

IMPACTO NA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS, AOS PACIENTES INTERNADO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, NO SETOR DE ONCOLOGIA, APÓS PROGRAMA DE TREINAMENTO COM A ENFERMAGEM

IMPACT ON QUALITY OF SERVICES, TO PATIENTS BY SINGLE SYSTEM, HEALTH SECTOR OF ONCOLOGY, AFTER TRAINING PROGRAM WITH NURSING

ROUSE CRISTINA STEFANELI^{1*}, NILTON CAVALARI²

1. Assistente Social pela FECEA – Faculdade de Ciências Econômicas, Apucarana-PR, trabalho apresentado no Curso de Gestão Hospitalar pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC) Curitiba, em parceria com o Programa HOSPUSUS do Governo do Estado do Paraná, e FEMIPA (Federações das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos); 2. Mestre pela UEL (Universidade Estadual de Londrina), Ex Professor da Universidade Estadual de Londrina, (UNOPAR) Universidade Norte do Paraná e (UNIPAR) Universidade Paranaense, Professor de Residência Médica do Hospital Regional João de Freitas.

* Hospital Regional João de Freitas. Rodovia PR 218 KM 01, Arapongas, PR, Brasil. CEP: 86702-000. servicosoci-al@hospitaljoaodefreitas.com.br

Recebido em 19/09/2013. Aceito para publicação em 13/05/2013

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um diagnóstico da qualidade dos serviços de enfermagem prestados aos pacientes oncológicos internados pelo Sistema Único de Saúde, em um hospital geral de grande porte da região norte do Paraná. Apresenta o perfil etário e de instrução dos profissionais envolvidos no atendimento ao paciente oncológico. Evidencia a necessidade de treinamentos específicos aos profissionais da enfermagem. Aponta as áreas onde, no caso concreto, há maior necessidade de treinamento. Analisa os resultados obtidos por meio de pesquisa de campo antes e após a realização de treinamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização, qualidade, treinamento.

ABSTRACT

The present work it is a diagnosis of the quality of nursing services provided to cancer patients hospitalized at Health System, in a large general hospital in the northern region of Paraná. Presents the age profile and education for professionals involved in the care of cancer patients. Highlights the need for specific training for nursing professionals. Points out areas where, in this case, there is a greater need for training. It analyzes the results obtained through field research before and after the training sessions.

KEYWORDS: Humanization, quality, training.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo, identificar as dificuldades existentes, referente ao atendimento dos pacientes oncológicos, em um hospital geral de grande porte da região norte do Paraná, conveniado ao Sistema Único de Saúde.

Optou-se em desenvolver o presente estudo no setor de oncologia por tratar-se de um local onde atende pacientes e familiares em situação de vulnerabilidade, muitas vezes em fase terminal, de modo que faz-se necessário fortalecer as ações de humanização visando à melhoria do atendimento prestado e visando o bem estar psicológico dos funcionários, especialmente da área de enfermagem que acompanha o paciente durante todo o seu tratamento.

“A Cartilha da Política Nacional de Humanização¹, traz que a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Essa é uma conquista do povo brasileiro. Toda conquista é, entretanto, resultado e início de outro processo. Em 1988, votamos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com ele afirmamos a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. Com ele também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade¹.

Para Mendes, 2001² a humanização hospitalar como expressão da ética requer, em suma, a prévia formulação de políticas organizacionais e sociais justas que consi-

derem os seres humanos e seus direitos. Desta forma, Backers *et al.* (2006)³ nos diz que isso significa valorizar a humanidade no trabalhador, favorecendo o desenvolvimento de sua sensibilidade e competência, com mudanças nas práticas profissionais, de modo a reconhecer a singularidade dos pacientes, encontrando, junto a eles, estratégias que facilitem a compreensão e o enfrentamento do momento vivido.

Através do presente trabalho buscou-se diagnosticar as principais dificuldades da equipe de enfermagem durante o atendimento ao paciente oncológico e sugerir ações que pudessem melhorar o trabalho dos funcionários.

