UNICAMP

CIBELE SIQUEIRA NASCIMENTO RENNÓ

ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA EM UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS

RECEPTION IN PERCEPTION OF PATIENTS WITH NEOPLASM IN A UNIT OF ONCOLOGY SOUTH OF MINAS

Campinas
2012

UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

CIBELE SIQUEIRA NASCIMENTO RENNÓ

ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA EM UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS

RECEPTION IN PERCEPTION OF PATIENTS WITH NEOPLASM IN A UNIT OF ONCOLOGY SOUTH OF MINAS

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

Dissertation submitted to the Facult of Medical Sciences, State University of Campinas – UNICAMP – for the title of Master MS Health Science, Area of Concentration: Nursing and Work

Orientador: Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE DEFENDIDA PELO ALUNO CIBELE SIQUEIRA NASCIMENTO RENNÓ E ORIENTADO PELO PROF. DR. CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS.

_____
Assinatura do Orientador

Campinas, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

R295a

Rennó, Cibele Siqueira Nascimento, 1963 -
Acolhimento na percepção de pacientes portadores de neoplasia em uma unidade de oncologia do sul de Minas Gerais / Cibele Siqueira Nascimento Rennó. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Claudinei José Gomes Campos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Acolhimento. 2. Humanização da assistência. 3. Serviços de saúde. 4. Cuidados de enfermagem. I. Campos, Claudinei José Gomes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital
Título em inglês: Reception in perception of patients with neoplasm in a unit of oncology south of Minas Gerais.
Palavra-chave em inglês:
User Embracement
Humanization of Assistance
Health Services
Nursing Care
Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho
Titulação: Mestra em Ciências da Saúde
Banca examinadora:
Claudinei José Gomes Campos [Orientador]
Luiz Jorge Pedrão
Ana Regina Borges Silva
Data da defesa: 26-06-2012
Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

Folha de Aprovação

COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

CIBELE SIQUEIRA NASCIMENTO RENNÓ (RA: 085165)

Orientador (a) PROF. DR. CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS

Membros:

1. **PROF. DR. CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS** _____
2. **PROF. DR. LUIZ JORGE PEDRÃO** _____
3. **PROFA. DRA. ANA REGINA BORGES SILVA** _____

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 26 de junho de 2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS que me iluminou para a construção deste trabalho, que me acompanhou em todas as minhas incertezas, medos e dificuldades, que me fez acreditar que somente com esforço alcançamos nossos sonhos.

Agradeço a meus pais que durante toda a minha vida me ensinaram que não estamos neste mundo por acaso e que fazê-lo melhor depende exclusivamente de nós. Espero que este trabalho possa transformar se não o mundo, mas o mundo de algumas pessoas.

Ao meu marido Rennó e aos meus filhos que souberam compreender todas as minhas ausências, porém souberam também que era muito importante pra mim esta construção.

Ao meu colega de profissão Ramon Antônio Oliveira que compartilha comigo sonhos semelhantes e que sempre teve ótimas idéias para transformarmos a realidade da saúde onde estamos inseridos.

Agradeço a Instituição Santa Casa de Poços de Caldas nas pessoas do Augusto Monteiro Guimarães, Renata de Cássia Cassiano Santos e Dr. Romeu José Nacarato que acreditaram no meu sonho e o apoiaram durante toda a trajetória para a realização deste trabalho.

Agradeço às enfermeiras Josiane Valim Dias Mosconi e Fabiana Fontes de Oliveira que com todo otimismo me ajudaram no período de coleta de dados tornando-o mais prazeroso e rico.

Agradeço as amigas Angela e Beatriz, pela oportunidade das discussões nas inúmeras viagens à UNICAMP.

Agradeço também todos os pacientes que com muita sinceridade contribuíram para a efetivação deste trabalho.

Finalmente agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos que me proporcionou um aprendizado ímpar além de respeitar minhas opiniões e visão de mundo tão imprescindíveis na pesquisa qualitativa.

EPÍGRAFE

“ Estive longe de sempre conseguir a verdadeira comunicação – de pessoa para pessoa – mas tentar chegar a isso torna minha vida uma aventura afetuosa, estimulante, perturbadora, inquietante, satisfatória, enriquecedora e, acima de tudo, que vale a pena.”

(ROGERS e BARRY, 1978 p.327)

RESUMO

O acolhimento é um momento de intensa relação interpessoal entre paciente e profissional que deveria ser desenvolvido por todos os profissionais que trabalham nos serviços de saúde com o objetivo de oferecer serviços mais humanos, com qualidade, de forma resolutiva proporcionando responsabilização, melhoria da comunicação usuário-serviço além de inverter o modelo de atenção à saúde médico-centrado. O estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos usuários sobre o acolhimento no ambulatório da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) de Poços de Caldas. Para a coleta de dados foram utilizados um roteiro de entrevista *semi-estruturada,* a observação participante e a análise documental nos prontuários dos pacientes. A amostra foi composta de modo intencional, por saturação de dados, contou com 13 pacientes portadores de neoplasia cadastrados no serviço, que freqüentaram o ambulatório no período da coleta de dados, aceitaram participar da pesquisa e assinaram voluntariamente o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram analisados pela técnica de análise temática de conteúdo a luz do referencial teórico de Carl R. Rogers da "Teoria Centrada no Cliente". Foram encontradas cinco grandes categorias: A importância atribuída à comunicação como instrumento básico nas relações humanas e no processo de equilíbrio e cura da doença, a percepção de ser reconhecido singularmente como prerrogativa de vinculação ao serviço, a instituição determinando o atendimento por ordem de chegada aumentando a espera**,** a ambiência interferindo no processo de tratamento e na qualidade do atendimento e a doença trazendo o aprendizado. Algumas destas categorias geraram subcategorias. Concluiu-se que o acolhimento não é uma tecnologia leve utilizada por todos os profissionais do serviço em estudo. Conclui-se ainda que alguns profissionais o utilizam deixando de fazê-lo em alguns momentos do atendimento. Sugere-se a construção de relações que tragam a empatia, o afeto, a confiança, o respeito e a atenção centrada no cliente além de melhorias na comunicação e na ambiência. Espera-se que estes resultados possam servir de subsídios para a melhoria do acolhimento na unidade proporcionando um atendimento de excelência a seus usuários.

