posteriormente, os participantes puderam relatar sobre a sua experiência com a meditação, como podemos observar nas seguintes falas:

“Água no lago estava muito fria.”

“Energia positiva, pensamento positivo, a gente sempre tem o lado negativo, mas o positivo tem que ser maior.”

“Eu quase dormi”.

Percebe-se que muitos participantes realmente vivenciaram o momento e se deixaram levar por alguns instantes a outros pensamentos, entendendo que apesar da situação que se encontra, o pensamento positivo é um fator que contribui para o melhor enfrentamento da doença e mais fácil recuperação. Alguns pacientes relataram que ficaram tão relaxados que quase dormiram, sentindo-se muito bem e aliviados.

Em um momento da meditação era necessário que o participante fizesse uma pergunta sobre algo que ele quisesse muito saber. Era uma forma de eles encontrarem respostas para as suas dúvidas.

“Não consegui escutar a resposta”.

“Quem sabe com o tempo a gente ganhe a resposta”.

“Eu fiz uma pergunta e tive a resposta, queria saber qual o caminho para a felicidade. A felicidade está dentro de mim e o caminho para a felicidade é a gente quem faz”.

“A resposta praticamente vem da gente mesmo, a gente fica meio assim, mas a resposta vem na mente da gente”.

Alguns pacientes diziam não ter ouvido a resposta, enquanto outros encontraram a resposta para a sua pergunta. É importante entender que cada uma possui uma forma de interpretar o que lhe é imposto, entendendo que a resposta muitas vezes parte de si próprio, de um ser superior ou ainda que a vida se encarregará de dá-las no momento certo. E foi nesta visão que trabalhamos com os pacientes, de que para muitas coisas não existe uma explicação, simplesmente acontecem. Sendo que cabe a cada um procurar aceitar tais mudanças, pois somente assim seremos capazes de seguir em frente e superar os obstáculos.

Cada indivíduo encontra uma maneira de lidar com a dor e o sofrimento relacionado à doença, alguns a levam como uma punição, um fardo, outros acreditam que é um obstáculo a ser enfrentado. No entanto, quando o paciente está recebendo cuidados paliativos, entende-se que o cuidado está voltado para reduzir o sofrimento, pois entende-se que o prognóstico não é favorável. O sofrimento dos familiares é evidente, pois a ideia da perda de um ente querido é dolorosa e muitas vezes não é aceita. Nesta hora é perceptível a tensão, a tristeza, o estresse e o desânimo dos acompanhantes.

“Não consigo fechar os olhos, estou muito estressado.”

“A minha condição é diferente da dele, porque ele não acredita muito nessas crendices”.

A primeira acima é referida por um acompanhante de um paciente terminal, que veio a falecer no dia seguinte da realização da meditação.

No entanto, é perceptível como para muitos essa prática foi um modo de relaxamento, descontração e motivação.

“Eu estava me sentindo meio tonta da cabeça, mas agora estou me sentindo bem melhor”.

“Pra nós que estamos aqui é muito bom que vocês venham. A gente liga a TV mas as horas não passam e é bom esse momento de silêncio que deixa a gente mais leve, teria que ter toda a semana”.

“Nunca fiz isso, nunca tirei tempo pra isso mas foi muito bom, estou me sentindo mais leve e tranquila”.

Alguns pacientes demonstraram que depois da descoberta da doença, começaram a enxergar a vida com outros olhos, começaram a fazer coisas que antes não faziam, pois não davam tanto valor.

“Se você não tira tempo, passa o tempo todo trabalhando e não vê o tempo passar”.

“Passei a vida olhando para frente com aquela ânsia de conseguir as coisas e agora me deparo olhando

para trás. A vida é pra ser vivida”.

Posterior aos comentários sobre a meditação, foi perguntado se os participantes gostariam de receber uma massagem relaxante, após o consentimento dos mesmos, esta era realizada principalmente na área do rosto, cabeça, pescoço, mãos e ombros com duração aproximada de cinco minutos.

Nesta oportunidade os participantes puderam expressar seus sentimentos e agradecimentos ao grupo, como podemos identificar nas falas a seguir:

“Eu senti um alívio no corpo”.