Segundo Mezomo (1001)⁴, Selli (2003)⁵, apud Backers *et al.* (2006)³ a humanização, como espaço ético, requer, então, o fomento de relações profissionais saudáveis, de respeito pelo diferente, de investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições, além do reconhecimento dos limites profissionais. Nesse processo, o profissional, possivelmente, terá condições de compreender sua condição humana e sua condição de cuidador de outros seres humanos, respeitando sua condição de sujeito, sua individualidade, privacidade, história, sentimentos, direito de decidir quanto ao que deseja para si, para sua saúde e seu corpo. O verdadeiro cuidado humano prima pela ética, enquanto elemento impulsionador das ações e intervenções pessoais e profissionais, constituindo a base do processo de humanização.

Assim foram aplicados questionários, desenvolvidos treinamentos e os resultados obtidos serão analisados.

Fundamentação teórica

Conforme Pessini (2002)⁶, estudos realizados nas unidades de cuidados paliativos e câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que 4,5 milhões de pacientes em países em desenvolvimento e desenvolvidos morrem anualmente sem receber tratamento da dor e sem que lhes sejam considerados outros sintomas tão prevaletentes quanto à dor e que também causam sofrimento.

Recentes estatísticas conforme Pessini (2002)⁶ estimam que mais de 90% da dor pode ser aliviada, geralmente por meio de drogas. O desafio, para médicos, é identificar acuradamente a necessidade de cuidar da dor e usar as técnicas para o seu controle. Na verdade, há muito a ser feito nesta área do controle, administração e alívio da dor. O sofrimento sentido na fase terminal da doença é muito mais que físico. Ele afeta não somente o conceito de si próprio, mas também o senso global de sentir-se conectado com os outros e com o mundo. Este sofrimento psicossocioespiritual pode ser sentido como uma ameaça para o paciente em relação ao sentido da vida, perda de controle, enfraquecimento da relação com

os outros, uma vez que o processo do morrer intensifica o isolamento e interrompe as formas ordinárias de contato com os demais. Os pacientes em estado terminal frequentemente têm sentimento de impotência, desesperança e isolamento. Assim um plano adequado para lidar com este sofrimento psicossocioespiritual deve enfrentar esta realidade.

Considerando-se a complexidade do cuidado com o paciente oncológico:

Talvez o remédio mais eficaz em termos de cura seja a qualidade do relacionamento mantido entre o paciente e seus cuidadores, e entre o paciente e sua família. A qualidade curadora da relação terapêutica pode ser facilmente enfraquecida ou ameaçada quando reações emocionais (negação, raiva, culpa e medo) sentidas pelos pacientes, famílias ou cuidadores não são adequadamente trabalhadas. É claro que está no coração da relação terapêutica entre paciente e cuidadores o cuidado das necessidades de relação e sentido, bem como de uma comunicação honesta e verdadeira⁷.

Já nas palavras de Bettinelli *et al.* (2003)⁸, apud BOFF, 1999⁹, o cuidado humano não deve ser tratado como uma intervenção sobre o paciente. Eis a sua afirmação: (...) a relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito. Experimentamos os seres humanos como sujeitos, como valores, como símbolos. E segue dizendo que a relação de cuidado, não é de domínio sobre, mas de convivência, não é pura intervenção, mas interação... cuidar é entrar em sintonia com (...).

De outra forma, Bettinelli *et al.* (2003)⁸, apud Frankl (2000)¹⁰, traz indagações sobre os cuidados no contexto hospitalar, desta forma questiona qual seria o significado da vida e do ser humano, uma vez que segundo ele o ser humano é fundamentalmente, um ser em busca de um sentido ou significado para sua vida, mesmo em situações difíceis, como nas doenças graves ou terminais, a consciência estimula buscar ainda este significado. Frank, diz que a convicção de que o cuidado prestado é resultante da dimensão e da importância, que a existência humana tem para cada profissional.

Conforme Bettinelli *et al.* (2003)⁸ apud Pessini (2002)⁶, diz que o grande desafio dos profissionais da saúde é de cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação a sua dor e seu sofrimento na dimensões: física, psíquica, espiritual e social, com competência tecnocientífica e humana.