Palavras-chave: Acolhimento, Humanização da Assistência, Serviços de Saúde, Neoplasia, Assistência de Enfermagem

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Tema: Enfermagem, Saúde Mental e Psicanálise: conexões

ABSTRACT

The reception is a moment of intense interpersonal relationship between patient and professional which should be developed by all professional working in the health service aiming to provide services more human, with quality, in a resolute form, providing responsibility, improving user-service communication, in addition to reverse the health care model to medical-focused. The study aimed to know the users' perception about the reception in the clinic of the High Complexity Assistance Unit in Oncology of Poços de Caldas. For the data collection a semi structured interview guide, the participant observation and the documental analysis in patients' medical records were uses. The sample was composed of intentional mode, by data saturation, included 13 patients with neoplasm registered in the service, that frequented the clinic during the period of data collection, agreed to participate in the research and voluntarily signed the term of free and informed consent. The data were analyzed by the thematic content analysis technique based on the theoretical reference of Carl R. Rogers of "Client-centered Theory." Five major categories were found: the importance assigned to the communication as a basic instrument in human relations and in the balance process and cure of disease, the perception of be recognised uniquely as prerogative of the linking to the service, the institution determining the attendance by order of arrival increasing the wait, the ambiance interfering in the treatment process and in the attendance quality and the disease bringing the learning. It is concluded that the reception is not a light technology used by all professionals in the service in study. It is further concluded that some professionals use it forgetting to practice it in some moments of care. It suggested that the construction of relations bring the empathy, the affection, the respect and the attention centered in the client in addiction to communication and ambience improvements. It is been expected that the results could serve as a support for the reception improvement in the unit providing a service of excellence to its users.
Key-words: User Embracement, Humanization of Assistance, Health Services, Neoplasm, Nursing Care

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização dos usuários atendidos em uma unidade de oncologia do Sul de Minas Gerais segundo características sócio-demográficas (n=13)..... Pág. 64.

Tabela 2 Caracterização dos usuários atendidos em uma unidade de oncologia do Sul de Minas Gerais segundo características de morbidade (n=13)..... Pág. 65.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CF	Constituição Feral de 1988
CNCC	Campanha Nacional de Combate ao Câncer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NUPEQS	Núcleo de Pesquisa Qualitativa em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PSF	Programa de Saúde da Família
RHC	Registro Hospitalar do Câncer
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SICC	Serviço Integrado de Controle do Câncer
SNC	Serviço Nacional do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13

1.1 A trajetória da pesquisadora até a escolha do tema de pesquisa 15
1.2 Problema e sua delimitação 19
1.3 Justificativa 20
1.4 Pressupostos 21
1.5 Objetivo 22
2 REVISÃO DA LITERATURA 23

2.1 Um referencial teórico que apreendesse a subjetividade do objeto em estudo 23
2.2 O acolhimento na perspectiva da humanização 24
2.3 O acolhimento visto por outras perspectivas 27
2.4 A humanização da assistência em saúde 29
2.4.1 Breve história da Humanização dentro do contexto da saúde 29

2.4.2O significado do termo Humanização 31

2.5 O surgimento da Oncologia no Brasil 36
2.6 A Humanização da assistência em Oncologia 38
2.7 A relação de ajuda na perspectiva de Rogers 40
2.8 Os preceitos da relação interpessoal 42
2.9 A relação Enfermeiro-paciente na perspectiva humanista 44
3 PERCURSO METODOLÓGICO 46

3.1 O Estudo de Caso como método 47
3.2 A instituição participante da pesquisa 49
3.3 A caracterização do local do estudo 50
3.4 População do estudo 52
3.5 Técnica de amostragem 52
3.6 Instrumentos para coleta de dados 53
3.7 O procedimento de coleta dos dados 55
3.8 Técnica de análise dos dados 57
3.9 A validação dos dados e resultados coletados 58
3.10 Procedimentos Éticos 59
3.11 A apresentação do projeto a equipe multidisciplinar da Oncologia 60
3.12 A chegada no campo de estudo 61
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 62

4.2 As categorias e subcategorias 65
4.2.1 CATEGORIA: A importância atribuída à comunicação como instrumento básico nas relações humanas e no processo de equilíbrio e cura da doença. 66

4.2.1.1 Subcategoria: A comunicação: componente de humanização, imprescindível desde o diagnóstico até a cura da doença 67

4.2.1.2 Subcategoria: A comunicação permitindo o alívio dos sintomas, das angústias, medos e dúvidas 75
4.2.1.3 Subcategoria: As barreiras de comunicação limitando a assistência. 78
4.2.2 CATEGORIA: A percepção de ser reconhecido singularmente como prerrogativa de vinculação ao serviço 86
4.2.2.1 Subcategoria: A atenção centrada no cliente vista como um diferencial na qualidade da assistência 87
4.2.3 CATEGORIA: A instituição determinando o atendimento por ordem de chegada aumentando a espera 95
4.2.3.1 Subcategoria: a espera percebida como despersonalização/desumanização 96
4.2.3.2 Subcategoria: A espera (Fila) como sinônimo de serviços públicos de saúde. 102
4.2.4 CATEGORIA: A ambiência interferindo no processo de tratamento e na qualidade do atendimento 104
4.2.5 CATEGORIA: a doença trazendo o aprendizado 109
5 CONCLUSÃO 113
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 114
7 REFERÊNCIAS 116
APÊNDICE A 125
APÊNDICE B 128
APÊNDICE C 130
APÊNDICE D 133

1 INTRODUÇÃO

A construção de um sistema de saúde é bastante complexa e envolve recursos sociais, variados órgãos públicos vinculados a diferentes esferas de governo, práticas políticas e gerenciais. Depende da evolução sócio-econômica do país, garantia de fontes de financiamentos estáveis, reordenação das práticas e do modelo assistencial de saúde para buscar acesso dos cidadãos às condições dignas de atendimento.

A conquista dos direitos à saúde no Brasil tem caminhado desde o século XIX com a contribuição de grandes sanitaristas e da própria população e teve a Constituição Federal (CF) de 1988 como marco divisório. A sociedade procurava garantir nessa nova constituição direitos e valores da democracia e da cidadania (1). Fruto de muitas conquistas sociais o direito à saúde foi legitimado na CF no seu art. 196 que garante a saúde à todos (2).

Para garantir o cumprimento da CF do Brasil de 1988, em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado como proposta de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população e direito à cidadania (2).

O SUS é um "*Conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar".* O SUS se norteia por princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade (2).

A universalidade de acesso garante atendimento a todos os cidadãos; a equidade declara que os serviços de saúde devem considerar as diferenças pessoais para melhor assistir o cidadão e a integralidade que tem como prioridade as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais (2).

O sistema de saúde brasileiro tem passado por inúmeras transformações exigindo cada vez mais dos gestores e trabalhadores de saúde, um novo pensar em saúde. O acesso do usuário tem sido um grande entrave ao cumprimento do princípio da universalidade e o acolhimento desponta como uma perspectiva deste novo pensar e tem sido considerada uma ferramenta na organização do sistema de saúde, garantindo o acesso universal e igualitário a todos os usuários.

Após mais de vinte anos de criação do SUS, ainda se questiona o acesso às ações e serviços de saúde, a integralidade do cuidado e o grau de resolutividade dos serviços prestados. Este cenário pode ser visto pelas enormes filas, falta de leitos nos hospitais, pacientes aguardando por meses procedimentos, fragmentação da assistência à saúde, além

de reinternações pelas mesmas causas ou por causas passíveis de assistência ambulatorial, o que demonstra falta de resolutividade dos serviços de saúde.

Com o objetivo de priorizar o atendimento com qualidade e romper com o modelo de atenção à saúde vigente o Ministério da Saúde (MS) criou em 2004 o Programa Humaniza SUS - Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Este programa assim como o acolhimento parte do pressuposto que cada indivíduo tem uma demanda singular e somente a partir do momento que o profissional faz o acolhimento é que esta demanda é identificada (3).