“Quando vocês quiserem podem voltar para nos alegrar”.

“Guria por incrível que pareça por mais que foi pouco tempo, me fez bem até me passou a dor no braço”.

“Muito boa a iniciativa, pois a gente que fica aqui 21 dias é estressante por mais que tenha livro, revista, computador”.

“Estava me sentindo mal, agora eu estou bem melhor, a massagem é muito boa [...]”.

Percebemos nas falas que a prática da massagem possibilitou aos participantes um sentimento de bem estar, de alívio, e que por mais simples que seja o ato realizado, gera uma assistência diferenciada, a qual alega, transforma o ambiente e ao mesmo tempo é gratificante aos que a aplicam, qualificando o cuidado.

Vale ressaltar também que o estado emocional e físico bem como o momento em que se encontrava o tratamento, era um ponto fundamental para a escolha da participação ou não da atividade por parte do paciente, visto que em uma oportunidade percebemos a resistência, não por recusar a massagem, mas pelo seu estado de saúde-doença, neste caso, relacionada à perda do cabelo e pelo lado psicológico afetado em que a paciente se encontrava.

Após interação com os pacientes e familiares sentimos a necessidade de abordar também os profissionais do setor, por caracterizar que estes têm um papel crucial no tratamento oncológico e deste modo são afetados também ora pela dificuldade no tratamento ora pela perda do paciente. Foi optado inicialmente pela realização de uma dinâmica que abordasse o processo de perda, instigando os mesmos a aceitar essa fase e lembrar o quão importante é o seu trabalho, seu esforço e dedicação no atendimento do paciente e família.

Com o decorrer da dinâmica os profissionais foram instigados a falar sobre um paciente que marcou a sua vida profissional, deste modo, percebe-se que apesar dos profissionais aceitarem a perda dos pacientes eles estão guardados em sua memória, e são lembrados com carinho. Foi possível analisar que os pacientes marcantes

são pacientes jovens, que tiveram sua “trajetória interrompida”, ou seja, em pacientes que os profissionais acreditavam que eles tinham algo para fazer ainda, porém o seu cuidado e sua assistência não foram suficientes para impedir à morte.

Cuidado de enfermagem na oncologia

O mundo contemporâneo tem se afastado da ideia e do fundamento humano. Cada um luta por si, busca para si e vive por ele próprio. O individualismo tem sido palco da história da sociedade moderna, da qual o outro é visto como alguém indiferente a nós, imutável e dispensável.

No entanto Aristóteles (384 a.C.-322 a.C.) define o ser humano como uma criatura fundamentalmente social, e como tal deve viver com o outro⁷. Christoph Wulf (2005) em seu livro *Antropologia da Educação* menciona que “o outro é inelutável para todo o sujeito social e em todas as sociedades”, ou seja, todo o indivíduo tem necessidade do outro, sendo este o complemento do eu, que compõem o seu universo⁸.

Wulf (2005)⁸ acrescenta que cada Ser possui uma interpretação específica da realidade a partir das experiências vividas, e deste modo há a formação de uma realidade plural. Diante disso é necessário que as concepções do mundo devam ser consideradas como possibilidades.

Você deve estar se perguntando aonde nós queremos chegar com isso. Pois bem, se um ser necessita do outro no convívio social, mas estes apresentam significantes diferenças, o que é necessário para que ocorra a visão de pluralidade cabível ao indivíduo ou grupo social, que é extremamente necessária para permitir a experiência com o outro?

Se existe uma resposta, poder-se-ia dizer que o comportamento Humano é o mais adequado para tal fim. Humano, é definido como aquilo que é relativo ao homem, que é próprio do homem. Ou seja, é necessário que se encontre a verdadeira essência humana para que então se tenha um olhar benevolente e se conceda o homem como centro das preocupações.

Devido ao contexto social em que está inserido e pela relação que deve ocorrer entre sujeitos singulares, muitas vezes a humanização é associada aos serviços públicos de saúde⁹.

Poderíamos dizer que a humanização da atenção à saúde baseou-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos, da qual em seu artigo 1º refere que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. São dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”¹⁰.