Pessini (2002)⁶, revela que a dimensão física, é a facilmente observada quando presente. Surge de um ferimento, de uma doença ou da deteriorização progressiva do corpo, no idoso e no doente terminal, impedindo o funcionamento físico e o relacionamento com os outros. No nível físico, a dor funciona como um alarme de que algo está errado no funcionamento do corpo. Contudo, como a dor física afeta a pessoa na sua globalidade de ser, ela pode facilmente ir além de sua função como um

sinal de alarme. A dor severa pode levar a pessoa, por vezes, a pedir a própria morte. A dimensão psíquica é a dimensão do sofrimento que pode ter múltiplos fatores causais num capítulo de alta complexidade na área da saúde mental. Entre inúmeras situações críticas que podem desencadear sofrimento psíquico, lembramos o enfrentamento da própria morte. Brotam sentimentos caracterizados por mudança de humor, sentimento de perda do controle sobre o processo de morrer, perda de esperanças e sonhos ou necessidade de redefinir-se perante o mundo. A dimensão social é a dimensão do sofrimento marcada pelo isolamento, criado justamente pela dificuldade de comunicação sentida no processo do morrer. A presença solidária é fundamental. A perda do papel social familiar é também muito cruel. Por exemplo, um pai doente torna-se dependente dos filhos e aceita ser cuidado por eles. A dimensão espiritual Surge da perda de significado, sentido e esperança. Apesar da aparente indiferença da sociedade em relação ao “mundo além deste”, a dor espiritual está aí. É quando o doente confia ao seu conselheiro espiritual: “dói a alma”. Precisamos de um sentido e de uma razão para viver e para morrer. Em recentes pesquisas nos Estados Unidos, ficou evidenciado que o aconselhamento em questões espirituais situa-se entre as três necessidades mais solicitadas pelos que estão morrendo e seus familiares.

De acordo com Bettinelli *et al.* (2003) apud Pessini (2002)⁶: quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna-se um radar de alta sensibilidade, se humanizando no processo e para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance o e o privilégio de crescer em sabedoria. Esta sabedoria nos coloca na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um dom a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom a ser vivido e partilhado solidariamente com os outros.

2. MATERIAL E MÉTODOS

No desenvolvimento do presente trabalho foi utilizada pesquisa de campo, com fontes primárias, corte transversal, quanti-qualitativa. Participaram 18 (dezoito) enfermeiros que atendem no setor de oncologia de um hospital geral de grande porte, localizado na região norte do Paraná.

O instrumento para a coleta dos dados foi o questionário, com perguntas abertas e fechadas, aplicadas aos profissionais de enfermagem, que trabalham na assistência do paciente oncológico, pelo fato da população ser pequena, considerando toda para efeito de cálculo usando margem de erro de 5%.

Através das questões, foi traçado o perfil dos profissionais em estudo, objetivando conhecer sua realidade enquanto profissional da área de saúde, e também identi-

ficar as dificuldades destes profissionais na assistência aos pacientes internados no setor de oncologia, através das respostas apresentadas será elaborado um treinamento focando melhorias na qualidade do atendimento prestado a esses usuários, logo após o treinamento foi feita uma análise estatística dos dados através dos dados levantados, e apresentados através de gráficos, com a discussão dos resultados.

Foram aplicados 03 questionários pilotos, com enfermeiros do setor, cuja pesquisa irá se desenvolver serviu como base para melhorar a estrutura do mesmo, foi acrescentado alguns questionamentos, que serviram de subsídio para esta pesquisa.

Após aplicação do questionário piloto foram aplicados 06 questionários, para avaliação dos mesmos em relação à assistência ao paciente oncológico.

Deste modo identificou-se, que 46% dos enfermeiros afirmaram ter dificuldade na assistência ao paciente oncológico, sendo que apenas 9% responderam que não possui tal dificuldade.

Diante deste diagnóstico foi proposto a realização de treinamentos com equipe, abordando temas inerentes à assistência de enfermagem, que pudessem agregar valores às práticas diárias da enfermagem, na tentativa de minimizar as dificuldades relatadas pelos profissionais.

É importante ressaltar que os próprios profissionais manifestaram a preocupação com o aprimoramento, em agregar mais conhecimento, visando melhorar a qualidade do trabalho.

Assim, foram realizados treinamentos abordando os seguintes temas: humanização do paciente oncológico; fases emocionais e cuidados paliativos do paciente oncológico.

Foi realizada nova coleta de dados, após a realização dos treinamentos, onde foram aplicados 09 questionários para avaliar os resultados obtidos.