Em 2006, o MS preocupado com os grandes desafios que o SUS vinha enfrentando, principalmente os relacionados à defesa da vida e a garantia do direito à saúde, criou a Cartilha Acolhimento nas Práticas de Produção em Saúde com o objetivo de melhorar o padrão de acolhida aos usuários e trabalhadores de saúde (4).

A idéia de acolhimento nos serviços de saúde acumula uma farta experiência com enorme heterogeneidade assim como o próprio SUS. Segundo o MS o acolhimento expressa uma ação de aproximação, é estar com ou perto, é uma atitude de inclusão (4).

O acolhimento surge como uma alternativa da garantia de acesso humanizado aos serviços de saúde com resolutividade e possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário (5). É uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção em saúde (3). É um processo especificamente de relações humanas, um processo, pois deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores do atendimento durante toda a trajetória do usuário no serviço não se limitando ao ato de receber, mas se constitui em uma seqüência de atos e modos que compõe o processo de trabalho em saúde.

O enfermeiro é o profissional mais capacitado a realizar o acolhimento. Ele tem a capacidade de colher informações, de conhecer as necessidades de saúde e utilizar de suas atribuições para resolver estas necessidades (6). O enfermeiro é o profissional indicado para o acolhimento, embora esse deva ser feito por toda a equipe (7).

Entre os agravos à saúde de maior prevalência na atualidade, o câncer tem se destacado como causa de morbimortalidade relevante no Brasil. Câncer é o nome genérico de mais de 200 doenças distintas e é visto como uma doença que fatalmente leva a morte.

Sabe-se que, em muitos casos, o câncer é um agravo irreversível que leva o cliente a um grande sofrimento, necessitando de atenção especializada, não apenas tecnicamente, mas, preparada a perceber, compreender e atuar junto aos fatores subjetivos que envolvem o

ambiente de cuidado a este cliente. Sabe-se ainda que o tratamento oncológico é extremamente invasivo, agressivo e fonte de enorme angústia para o paciente e familiares. A percepção e compreensão das realidades que envolvem este ambiente de cuidado estão intimamente ligadas à experiência de cada pessoa, assim, mais que apreender o significado do acolhimento nesta população é necessário avançar nas pesquisas que tratam das relações interpessoais e da subjetividade nos ambientes de trabalho.

O local onde foi realizada a pesquisa, desde sua implantação, tem adotado como ideologia dominante o modelo médico-centrado, tecnicista, em que toda demanda decorre das consultas médicas. Há três anos foi proposto um projeto de extensão universitária com graduandos de enfermagem para um diagnóstico do modelo de atenção utilizado neste serviço e o grau de satisfação dos usuários com o mesmo. Os resultados mostraram que os pacientes desconheciam a equipe multidisciplinar, embora disponível e que a maioria se sentia satisfeita (8). Sabe-se que o grau de satisfação com os serviços de saúde está intimamente ligado à cultura, crença, informação e outros fatores que envolvem uma população.

A tecnologia dura ainda prevalece em detrimento das relações humanas. A grande concentração do movimento da unidade ainda decorre da marcação de consultas, biópsias, medicamentos, exames deixando de lado a tecnologia leve[1].

As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs) são serviços altamente especializados para o tratamento oncológico no país, mas correm o risco de cair na mera operacionalização técnica dos procedimentos, deixando de lado o ser humano envolvido neste processo.

1.1 A trajetória da pesquisadora até a escolha do tema de pesquisa

Com a instalação do CACON na Santa Casa a convivência com os pacientes portadores de câncer tornou-se diária e com ela nasceu o desejo de se compreender melhor os significados e percepções desta clientela acerca do acolhimento. A fragilidade, o sofrimento, a

[1] Tecnologia é um conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo. Tecnologias leves são as relações como vínculo, autonomização, acolhimento, gestão; as tecnologias leve-duras são os saberes usados nos processos de trabalho como a epidemiologia, a clínica médica, a psicanalítica, o taylorismo e as tecnologias duras são os equipamentos como as máquinas, normas, estrutura organizacional (14).

dor, a desesperança, o choro e as incertezas que sempre fizeram parte do cotidiano destes clientes foram a mola propulsora para a busca da compreensão desta realidade e de alguma forma contribuir para amenizar o sofrimento visto neste cenário.

Em 2007 ao terminar a pós graduação em gestão hospitalar na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, o contato com as diretrizes da PNH permitiu a pesquisadora uma percepção mais ampliada da distante realidade de humanização em que o serviço se encontrava. Doentes nas filas, familiares perdidos, vindos de diversas cidades, um ir e vir nos corredores do hospital, sem rumo, sem informação, superlotação e apenas uma certeza; a de que o próximo mês seria tudo igual; até a próxima quimioterapia. Enfermarias lotadas, cirurgias complexas, profissionais de enfermagem despreparados; tudo novo para todos. De todas estas incertezas apenas uma certeza; fazer algo por esta clientela, mudar este cenário cruel que a saúde apresentava.

Em 2006 com a perda de um familiar com câncer de intestino e em 2008, outro com o mesmo tipo de câncer, não havia como continuar as atividades na instituição sem que algo fosse feito. Neste período a inquietação ganhou uma dimensão maior e junto com ela o desejo de contribuir como pessoa e como profissional para tornar o ambiente mais digno e mais humano para estes clientes. Nesta mesma época mais um familiar adoecia e todo o tratamento foi feito no serviço com o acompanhamento da pesquisadora já com o propósito de observar melhor e verificar o que poderia ser melhorado.

Sendo docente de uma universidade privada a pesquisadora, teve a oportunidade de problematizar esta situação do serviço de saúde dentro das salas de aula da graduação e da pós-graduação. Percebeu-se que muitos alunos compartilhavam das mesmas angústias experimentadas, tendo seus familiares utilizado o serviço. Eles por experiências familiares e a pesquisadora por estas e também por conviver diariamente com tal sofrimento no serviço.

Em 2008 por meio de um financiamento da Pró-reitoria de Extensão da PUC Minas *Campus* Poços de Caldas surgiu a possibilidade de um projeto que possibilitaria o acolhimento de acordo com as diretrizes preconizadas na PNH; assunto do qual a pesquisadora já havia se identificado na pós graduação.

Iniciou-se um projeto de extensão “Posso Ajudar” com dez alunos da graduação de enfermagem da PUC Minas cujos objetivos eram promover o acesso humanizado aos indivíduos que procuravam a Santa Casa; realizar o acolhimento aos usuários, acompanhantes, familiares, comunidade e profissionais de saúde da instituição; conhecer o nível de satisfação dos usuários, acompanhantes, familiares, comunidade e fomentar no discente a capacidade de reflexão de conceitos e valores voltados para a humanização além de desenvolver habilidades

voltadas à criticidade da situação atual em que se encontram organizados os serviços de saúde.