A humanização deve ser vista como um instrumento de gestão, em vista de que garante a qualidade do atendimento, atende as demandas biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo, bem como viabiliza a integração e

o diálogo entre a equipe multiprofissional, devendo ser fundamentada no respeito da fragilidade e diferença humana e sabendo que na relação entre profissional e paciente, podem surgir emoções que devem ser conduzidas através do sentimento de compromisso e benevolência⁹.

No entanto, autores afirmam que há grandes dificuldades enfrentadas pelo profissional da saúde para praticar o cuidado integral e humanizado, sendo que uma dessas barreiras que impede o cuidado mais “humano” é a falta de reconhecimento do indivíduo como coparticipante do seu próprio processo de tratamento e reabilitação¹¹.

Em estudo bibliográfico realizado 2005,¹² foram analisados 42 artigos referente à humanização, diversas são as causas que geram as situações “dezumanizantes”, podendo ser citadas: as falhas no atendimento e situações precárias de trabalho (associadas com as longas esperas nas filas, adiamentos de consultas e exames, ausência de regulamentos e normas, deficiência de equipamentos e da estrutura física); a relação com o anonimato do doente (a despersonalização do indivíduo, a carência de privacidade, a falta de informações e do preparo psicológico e de ética profissional) e as condições adversas de trabalho para os profissionais (baixos salários, sobrecarga de tarefas, jornada dupla/tripla de trabalho).

Todos esses fatores acabam influenciando na assistência de qualidade e humanizada ao paciente, e além desses motivos, estudo¹² cita que através da técnica o homem consegue realizar e criar coisas novas no campo das ciências e tecnologias, modificando a relação do homem com o mundo, tornando-se indireto e abstrato, pois os aparelhos e cálculos comandam. Isso aumenta os riscos do relacionamento entre os homens também tornar-se calculista, formulados, frio e desumano.

No final dos anos 90, ocorreu uma ampliação nas propostas de políticas governamentais referentes a este tema na atenção à saúde¹³.

Assim, em 2001 o Ministério da Saúde formulou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAHA)¹⁴ que propõe um conjunto de ações integradas com o objetivo de alterar os padrões de assistência aos usuários de hospitais públicos, bem como aprimorar as relações entre o profissional de saúde e o usuário. O Programa enfocava a necessidade de ocorrer uma transformação no ambiente hospitalar, mediante o atendimento humanizado ao usuário, que por sua vez resultaria em mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, para provocar benefício tanto aos usuários-clientes quanto dos profissionais e desta maneira proporcionar maior qualidade e eficácia das ações desenvolvidas.

O PNAHA (2001)¹³ também propôs a valorização da formação educacional dos profissionais de saúde com o intuito de agregar valores e atitudes de respeito à vida

humana, através da compreensão de que a qualidade no contexto da saúde deve ser constituída de competência técnica e de interação, não se resumindo somente a aspectos técnicos ou organizacionais.

Porém, a fim de difundir a humanização para além do âmbito hospitalar, o Ministério da Saúde fez uma nova proposta, formulando a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – Humaniza SUS. Esta política pretende ter um caráter transversal, que é entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que expressam em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, através da participação coletiva¹⁴.

A PNH define a humanização como o aumento do grau de corresponsabilidade dos diferentes profissionais envolvido na produção de saúde e que constituem a rede do Sistema Único de saúde (SUS), implicando em mudanças na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho, tendo como padrão a formação de vínculo entre os usuários e seus familiares, estimulando-os a participar do sistema de saúde e do controle social de maneira ativa. E, além disso, favorecer melhores condições para que o profissional consiga realizar seu trabalho de maneira digna¹⁵.

Deste modo, surge uma nova proposta no Humaniza-SUS, que incorpora ao conceito de humanização, além dos direitos dos usuários, os direitos também do profissional “cuidador”, que implica na melhora das condições organizacionais e estruturais dos serviços como meios de proporcionar medidas humanizadoras.