Foram aplicados 6 (seis) questionários respondidos por 03 técnicos de enfermagem, 02 enfermeiros assistenciais e 01 auxiliar de enfermagem (Figura 1).

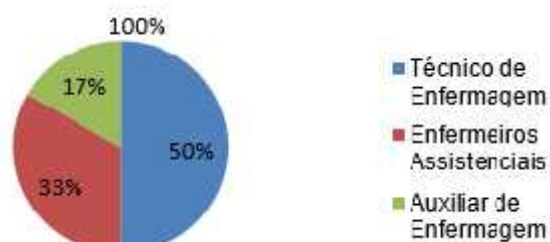


Figura 1. Sujeitos da pesquisa

Destes, 04 possuem entre 30 a 40 anos e 02 acima de 40 anos (Figura 2). Em se tratando da formação profissional, 02 possuem de 01 a 2 anos de formação profissional, e 04 acima de 05 anos de formação profissional (Figura 3). Dois possuem especialização, um possui es-

pecialização na área de saúde pública, o outro na área de enfermagem do trabalho. Sobre o tempo de atuação na instituição 01 possui menos de 01 ano, 02 possuem de 01 a 02 anos de trabalho; 03 possuem acima de 5 anos de trabalho (Figura 4).

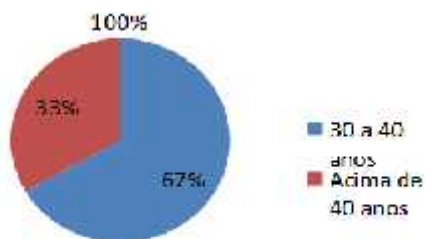


Figura 2. Faixa etária dos entrevistados.



Figura 3. Tempo de formação profissional

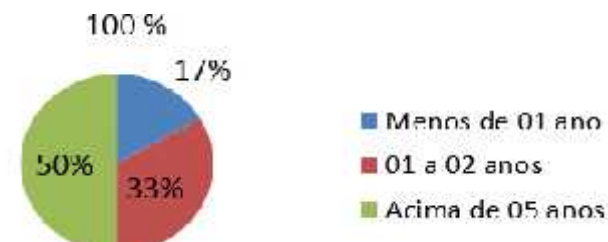


Figura 4. Referente ao tempo de atuação na Instituição.

Quando questionado em relação à dificuldade na assistência ao paciente oncológico, 05 responderam que sim e 01 respondeu que não possui dificuldades, um relatou desconhecer os cuidados e a medicação, relatou sentir a necessidade de se aprofundar e estudar sobre o assunto; para obter mais conhecimento; dois relataram dificuldade com a bomba de infusão; 02 disseram sim, mas não relataram a dificuldade que possuem em relação à assistência com o paciente oncológico (Figura 5).

Dos sujeitos que participaram da pesquisa, 04 informaram que receberam orientações focando a assistência ao paciente oncológico, 03 sobre manutenção de cateter e 01 sobre cuidados especiais (Figura 6).



Figura 5. Referente à dificuldade em relação à assistência da enfermagem com o paciente oncológico.



Figura 6. Orientações recebidas.

Foi questionado se os mesmos possuem dificuldades na questão do relacionamento familiar do paciente oncológico: 01 respondeu que sim, relatou a importância de serem cautelosos as dúvidas e cuidados com os familiares dos pacientes oncológicos, 05 responderam que não possuem dificuldades neste sentido (Figura 7).

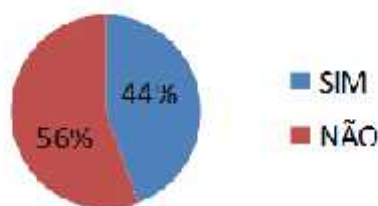


Figura 7. Dificuldade no relacionamento com familiares.

Referente a dificuldades em relação à equipe de saúde envolvida no atendimento do paciente oncológico, todos responderam que não possuem dificuldades.

Caso haja dúvidas ou dificuldade na assistência qual é seu ponto de apoio na busca de solução: 02 responderam que é o seu supervisor, 03 responderam que é a enfermeira responsável pelo setor, 03 disseram que falam com os médicos e um relatou não possuir dificuldades.