Para tal foram feitas inúmeras oficinas com os discentes para discussões acerca das temáticas envolvidas no projeto bem como uma sensibilização acerca do acolhimento conforme preconizado na Cartilha de Acolhimento nas Práticas de Saúde do MS. Os alunos foram a campo e iniciaram suas atividades. Rapidamente o projeto ganhou expressão na oncologia onde se encontrava a clientela mais carente de acolhimento. Iniciaram-se as atividades de discussão das práticas em saúde e logo vieram as demandas dos usuários, que encontravam nestes alunos, a possibilidade de escuta, resolução para seus problemas além do vínculo que começava a se formar como se fosse uma teia sendo construída passo à passo. Da mesma forma os alunos também se sentiam compromissados com o cliente, suas angústias, suas dores e traziam estas demandas para as discussões muitas vezes entremeadas com choro, sensação de impotência, angústia que foram trabalhadas com muito diálogo e reflexão.

O projeto previa avaliar a satisfação do usuário da oncologia e desta forma muito ingenuamente construiu-se um instrumento de coleta de dados com as velhas perguntas fechadas do tipo muito satisfeito até o muito insatisfeito. Até então se desconhecia a importância do aprofundamento destas questões para atingir a subjetividade dos sujeitos. Compilaram-se os dados e percebeu-se que embora satisfeitos, nas entrelinhas das respostas sempre apareciam os comentários de insatisfação, as pausas, os “deixa pra lá”, “isto não importa”. Tais falas remetem a idéia de que para a população brasileira, a saúde está longe de ser dever do Estado e fica a idéia de favores prestados por abnegados profissionais.

O projeto recebeu inúmeros elogios da mídia, reconhecimento da própria universidade, mas, o financiamento chegava ao fim e dos discentes que haviam iniciado restaram apenas quatro. Continuou-se o trabalho por ideal. Algumas doações de transporte para estes alunos foram conseguidas e deles começaram a brotar idéias voltadas para a melhoria deste cenário que há muito vinha lhes incomodando. Como a graduação avançava as idéias foram convergindo para os trabalhos de conclusão de curso. O primeiro trabalho nasceu da idéia de procurar alternativas para o alívio da dor física e espiritual daqueles doentes. Assim, foi idealizado pela primeira vez os Cuidados Paliativos na instituição, com a destinação de um quarto exclusivo para os clientes fora de possibilidade de cura cujo objetivo era prestar uma assistência mais humanizada, uma morte mais digna. No outro ano, mais um trabalho voltado para esta clientela e surgiu a possibilidade de se trabalhar com terapias alternativas/complementares.

Neste período a convivência com esta clientela e a permanência no serviço de oncologia se intensificou, assim como a preocupação pela forma que se acolhia estes clientes. Percebia-se que existia algo não dito; algo que os incomodava, que estava velado talvez.

As relações de poder e autoridade aumentavam as linhas de tensão entre os profissionais e entre eles e os usuários. A demanda aumentando a cada dia, bem como a complexidade dos procedimentos realizados. Percebia-se um clima de insatisfação geral por parte dos funcionários e uma alta rotatividade no setor além de afastamentos, diagnósticos de depressão, síndrome do pânico, distúrbios psiquiátricos entre outros transtornos mentais.

Embora os discursos de humanização permeassem os corredores do hospital, percebia-se que isto estava muito longe de acontecer. Havia inúmeras polêmicas sobre a efetivação da política de humanização no hospital e após um trabalho de conclusão de curso de alunas de graduação da enfermagem o fato se consumou. A humanização não era percebida pelos funcionários e na visão dos mesmos o grupo de humanização do hospital se restringia a comemoração de festas, bingos e outras atividades bem distantes da proposta da PNH. Após apresentação do trabalho de conclusão de curso muitas discussões transitavam nos corredores do hospital o que culminou com uma reestruturação do Grupo de Trabalho de Humanização que passou a colocar em sua agenda, temáticas relacionadas à PNH como acolhimento, vínculo, formação de redes entre outras.

Havia uma dupla preocupação; a desumanização do trabalhador e do usuário, em especial do paciente com câncer. Não teria como levar adiante estas duas vertentes para um estudo. Cursando algumas disciplinas como aluna especial, a pesquisadora foi delimitando o tema bem como os sujeitos da pesquisa. O acolhimento era o que de fato impulsionava; restava saber na perspectiva de quem o acolhimento seria estudado. Como a experiência familiar estava muito presente com o adoecimento de três pessoas, optou-se por aprofundar os estudos sobre os significados atribuídos pelos pacientes com câncer ao acolhimento.

Somente conhecendo esta realidade profundamente, seria possível encontrar melhores alternativas para a tão falada humanização. Havia certamente a necessidade de melhorar a forma de perceber estes clientes, suas relações, suas angústias e seus medos; a visão que ele tem do profissional que lhe presta cuidados. Foi então que nasceu a idéia de utilizar métodos aprimorados para a apreensão desta realidade e não mais os famosos *surveys*.

Inicialmente pensou-se em analisar o processo de trabalho e as relações nele desenvolvidas. Ao aprofundar os estudos, percebeu-se que de nada adiantaria compreender o processo de trabalho se não compreendesse este mesmo processo, porém na percepção do cliente. Afinal, é para ele que trabalhamos; ele é o motivo do nosso trabalho.

1.2 Problema e sua delimitação

A lógica do capitalismo trouxe para o setor de saúde o aumento da produtividade, a divisão de trabalho e a mecanização da produção. O aumento de fluxo de trabalho associado aos novos métodos de gerência fez com que, o processo de trabalho se dividisse em operações mínimas e o trabalhador perdesse a compreensão da totalidade do processo de trabalho (9). Esta mudança é percebida no serviço onde o estudo se realizou onde o fluxo de trabalho é intenso e há uma enorme fragmentação da assistência prestada ao usuário, desta forma algumas inquietações se somam as nossas observações cotidianas no ambiente de trabalho, ou seja:

O paciente oncológico se sente acolhido na UNACON?

O acolhimento na perspectiva de seus usuários é uma tecnologia-leve que tem sido utilizada no ambulatório da UNACON? A prestação de cuidados está centrada no cliente?

A UNACON vem enfrentando nos últimos três anos o desafio de atender cada vez mais pacientes para tratamento oncológico vindos do próprio município, dos municípios da Microrregião do Alto do Rio Pardo e também da Macrorregião Sul, esse fato se deve a escassez de serviços credenciados para o tratamento do câncer no estado de Minas Gerais.

Mediante esses fatos a instituição responsável pelo funcionamento da UNACON de Poços de Caldas, tem enfrentado uma série de problemas que interferem no atendimento a esses pacientes, dentre estes problemas destacam-se: a grande demanda de pacientes, a falta de organização do fluxo, a ineficiência do agendamento de consultas e terapias e o modelo de atenção centrado no médico. Percebe-se uma falta de resolutividade ou deficiência na resolução das demandas destes pacientes além de um atendimento desumanizado, com filas, uma deficiente comunicação, falta de escuta qualificada que possa captar melhor as demandas e os ruídos advindos de atividades tão complexas.