A PNH (2004)¹⁴ enfatiza diretrizes específicas para práticas humanizadoras em cada nível de atenção, como na atenção especializada que refere a necessidade em garantir agenda extraordinária em função da análise de risco e das necessidades do usuário; estabelecer critérios de acesso, identificados de forma pública, como a efetivação de protocolos de referência e contra referência; aprimorar o atendimento ao usuário, incluindo ações multiprofissionais para diagnósticos, tratamentos terapêuticos e de reabilitação e formular protocolos clínicos, para a cessação de intervenções desnecessárias, respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

Sendo assim a Humanização como política, deve demonstrar princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde que constituem o SUS. Refletindo a troca de saberes, diálogo entre os profissionais, maneiras de trabalhar em equipe, considerando as necessidades sociais, desejos e interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde¹⁵.

A humanização só é possível dentro de uma instituição a partir do momento que seus gestores fazem dela mais que uma utopia, mas um modelo de fazer gestão¹⁶. Apenas boas intenções e programas restritos a particula-

ridades “não sustentam a humanização como processo transformador”. Sendo que as ferramentas asseguradoras desse processo são a informação, a educação permanente e a gestão participativa.

Em dezembro de 2005, foi instituída uma nova Política de Atenção Oncológica, mediante princípios do SUS, promovendo a descentralização do sistema e a valorização de equipes e serviços. Todo este foco, com objetivo de integralizar e humanizar a atenção oncológica¹⁷.

Desta forma, é fundamental a abordagem multiprofissional e interdisciplinar, integrando a equipe em si e em consonância com os usuários. Com o intuito de superar a fragmentação da atenção, unificando as ações dos variados profissionais, que por mais que atuem com qualidade individualmente promovem a duplicidade e não fomenta um processo contínuo de tratamento, não interliga as ações prestadas, tornando-as assim, menos eficaz¹⁷.

Com a implementação da Política de Atenção Oncológica, favoreceu-se as ações interdisciplinares, as discussões de casos clínicos, o que qualifica o tratamento. Em contrapartida auxilia também na questão da gestão compartilhada, pela percepção da necessidade da atenção ao cuidador e não somente ao paciente¹⁷.

Como o câncer é uma patologia complexa, com tratamentos diferenciados o impacto destas da política de humanização na atenção oncológica, tanto para os pacientes como para os familiares possui grande impacto, pois possibilita o compartilhamento de saberes e também possibilita a formação de laços solidários entre todos os profissionais com os usuários, visto que estes estão frágeis e vulneráveis¹⁷.

A Oncologia é uma área que necessita de assistência intensa durante todo processo de tratamento deste modo requer dos profissionais, principalmente no âmbito da enfermagem maior habilidade de relacionamentos e afetividade, pois deve-se levar em consideração não somente a patologia do paciente mas sim, cada singularidade do usuário¹⁷.

Ao atuar com paciente oncológicos, os profissionais encontram-se diretamente ligados com o sentimento de dor, impotência, enfrentamento, finitude além de morte e medos. O tratamento oncológico pode gerar efeitos colaterais de caráter físico e emocional, o que pode levar a uma desesperança de pacientes e familiares em relação ao prognóstico da doença. Essas reações requerem dos profissionais a habilidade de enfrentamento para permear a assistência¹⁷.

Alguns autores¹⁸⁻¹⁹ afirmam que a humanização na área da saúde, sobretudo a enfermagem, se caracteriza como um processo contínuo e permeado por uma reflexão diária da equipe sobre o cuidado, para esse fim, é necessário o uso de estratégias as quais possibilitem uma verbalização de sentimentos para auxiliar consequentemente no tratamento do indivíduo.

Por conseguinte, considera-se que para o desenvolvimento no planejar do cuidado em enfermagem, seja enfatizado na prescrição o acolhimento, para que o usuário seja ator de sua própria recuperação e que através da colocação de suas angústias, anseios, culturas saberes e gratificações seja possível o auxílio no seu processo de tratamento. E a enfermagem se torna importante nesta atenção pelo fato de ser uma equipe de referência diária para esses pacientes e familiares¹⁷.

Devemos enquanto profissionais da saúde, relembrar o real significado da palavra humanização, e aplicá-la de maneira concreta, afinal, a enfermagem é a arte do cuidado com o outro. A academia tem o dever de auxiliar no desenvolvimento de práticas que estimulem a humanização, a prática de cuidado com outro, a empatia pelo próximo.