Figura 8. Dificuldade em relação à equipe envolvida com o paciente oncológico.

Verificou-se que a maioria dos entrevistados possui dificuldades em relação à assistência ao paciente oncológico, e manifestam necessidade de aprofundar seus conhecimentos. Quando ocorrem dúvidas recorrem à equipe sem dificuldades de interação.

Com base nos resultados apresentados acima, foram realizados os treinamentos entre os dias 22 a 24 de outubro de 2012, onde foram abordados os seguintes temas: fases emocionais do paciente oncológico; cuidados paliativos (Assistência de Enfermagem ao Paciente Oncológico).

gico) e Cuidados paliativos.

Foram aplicados 09 questionários para avaliação e impacto do treinamento em relação à assistência ao paciente oncológico.

Quando questionados em relação à participação no treinamento, e o que o mesmo acrescentou para você em relação à assistência ao paciente oncológico. 01 entrevistado disse que não participou do treinamento; 08 entrevistados responderam que sim, participaram do treinamento, em relação ao que o treinamento acrescentou: relataram que: “eu sabia muito pouco sobre esses pacientes, na verdade eu só sabia o que vivi, tive dois casos na família”; “cuidados paliativos com os pacientes”; “que devemos dar mais atenção no que esses pacientes dizem, porque para eles está atenção faz muita diferença”; “que devemos nos atentar para que os cuidados paliativos sejam melhores”; acrescentou mais sabedoria para lidar com pessoas oncológicas”; “para nós que estamos do outro lado da história foi bom, pois foi esclarecido pontos sobre o estado psicológico do paciente e as fases da doença”; na forma de lidar com o paciente, amenizando as suas dores, através da atenção e suas queixas e proporcionando conforto.

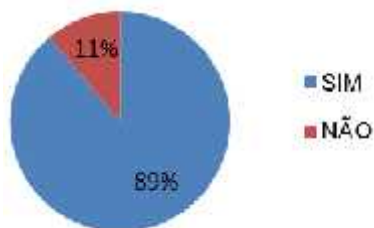


Figura 9. Referente aos entrevistados que participaram do treinamento.

Analisando os resultados obtidos por meio dos questionários, após a realização dos treinamentos, é possível verificar a importância da capacitação para o profissional, que agrega valores e facilita no desempenho das tarefas rotineiras.

No tocante ao atendimento ao paciente oncológico os profissionais da área da enfermagem destacaram a importância do conhecimento das ações de humanização, pois segundo relataram, “muitas das vezes os pacientes nos falam por gestos e gemidos”. Por isso a necessidade e compreensão da humanização, no tratamento com o paciente oncológico.

3. REFLEXÃO

Para uma assistência humanizada do paciente oncológico, é necessária uma interlocução entre os vários sujeitos envolvidos no processo, é necessário que o poder público, a comunidade, os diversos profissionais, as entidades Educacionais, falem a mesma língua e terem o mesmo compromisso e objetivo em comum: “cuidar de

vidas”. Ou seja, que não estejam somente preocupadas com os cuidados em relação à doença, mas sim que tenham a compreensão do sujeito em sua totalidade, profissionais que saibam: ouvir, compreender, dar atenção ao paciente em suas necessidades como um todo, não o tratando como sujeito-objeto e sim sujeito-sujeito.

Em relação ao papel do ensino e da interdisciplinaridade, conforme Bettinelli *et al.* (2003)⁸ dizem que:

Os determinantes históricos marcam fortemente a formação dos profissionais de saúde. O modelo de ensino ainda se assenta substantivamente no fator biológico do ser humano com preocupação na resolução dos problemas fisiológicos do paciente. O objeto de trabalho do profissional da saúde ainda é a doença. É em torno dela que são selecionados e elaborados os conhecimentos, com uma dicotomia marcante entre o ensino e a assistência.

Desta forma verifica-se que o papel do ensino e da interdisciplinaridade é fundamentalmente importante na formação e preparação dos profissionais de saúde, como podemos ver logo a seguir:

[...] a formação dos profissionais não deve ser só técnica, tem que compreender cultura, sistema e relação já que a atenção integral não se dará desqualificando a cultura das populações [...] a mudança na graduação deve envolver também domínio técnico, compreensão dos processos de organização da vida e compreensão de que os eventos de adoecimento não são apenas biológicos, são eventos de uma história de vida¹¹.