Percebe-se que o aumento da contratação de profissionais não resolveu estes problemas, o que nos leva a inferir que o acolhimento como preconizado pelo MS não está sendo realizado e que o cuidado não é centrado no cliente. Sendo assim, delimitamos nosso problema de pesquisa como deficiência ou mesmo, ausência de acolhimento a esses pacientes.

1.3 Justificativa

Diante do fato de os clientes em tratamento oncológico ficarem expostos a um ambiente estressante e terem que lidar com um tratamento agressivo, além da aceitação da doença, o convívio com a dor e a sensação de morte iminente, considera-se que eles necessitam de um atendimento humanizado e voltado à valorização da qualidade e da satisfação de suas necessidades. O estigma da doença, o prognóstico incerto, o medo e a angústia fazem da assistência ao paciente oncológico, uma assistência diferenciada.

O acolhimento foi descrito como uma estratégia que tem interferência nos processos de trabalho, de tal modo que possa torná-lo mais humanizado e mais resolutivo (4). É um elemento crucial de gestão, pois é onde atualmente ocorrem as principais reestruturações produtivas do setor de saúde (10).

O tema desse trabalho foi escolhido pela pesquisadora por fazer parte das necessidades da instituição onde trabalha, que, assim como outras instituições de saúde têm procurado alternativas para proporcionar a seus usuários um atendimento de qualidade, de forma humanizada e com resolutividade. Espera-se que o aumento na qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço seja alcançada, utilizando-se do acolhimento como estratégia de humanização do processo de trabalho onde ações, instrumentos e produtos estejam em equilíbrio proporcionando a real satisfação das necessidades e carecimentos da população alvo, bem como servir de subsídios para outros estudos semelhantes.

O trabalho em saúde hoje tem características de trabalho profissional, com divisão pormenorizada do trabalho e uma lógica taylorista de organização e gestão (9). Todas estas características têm influenciado o trabalho na instituição onde o estudo se realizou, de forma que as condições experimentadas pelos trabalhadores e usuários tem sido de hostilidade, impotência, estresse, conflitos, disputa de poder, sentimentos de medo, insegurança, baixa auto-estima entre outros.

Há, portanto a necessidade de uma revisão sobre os sentimentos que estes clientes têm experimentado ao serem atendidos no serviço para que se possa estabelecer princípios e diretrizes dessa atual organização do processo de trabalho com vistas a propor novas maneiras de organização que são uma forma de obter alta resolutividade e boa qualidade técnico científica das ações que serão produzidas (11).

O acolhimento permite ao profissional compreender o impacto que o câncer traz ao paciente e sua família e como ele responderá à situação de doença. Deste modo torna-se importante compreender o significado do acolhimento para esta clientela.

Espera-se que, o resultado desta pesquisa possa trazer subsídios para traçar estratégias de acolhimento mais eficazes e institucionalizadas, como prática embasada e importante para o bem estar do paciente e aderência ao tratamento.

Toda pesquisa deve ter a dinâmica de um ciclo a partir de um processo de trabalho em que terá um produto provisório e a análise final servirá de subsídio para um recomeço (12). Portanto, é de suma importância o desenvolvimento de trabalhos que, colaborem com a construção desse novo olhar, desse novo modo de fazer em saúde que mesmo provisório, servirá para um recomeço.

1.4 Pressupostos

O cliente oncológico pela própria natureza de sua patologia traz para os serviços de saúde uma “cesta de necessidades” com determinadas especificidades esperando resolvê-las através dos profissionais que neles trabalham.

Os clientes atendidos na UNACON não se sentem acolhidos. O acolhimento que aqui será analisado considera as categorias propostas pela Cartilha de Acolhimento do Ministério da Saúde: atendimento mais resolutivo, humanizado, com melhoria da comunicação, abolição das filas, inversão do modelo tecnoassistencial centrado no médico e a responsabilização por parte dos profissionais desse serviço (4).

1.5 Objetivo

- Conhecer a percepção dos usuários sobre o acolhimento no ambulatório de oncologia da UNACON de Poços de Caldas na perspectiva da humanização da assistência e do vínculo usuário-profissional.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Um referencial teórico que apreendesse a subjetividade do objeto em estudo

Para um tema tão complexo o caminho até a escolha do referencial não foi tão diferente quanto a escolha do método. Olhar as relações, aqui como acolhimento, em qual perspectiva? Iniciou-se uma longa caminhada pelas teorias da enfermagem como Peplau, Travelbee, referenciais da comunicação de Stefanelli entre outros. Todos contribuíram de alguma forma, porém, ao ler Rogers tudo parecia estar mais claro. As relações centradas no cliente, o vínculo, a empatia, o respeito, o acolhimento em todas as suas faces.

Neste período percebeu-se a necessidade de conviver com profissionais que estudavam as relações humanas e para tal optou-se participar como ouvinte das aulas da pós graduação de psicologia. Este período permitiu conhecer um pouco de Rogers na visão destes profissionais. Quem era, onde estudou sua trajetória e como eles aplicavam sua teoria na prática cotidiana de seus consultórios. Neste ambiente houve a oportunidade de ter sugestões de leituras que todo iniciante deveria fazer.

Conversando com o orientador deu-se início as leituras. Assim as primeiras obras sugeridas de Carl R. Rogers foram Tornar-se pessoa, De pessoa para pessoa, Psicoterapia e relações humanas e obras que referenciavam Rogers como Relações Interpessoais terapêuticas na enfermagem de Antônia Regina F. Furegato e Comunicação com o paciente de Maguida C. Stefanelli.

Inicialmente o que mais chamou a atenção é o fato de “ser centrada no cliente” e não no paciente e como centrar tal atenção?

Principalmente no ambiente hospitalar a opção por cliente permite evitar a expressão doutor-paciente, lembrando sempre da doença, alguém em tratamento. O objetivo é pensar na pessoa única, digna e que merece todo o respeito. Porque centralizada no cliente? Porque não é centralizada no terapeuta, na teoria, na sociedade. É o objetivo principal do terapeuta: compreender e aceitar a percepção e sentimentos do cliente sem impor a sua.

Partindo da premissa centrada no cliente tudo parecia mais claro; o acolhimento nesta perspectiva parecia fazer sentido. Se o cliente está no centro, tudo ao seu redor tende a voltar para ele.

A terapia centrada no cliente tem como premissa que o homem é um ser livre e utiliza desta liberdade como um meio importante na terapia porque o homem mais livre é também mais saudável. A busca pela liberdade do homem faz sentido no cuidado, em especial no cuidado daquele que muito provavelmente já não tem amplas possibilidades.

Associada a leitura das obras iniciou-se também a leitura de artigos que tratava das relações com pacientes com câncer; cuidados paliativos, os sentimentos experimentados por eles, as relações com a família, com a sociedade, a falta de adesão ao tratamento, o vínculo com o serviço entre outros assuntos pertinentes a temática escolhida.

Concomitante fez-se uma revisão integrativa do tema acolhimento na saúde nas várias perspectivas inclusive na perspectiva do MS.

Não foi encontrado nestes artigos, referências a Rogers, porém de um modo subjetivo sempre que se tratava das relações de acolhimento usava-se de termos que Rogers já utilizava na década de 40, porém ainda com a roupagem de terapia não diretiva.