Atualmente o cuidado deve ser realizado de forma integral, levando em consideração os aspectos espirituais, emocionais, psicossociais e afetivos como pré disponentes que afetam o processo de saúde-doença. Nesta visão, os países ocidentais estão “(re)descobrimdo” as terapias alternativas como métodos de auxiliar o indivíduo no seu processo de adoecimento e cura²⁰.

Um dos métodos que pode ser aderido para a prática da assistência integral humanizada é a realização da meditação, como meio acolhedor que proporciona diversos benefícios biopsíquicos.

A ciência está descobrindo cada vez mais os benefícios acarretados pela meditação, que vão muito além do relaxamento do corpo e mente. As religiões ocidentais já sabem desses benefícios há mais de 2.500 anos, no entanto somente agora buscou-se entender esse impacto no organismo do homem. Teve seu nascimento na Índia e a partir daí foi então difundida na Ásia e agora está espalhada por todo o planeta, porém até a década passada não se contava com respaldo médico²¹.

A meditação é uma prática que auxilia na redução do estresse, ansiedade, controla a respiração e eleva a concentração, bem como proporciona o relaxamento mental e físico do praticante. A divulgação da meditação se dá pelo motivo de que ela engloba o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades mentais, cognitivas e emocionais dispondo de benefícios no que tange as relações intra e interpessoais. Esta prática tem sido bastante estudada na linha da psicologia cognitiva, caracterizando-se pela interpretação dos fatos, tendo por finalidade educar a mente^{4,22}.

A prática meditativa pode ser dividida em duas formas principais: a concentrativa quando a atenção é voltada para algum foco, como a respiração um som ou pode ser mindfulness que é distinguida pela consciência da experiência do momento presente, com uma atitude de aceitação, nenhum tipo de elaboração ou julgamento é utilizado. Na dimensão que estímulos externos e/ou internos alcançam a consciência do praticante, este sim-

plesmente os observa e, assim como surgiram, deixa-os sumir, sem qualquer reflexão⁴.

A meditação pode influenciar no funcionamento de algumas áreas do cérebro bem como no equilíbrio do organismo como um todo. Está prática pode ser desenvolvida por diversas técnicas, distinguindo-se da duração do método (silêncio, entoando mantras...), no entanto indiferente do método utilizado os benefícios são parecidos como o aumento da atenção e concentração, coordenação motora, memória, também atua sobre a amígdala que regula as emoções e acelera o funcionamento do hipotálamo que é responsável pela sensação de relaxamento²¹.

Dormir também é um método de repouso. No entanto quando se fala de meditação, essa prática é mais repoussante, pois quando uma pessoa está meditando ela consome seis vezes menos oxigênio que uma pessoa que está dormindo²¹.

Os praticantes ativos da meditação a mais de dez anos têm diminuição de alguns hormônios como a adrenalina e cortisol que estão associados a distúrbios como ansiedade, déficit de atenção e hiperatividade e estresse e aumentam a produção de endorfinas que estão associadas a sensação de felicidade e bem estar. Dentre os seis principais benefícios da meditação são eles a redução do estresse, melhoria do sistema cardiovascular, insônia e distúrbios mentais, alívio da dor, reforço do sistema imunológico, melhoria da concentração²¹.

4. CONCLUSÃO

O desenvolvimento desta prática educacional assistencial acerca da humanização sinaliza uma interessante possibilidade de intervir no processo de internação dos pacientes oncológicos, bem como possibilitar subsídios de enfrentamento da doença para familiares e profissionais, pois acredita-se que os mesmos são afetados diretamente pelo seu sentimento de impotência diante da doença.

A ação permitiu a troca de experiências fomentando a reflexão crítica entre o meio acadêmico e o cenário oncológico. Porém vale ressaltar que mais aprendemos do que ensinamos.

Como facilidade na realização do trabalho, foi principalmente a aceitação e receptividade por partes dos participantes, que o fato de não serem conhecedores desta prática não se tornou um empecilho para negar-se a participar. Por mais que o estado físico e emocional estivesse afetado, todos concordaram com a prática e mostraram-se satisfeitos e motivados com a iniciativa do grupo.