A compreensão da realidade do sujeito se faz necessário a todo o momento, cada qual com sua história de vida, sua realidade, seus valores, trazidos por cada paciente, inclusive na hora da dor, do sofrimento.

É necessário que o modelo pedagógico de educação se pautar na problematização da realidade, de forma a garantir que, tanto na formação inicial (seja referente à graduação ou aos cursos técnicos), quanto na formação continuada (capacitação permanente dos trabalhadores), o sentido do humano seja resgatado como enfrentamento da prevalência do capital. Através de um ensino crítico em que “[...] além da técnica outros valores são integrados ao ensino, e a técnica não se torna uma prática isolada de toda a discussão [...]” pode ser obtido, inclusive, que os diversos profissionais que trabalham na área da saúde reconheçam e experienciem a contribuição de cada área do conhecimento para o alcance da saúde de toda a coletividade¹².

A humanização no contexto hospitalar, ou em qualquer outra instância, se faz necessário, e assim todos profissionais que trabalham direta ou indiretamente com estes sujeitos ter plena convicção desta importância, e estejam preparados e capacitados para que possam desenvolver suas atividades, trazendo para estes sujeitos: segurança, confiança, solidariedade, ou seja, propiciar uma recuperação com dignidade humana. Para tanto a

aprendizagem destes profissionais, deve ser contínua, de forma que possam estar sempre atualizados, e também que as instituições de trabalho proporcionem condições humanizadoras de trabalho para os mesmos. É imprescindível, o trabalho em equipe interdisciplinar.

Neste sentido, conforme Silva *et al.* (2008)¹³, o trabalho em equipe interdisciplinar que se caracteriza por uma coesão entre os profissionais, atitudes mais cooperativas visando alcançar objetivos comuns, clareza de linguagem e comunicação, horizontalidade nas relações e, não apenas por um sistema de referência e contra-referência próprio dos trabalhos multiprofissionais, em muito contribui para a troca de saberes e complementaridade de olhares. Historicamente, os saberes que se colocaram distantes de uma abordagem biológica se tornaram menores, enquanto contribuição na abordagem da saúde. Em busca de reverter essa cultura, o trabalho em equipe deve se iniciar já na graduação, em atividades de extensão e em ações que possibilitem o trabalho conjunto e o crescimento humanizado de todos.

Mudanças são necessárias, culturalmente vive-se um contexto onde a palavra saúde remete à doença. Precisamos nos libertar deste passado, para podemos construir um futuro diferente, onde a saúde seja preventiva e não curativa. Por isso é necessário a participação da população nas tomadas de decisões e também a construção das Redes de Atenção à Saúde.

A organização das RASs, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção¹⁴.

Conforme Brasil (2010)¹⁰, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios definidos na Constituição Federal a participação social, na perspectiva de democratizar a gestão da saúde. Esta gestão, no entendimento da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (humaniza SUS), não é exercida apenas no âmbito do sistema e serviços de saúde, mas também diz respeito ao cuidado em saúde.

O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. Para que essa proposta se consolide é preciso que os trabalhadores estejam motivados, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis. Devem ser elaborados protocolos assistenciais e rotinas de trabalho e investimento na educação permanente das equipes, para repensar o modelo de atenção à saúde, e avaliar constantemente as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde. É de suma importância a participação dos usuários nesse processo¹⁵.

É necessário a população ter a compreensão de sua participação nas tomadas de decisões. Para que mudan-

ças aconteçam, é preciso mobilizações, desta forma, existem vários espaços para a participação social.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, orienta sobre a formação dos Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Estes conselhos são compostos por trabalhadores e gestores de saúde (50% dos conselheiros, sendo 25% para cada segmento) e os restantes 50% são compostos por usuários do sistema¹.

Ainda conforme Brasil – MS (2010)¹ a Lei nº 8.142, as Conferências Nacionais de Saúde são espaços estratégicos de participação social. Independente da convocação nacional, os municípios podem e devem realizar suas conferências visando avaliar a saúde do município e propor diretrizes para a organização do sistema e das práticas de saúde de sua população.