Neste ir e vir nas obras de Rogers, os artigos sobre a temática acolhimento, sentimentos do paciente com câncer e a riqueza das longas conversas com psicólogos “rogerianos” o que parecia obscuro sedimentou e a opção pelo referencial ficou ainda mais clara.

A cada leitura, a certeza do caminho certo. A cada fala do cliente tudo parecia se encaixar, mesmo que muitas vezes na contra-mão do que ele preconizava.

Deste modo optou-se em utilizar nesta pesquisa o referencial teórico de Rogers e os preceitos do relacionamento interpessoal terapêutico de Antônia Regina Furegatto visto que este último deu subsídios aos achados deste estudo.

2.2 O acolhimento na perspectiva da humanização

Uma postura acolhedora implica em um atendimento humanizado, centrado no usuário. Muito se tem discutido sobre humanização do atendimento em saúde, porém um atendimento humanizado requer transformações políticas, administrativas e subjetivas, necessitando da transformação do próprio modo de ver o usuário: de objeto passivo a sujeito; de um serviço que garanta qualidade e segurança, prestado por trabalhadores responsáveis (13).

Humanizar é garantir à palavra sua dignidade ética, ou seja, o sofrimento humano e as percepções de dor ou prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as

palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro, palavras de seu reconhecimento (14). Sem comunicação não há humanização.

Há uma maior valorização pelo usuário da forma de atendimento, da capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e expectativas; aspectos muito mais relacionais do que outras deficiências dos serviços (13). Há a necessidade de se organizar o processo de trabalho de forma a atender essas demandas e expectativas do usuário.

> "*O processo de trabalho não é apenas dispêndio mecânico de forças: é a forma mais especialmente humana da sociedade, de gênese histórica. Em cada grão de tecnologia estão contidas, assim, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado que nela desembocam e toda construção viva do futuro"* (15).

O processo de trabalho em saúde tem características semelhantes a outros processos de trabalho - como na indústria e outros setores da economia. Porém, o trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou objetos, mas, sobre pessoas numa intensa relação interpessoal entre usuário e profissional com estabelecimento de vínculos para alcance da eficácia (10,16).

De acordo com a divisão clássica do processo de trabalho, os seguintes componentes são essenciais: matéria prima, instrumento de trabalho, homem e produto. Na saúde a matéria prima é o usuário; o instrumento de trabalho são as tecnologias (leve, leve-dura e dura)[2]; o homem é o trabalhador em saúde, o operador do cuidado e o produto é o trabalho em saúde traduzido em atos de saúde – produção (16).

Trabalhar a partir desses elementos significa refletir como se opera o "fazer em saúde" e como ela se organiza. Para que um modelo de organização dos serviços de saúde prospere é imprescindível que condições sócio-políticas, recursos materiais, humanos e financeiros estejam em equilíbrio; caso contrário poderia impedir que este trabalho fosse oferecido com qualidade para quem o exerce, assim como para quem o recebe.

Ainda que os avanços tecnológicos tenham contribuído para a banalização dos serviços de saúde com a precarização das relações de trabalho e estes efeitos tenham sido devastadores, os serviços de saúde devem estar preparados para receber o usuário, de modo a proporcionar uma escuta qualificada com objetivo de resolver os problemas trazidos por ele.

[2] Tecnologia é um conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo. Esse conhecimento pode ser materializado em máquinas, instrumentos (tecnologia dura); saberes e práticas estruturados (tecnologia leve-dura) e trabalho vivo/produção de serviços/abordagem assistencial – modos de produção de acolhimento, vínculo e responsabilização (tecnologias leves).

Uma das diretrizes para a melhoria destas situações citadas anteriormente é o acolhimento que permite uma análise das práticas de atenção e gestão atualmente utilizadas no SUS. Ele não se limita ao ato de receber, mas se constitui em uma seqüência de atos e modos que compõe o processo de trabalho em saúde (5).

A humanização da assistência somente poderá ser compreendida a partir do momento que compreendermos o homem e suas relações consigo e com o meio em que vive.

Acolhimento, humanização e satisfação do usuário são considerados hoje, elementos importantes da qualidade, além de serem também instrumentos básicos para a reorganização dos serviços de saúde. Para que esta reorganização aconteça é imperativo que o acolhimento esteja presente nos processos de trabalho em saúde (17).

O acolhimento tem sido pauta nas discussões dos serviços de saúde principalmente após a instituição da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2006. As unidades básicas de saúde têm sido palco da maioria destes estudos, porém quanto aos hospitais, poucas discussões têm sido veiculadas na literatura.

O maior número de publicações sobre a temática acolhimento se encontra em unidades básicas de saúde, em especial no Programa de Saúde da Família (PSF) e acredita-se que tal fato se deva à filosofia do PSF que tem seu trabalho pautado nos princípios do SUS, que busca formas de reorientar o modelo assistencial a partir da organização dos processos de trabalho lançando mão do acolhimento para tal. O PSF utiliza do acolhimento e vínculo com o objetivo de conhecer sua clientela propondo práticas mais resolutivas e integrais cumprindo seu papel de vigilância em saúde (5). Dessa forma, o PSF possibilita a entrada de cenários, sujeitos e linguagens novas no âmbito da atenção à saúde reconstruindo as práticas vigentes.

Percebe-se uma grande preocupação em compreender os aspectos relacionais, de comunicação e percepção dos sujeitos envolvidos. A percepção do trabalhador de saúde quanto ao entendimento da temática acolhimento, as transformações ocorridas após a implementação do mesmo, fatores que dificultam e facilitam, sua influência nos processos gerenciais foram objetos de estudo.

O acolhimento está relacionado à reorganização do processo de trabalho em saúde. Este conceito é reforçado pelo MS que diz que o acolhimento é uma maneira de operar os processos de trabalho de modo a atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde acolhendo, escutando e procurando as melhores respostas ao usuário (3). O acolhimento muda o processo de trabalho e altera as relações entre profissionais e usuários (18). Ele propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde atendendo a todas as

pessoas que procuram, reorganizando o processo de trabalho e qualificando a relação trabalhador-usuário.

Acesso e acolhimento são elementos que podem favorecer a reorganização dos serviços, a qualificação da assistência prestada além de ser a forma como o serviço de saúde se organiza para receber seus usuários e responder as suas demandas (7,10).

2.3 O acolhimento visto por outras perspectivas

Outras temáticas estão relacionadas ao acolhimento: responsabilização, humanização, resolutividade, inversão do modelo tecno-assistencial, escuta/captação de ruídos, garantia de acesso/universalidade, qualificação da relação usuário-trabalhador, vínculo e, melhoria da comunicação.

O acolhimento foi considerado parte integrante de todas as ações em saúde não se limitando à recepção do usuário no serviço de saúde, ele não se limita ao ato de receber, mas compõe uma seqüência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho, na relação com o usuário, dentro e fora da unidade (19).