Percebemos momentos de dificuldades frente a realização da prática neste setor, pelo fato da aplicação do tratamento quimioterápico, pois durante o relaxamento e meditação ocorreram a entrada de profissionais nos quartos para instalação da medicação, o que dispersava

os participantes, afetando a concentração e a imaginação frente a mensagem conduzida.

O enfermeiro que atua na oncologia está em contato direto e intenso com pacientes e familiares, o que facilita a formação de vínculos, fomenta a re-elaboração de sentimentos e implementa práticas de cuidado. É necessário que o enfermeiro esteja preparado para atuar de forma acolhedora e humanizada, possibilitando maior qualidade na atenção e condições para o enfrentamento do câncer. O relato de pacientes e acompanhantes expressam que embora afetados emocionalmente pelo enfrentamento da doença, se utilizam do profissional como subsídio e como referência em seu tratamento.

REFERÊNCIAS

- [1] Diefenbach GDF. Dor em oncologia: percepção da família da criança hospitalizada. 131p. Universidade Federal do Rio Grande de Sul. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre. 2011.
- [2] Silva T. Avaliação da dor em pacientes oncológicos. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011, jul/set.
- [3] Almeida AM. Admissão Hospitalar de Mulheres com Câncer de Mama: O papel da Enfermagem. Psicol Argum. Curitiba, 2009.
- [4] Menezes CB, Dell'Laglio, D. D. Por que meditar? a experiência subjetiva da prática de meditação. Psicologia em Estudo. Maringá. 2009; 14(3):565-73. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a18.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2013
- [5] Barranco E, Moreira MC, Menezes MFB. O Líder de Enfermagem em Unidades Oncológicas: Intervenções da Subjetividade na Organização de Espaços Saudáveis de trabalho. Revista Brasileira de Cancerologia. 2010; 56(2):213-8.
- [6] Fernandes MA, *et al*. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. Ciênc. Saúde Coletiva [online]. 2013; 18(9):2589-96.
- [7] Chalita G. Vivendo a filosofia. 3. ed. São Paulo: Ática, 2006. 424 p.
- [8] Wulf C. Antropologia da educação. Tradução de Sidney Reinaldo da Silva. Campinas, São Paulo: Alínea, 2005; 212. (série Educação em debate).
- [9] Rios IC. Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea, 2009a; 182. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/CAMINHOS_DA_HUMANIZACAO_NA_SAUDE.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.
- [10] Brasil. Declaração Universal Dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_univers_al.htm>. Acesso em: 14 out. 2013.
- [11] Silva JLL, *et al*. Reflexões sobre a humanização e a relevância do processo de comunicação. Informe-se em promoção da saúde. 2007; 3(2):09-11. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/human.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2013.
- [12] Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2005; 13(1):105-11. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2013.
- [13] Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Revista Saúde e Sociedade. 2004; 13(3):30-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/04.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2013.
- [14] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. Série Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>
- [15] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf>
- [16] Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Revista Brasileira De Educação Médica, v. 33, n. 2, 2009b; 253-61. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2013.
- [17] Brasil. Instituição Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rev. Atual. Amp. 3ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- [18] Costa CA, Lunardi Filho WD, Soares NV. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF). 2003; 56(3):310-4.
- [19] Mariutti MG, De Almeida AM, Panobianco MS. O cuidado de enfermagem na visão das mulheres em situação de abortamento. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto. 2007; 15(1):20-6.
- [20] Galli KSB, *et al*. Saúde e equilíbrio através das terapias integrativas: relato de experiência. Revista de Enfermagem. 2012; 8(8):245-55. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/491>>. Acesso em: 21 nov. 2013
- [21] Cordeiro T. Saúde. Meditação ganha, enfim, aval científico. Revista Veja [online]. 2013. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/meditacao-ganha-enfim-aval-cientifico>>. Acesso em: 20 nov. 2013
- [22] Menezes CB, Fiorentin B, Bizarro L. Meditação na universidade: a motivação de alunos da UFRGS para aprender meditação. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP. 2012; 16(2):307-15. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v16n2/a14v16n2.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2013