Existem vários espaços para que a população possa participar, seja levando suas ideias, queixas, sugestões, para que dessa forma em um trabalho conjunto se possa cada vez mais fortalecer a Democracia e a participação social de todos os sujeitos.

A participação social, no entanto, não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para a participação cidadã em saúde. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS, nos quais a participação tem sido ampliada gradativamente. Mesmo os trabalhadores de saúde ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham. Pode-se atribuir isto ao fato de que lhes pareça uma atuação difícil, complexa ou dificultada tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizadora e pouco participativa¹.

Desta forma é necessário que a população se revista deste poder e tenha a plena convicção de que sua participação é imprescindível no processo das mudanças no âmbito dos serviços da saúde.

4. CONCLUSÃO

Constatou-se que o treinamento dos profissionais que prestam assistência ao paciente oncológico, em um hospital geral de grande porte da região norte do Paraná é de suma importância, uma vez que permite ao profissional de enfermagem ter mais conhecimento e compreensão do paciente em sua totalidade.

Porém não deve ser a única preocupação em relação à assistência prestada ao paciente oncológico, à reflexão deve ser mais cautelosa neste contexto, pois como visto anteriormente, o objeto de trabalho do profissional da saúde ainda é a doença, desta forma muito ainda há que avançar neste sentido, para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e mudar a cultura já vivenciada por muitos anos.

Verificou-se que o papel do ensino e interdisciplinaridade é de fundamental importância para preparação e capacitação dos profissionais de saúde, e que a formação

deste não deve ser somente técnica, deve compreender: cultura, sistema e relação, e assim considerar sempre a história de vida de cada indivíduo.

Neste contexto é possível concluir que muitas medidas podem ser tomadas para melhorar as condições de vida do paciente oncológico fora das possibilidades terapêuticas, porém para que isto aconteça é necessário uma equipe comprometida com esta tarefa, e para tanto é necessário a preparação deste profissional, para que o mesmo possa atender as necessidades do cotidiano de seu trabalho e dos sujeitos envolvidos no processo, em suas complexidades e diversidades existentes no ambiente hospitalar, e, sobretudo é necessário ter amor ao próximo, e assim ter como o exemplo de Madre Teresa de Calcutá que disse:

“O senhor não daria banho a um leproso nem por um milhão de dólares? Eu também não. Só por amor se pode dar banho a um leproso”.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010; 44 (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- [2] Mendes HWB, Caldas JAL. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2001; 9(3): 20-6.
- [3] Backes DS, Lunardi VL, Lunardi WDF. A humanização hospitalar como expressão da ética. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2006; 14(1):132-5; <www.eerp.usp.br/rlae> acesso em 30: jan.2013.
- [4] Mezomo JC. Hospital Humanizado. Fortaleza (CE): Premium; 2001.
- [5] Sell L. Reflexão sobre o atendimento profissional humanizado. O Mundo da Saúde 2003 abril/junho; 27(2): 248-53.
- [6] Pessini Léo. Humanização da dor e o sofrimento humanos no contexto hospitalar. Bioética 2002; 10(2).
- [7] Catholic Health Association Of. The United States, 1993; 28-39.
- [8] Bettinelli LA, Waskevicz JE, Rdmann AL. O Mundo da Saúde, São Paulo. 2003; 27(2):233-5.
- [9] Boff L. Saber cuidar. Petrópolis: Vozes, 1999.
- [10] Frankl VE. Em busca de sentido. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- [11] Machado K. Integralidade, a cidadania do cuidado. Radis, Rio de Janeiro. 2004; 27:15-16.
- [12] Mendes SL, Lima TF. O papel da educação na humanização do sistema de saúde. Disponível em: <<http://64.233.169.104/search?q=cache:pES0jVzppBIJ:www.portaleducacao.com.br/ar...>>. Acesso em: 30 jan. 2013.
- [13] Silva RCP, Arizono AD. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social; REVISTA CIÊNCIAS HUMANAS, UNITAU. 2008; 1(2):7-8 Disponível em:

<<http://www.unitau.br/revistahumanas>> Acesso em fev.2013.

- [14] Mendes EV. As Redes de atenção à saúde./ Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.
- [15] Brasil. CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde, Brasília: Março de 2009; 26.