A temática responsabilização (grifo da autora)**,** foi confirmada por Franco, Bueno e Merhy, quando diz que sem acolher e vincular não há como produzir responsabilização e nem tão pouco uma otimização tecnológica das resolutividades que realmente têm impacto nos processos sociais de produção e da doença (19). A responsabilização está relacionada à utilização dos recursos disponíveis para a resolução dos problemas dos usuários; constatar apenas os problemas de saúde tomando-os como desafio não é suficiente para produzir mudanças (20).

Há a necessidade iminente de restabelecer o princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde e o acolhimento é a garantia do cumprimento desse princípio doutrinário do SUS, além de estabelecer o vínculo (grifo da autora) que promoverá mudanças nas práticas dos serviços.

A resolutividade (grifo da autora) associada ao acolhimento parte do pressuposto que haja uma escuta qualificada e vínculo para que se possa garantir a resolução dos problemas do usuário que é o objetivo final do trabalho em saúde (20).

A humanização (grifo da autora) do atendimento proporcionada pelo acolhimento foi confirmada por Matsumoto que se refere ao acolhimento como um processo de relações humanas e deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde nos vários momentos do atendimento (21).

O acolhimento é uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e serviços têm que estabelecer com todos os tipos de usuários (22). Permite a inversão do modelo tecno-assistencial (grifo da autora) para a saúde, pois, propõe uma organização do serviço de saúde de forma a reconhecer as necessidades de saúde da população, desviando o foco da doença para o doente, permitindo a multidisciplinaridade além de mudar o modelo de atendimento centrado no médico. A inversão do modelo tecno-assistencial por meio do acolhimento como diretriz operacional foi confirmada por vários autores (23,7).

O acolhimento permite ainda captar ruídos (grifo da autora) por meio da escuta qualificada. Os ruídos a que os autores se referem são interferências na comunicação ou mesmo deficiências nas informações no processo de trabalho. Pode ser utilizado como dispositivo que interroga as práticas cotidianas permitindo captar ruídos nas relações entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado nos interesses do usuário (23).

Ainda para os mesmos autores a qualificação da relação trabalhador-usuário (grifo da autora) é também outro benefício do acolhimento. Esta relação se da com padrões humanitários, de solidariedade e cidadania. O acolhimento promove essa qualificação, estreitando as relações de tal forma que o trabalhador de saúde se sente responsável pela resolução dos problemas do usuário promovendo assim a responsabilização.

Quando há vínculo (grifo da autora), com o usuário, há uma ampliação da eficácia das ações de saúde e uma maior participação do usuário durante a prestação de serviço, o que favorece a autonomia dos sujeitos (usuário e trabalhador) reorganizando os processos de trabalho em saúde (24). Criar vínculo implica ter relações próximas e claras, de forma que o trabalhador possa se sentir responsável pela vida e pela morte do paciente (25).

A comunicação (grifo da autora) é vista como condição imprescindível para que ocorra o acolhimento, de forma a resolver os problemas trazidos pelo usuário. A comunicação aqui proposta deve implicar em técnicas terapêuticas centradas no usuário que demanda por um cuidado. O diálogo que ocorre nos encontros deve configurar-se numa verdadeira teia comunicacional tanto para os trabalhadores em si como para os trabalhadores e usuários (26).

Os dados encontrados nesta pesquisa reforçam a necessidade do uso das tecnologias leves como estratégia para a melhoria nos serviços de saúde, principalmente quanto a reorganização do processo de trabalho. O MS também recomenda o uso de tecnologias e dispositivos organizacionais que permitam a otimização dos recursos nos serviços de saúde (27).

A tecnologia leve, aqui representada pelo acolhimento e vínculo, constitui um elemento crucial de gestão, pois é pela qual atualmente ocorrem as principais reestruturações produtivas do setor de saúde (18).

2.4 A humanização da assistência em saúde

2.4.1 Breve história da Humanização dentro do contexto da saúde

A busca por uma assistência em saúde mais humanizada tem estado em foco atualmente. Embora as primeiras discussões sobre o tema tenham acontecido há mais de trinta anos, verifica-se certa dificuldade em conceituar o termo humanização e em inseri-la no cotidiano da assistência à saúde. Ainda em 2003 o termo causava estranheza, sendo identificado como um movimento religioso, filantrópico ou paternalista, sendo menosprezada por grande parte dos gestores e ridicularizada por trabalhadores (28).

A primeira discussão sobre este assunto foi emitida em 1972, pelo Hospital *Mont Sinai*, em Boston, porém a primeira declaração reconhecida pela Organização Mundial de Saúde foi a Carta de Alma Ata, criada no Kazaquistão Soviético em 1978. Neste documento ficou estabelecido que a saúde deveria ser um direito fundamental (29). Sabe-se que a partir da década de 80 devido a inúmeras reclamações e processos judiciais, reclamações dos usuários, a busca pela humanização em saúde tornou-se necessária.

Na década de 1980, a tecnificação e a produtividade eram os valores norteadores da saúde. Nesta década eram valorizados os princípios da eficiência e otimização, mas a partir do final da década de 1980 e início de 1990, a humanização passou a ser valorizada, pois a partir daí, são incorporadas as noções de qualidade, satisfação e autonomia (30).

A busca por humanização da assistência à saúde no Brasil está intimamente ligada à criação do SUS em 1988 (28). Se os princípios doutrinários do SUS fossem respeitados, o atendimento ao usuário seria, de certa forma, humanizado, mas ao longo dos anos, verificou-se que a operacionalização do SUS era algo complexo e estes princípios nem sempre foram implementados. Com isto, o Estado, através do MS, passou a formular estratégias para implementar a humanização na assistência à saúde.

Em dezembro de 2000, o tema humanização foi incluído na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde e em 2001, o MS lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), este programa enfocava que a eficiência técnica e científica deveria caminhar junto com a singularidade e as necessidades do usuário. Também objetivou capacitar a equipe multiprofissional para a prática humanizada, já que a especialização e tecnificação dos profissionais resultaram em um afastamento deles (14).

Este programa foi inserido em um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e também por alguns trabalhadores e banalizada pela maioria dos profissionais e gestores (28).

O PNHAH também destacou o papel do gestor, pois este é um dos principais responsáveis por proporcionar as condições adequadas para que os direitos sejam respeitados. A princípio os programas de humanização se baseavam em projetos, atividades, propostas de caráter fragmentado dentro do MS e do SUS. Tinha-se, então, um duplo problema: a banalização do tema da humanização e a fragmentação das práticas ligadas a diferentes programas de humanização da saúde. Havia um mesmo problema em uma dupla inscrição teórico-prática, que trouxe a necessidade de uma redefinição do conceito de humanização, bem como dos modos de construção de uma política pública de humanização da saúde (28).

Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), e a partir daí, a busca por humanização da assistência já não seria direcionada somente à assistência dentro de hospitais, mas deveria permear o atendimento ao usuário nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2004). Com a implementação da política, a humanização dentro do SUS tornou-se transversal de forma que deveria permear o conjunto das relações em saúde (28).

A humanização diz respeito a uma proposta ética, estética e política, ética porque depende da mudança nas atitudes de gestores, trabalhadores e usuários, estética porque está relacionada ao processo de produção da saúde a seus protagonistas. É também política, pois é relativa à organização do SUS (31).

A palavra humanização estabelece íntima relação com a qualidade na atenção-satisfação usuário, além de estar sempre relacionada ao voluntarismo, assistencialismo, paternalismo e até mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento que se sustenta na racionalidade (28).

Neste ir e vir de conceitos, concepções e métodos, o SUS continuou caminhando numa tentativa de efetivar a humanização como política e em 2006 cria a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde que tem como base os princípios básicos da cidadania. Por meio dela, o cidadão brasileiro tem conhecimento de seus direitos como usuário do SUS (31).

A humanização nos serviços de saúde se fez necessária, considerando as várias situações vividas pelos usuários, como: longas esperas, ausência de regulamentos, deficiências de instalações e equipamentos, adiamentos de exames, entre outros (32). A PNH não deixa explícito o conceito de humanização, apenas afirma o que ela se refere a um “entendimento” do seu coletivo de formuladores (33).

O projeto da PNH deve se firmar no vínculo com os usuários, garantindo seus direitos, estimulando o protagonismo dos atores do sistema de saúde pela sua ação de controle social e pelo fomento de mecanismos de co-gestão. A PNH também deve garantir melhores condições para os trabalhadores e gestores realizarem seu trabalho. A humanização como política pública deve criar espaços de construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalhar em equipe, isto supõe, é claro, lidar com necessidades, desejos e interesses destes diferentes atores (28).

A humanização, então, “[...] se apresentava como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização e do controle social participativo” (28).

Para que a humanização realmente faça parte da agenda do SUS, é necessário o trabalho em conjunto de gestores, trabalhadores e usuários. Os gestores, na operacionalização do SUS; os trabalhadores, na conscientização e na prática diária e os usuários, na busca do conhecimento de seus direitos.

Uma política de humanização deve sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, alinhar o conceito com a prática e o conhecimento com a transformação da realidade (28).

2.4.2 O significado do termo Humanização

A humanização é vista como uma forma de prestar assistência onde são valorizados não somente a utilização de novas tecnologias, mas também os direitos do usuário, suas crenças e valores. O termo humanização, geralmente designa a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do cliente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional (34).

A humanização também pode ser vista sob uma perspectiva filosófica numa estreita relação com a felicidade humana e democraticamente validada como bem comum (34). É de extrema importância na caracterização da assistência à saúde. O contato direto com o ser

humano acaba por colocar o profissional de saúde diante de sua própria vida de maneira a olhar para suas próprias frustrações e conflitos. Muitas vezes para evitar este contato, o profissional adota o distanciamento do paciente como mecanismo de defesa. Humanizar a assistência em saúde é também cuidar de quem cuida (35).

A humanização está fundamentada na qualidade do relacionamento interpessoal que se estabelece no ambiente de saúde. Para que o cuidado ao paciente seja eficiente e satisfatório, um dos pontos fundamentais a serem observados é o dialogo, como ressalta Deslandes, ao dizer que a humanização do atendimento abrangeria fundamentalmente aquelas iniciativas que apontam para a democratização das relações que envolvem o atendimento; o maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente; o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, ou ainda, o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico (33). Deveríamos escolher pessoas afetuosas, espontâneas, autênticas, compreensivas, empáticas, amorosas e não-julgadoras em suas relações habituais com outras pessoas para propiciarmos relações terapêuticas aos nossos clientes (36).

A finalidade das profissões assistenciais é facilitar o desenvolvimento pessoal e o crescimento psicológico dos clientes. O grau em que os clientes sentem as qualidades na relação com o terapeuta é o que determina as mudanças que ocorrerão (36).

A humanização é ainda uma estratégia de interferência nas práticas em saúde de tal forma que os sujeitos envolvidos quando mobilizados são capazes de transformar coletivamente as realidades e de se transformar. O desafio da humanização estaria intimamente ligado a uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo (37).

Não somente os usuários necessitam estar envolvidos como também os profissionais devem ter a oportunidade de realizar seu trabalho de modo digno e de sentirem-se co-gestores do processo de trabalho no qual estão inseridos. Para Pessini é possível e adequado para a humanização se constituir, sobretudo, na presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade (38). Torna-se útil construir uma metodologia de trabalho para implantação de projetos de humanização nas diversas instituições, o que favorecerá o desenvolvimento de ações voltadas para os usuários e condições de trabalho para os profissionais, fortalecendo espaços de troca e produção de conhecimento voltado para uma

melhor qualidade de trabalho e saúde (35). Muitas vezes os profissionais estão concentrados na realização de suas atribuições técnicas, esquivando-se do seu papel primordial no ambiente terapêutico: a humanização.

O desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido uma série de benefícios mas também a desumanização. A objetividade da ciência nos faz eliminar a condição humana e apenas usar da anamnese. Muitas vezes não escutamos o paciente, mas apenas colhemos informações (35).

A humanização não substitui a busca de novas tecnologias em prol da modernização do tratamento ao paciente. Ela visa o equilíbrio entre o uso de tecnologias e uma assistência holística. A anamnese é um exemplo de contato entre o profissional e o usuário que poderia ser uma experiência humanizada, mas esta transformou-se apenas em um procedimento técnico e o profissional perde a oportunidade de realizar uma interação saudável entre ambos.

As organizações de saúde nem sempre conseguem atingir um equilíbrio entre a utilização de tecnologias de ponta e o atendimento humanizado. Algumas instituições apresentam muitos recursos tecnológicos, mas não conseguem atingir um atendimento de qualidade, enquanto que outras até cuidam do paciente de uma forma integral, mas por falta de recursos tecnológicos, não conseguem desenvolver um tratamento eficaz.

Deslandes, indaga se há espaço para implementação da humanização através de mudanças estruturais e da adoção de novos conceitos e práticas (33). Teixeira, questiona Deslandes ao afirmar que a questão principal não é o espaço para implementar as mudanças, mas sim como operacionalizá-las. Estas questões são extremamente pertinentes, já que estamos inseridos em um cenário configurado pela dimensão desumanizante provocada em boa parte pela ciência e tecnologia empregadas no ambiente de cuidado (39).

Este pensamento também é compartilhado por Mota, Martins e Véras, que observam que a dimensão desumanizante da ciência e tecnologia se dá na medida em que ficamos reduzidos a objetos de nossa própria técnica e objetos despersonalizados de uma investigação que se propõe ser fria e objetiva. Por exemplo, um hospital pode ser excelente na questão da tecnologia e mesmo assim ser desumano no atendimento, tratando as pessoas como simples objetos de intervenção técnica, sem serem ouvidas em suas angústias, temores e expectativas, ou sequer informadas sobre o que está sendo feito com elas (35).

Já em outro contexto, pode-se observar a defasagem no atendimento humanizado em decorrência da carência de recursos essenciais ao atendimento com qualidade ao usuário. A má qualidade do atendimento o torna desumanizante, com baixa resolutividade, permitindo que

profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando uma situação que já é precária (35).

A humanização não pode ser entendida apenas como responsabilidade dos serviços de saúde ou dos usuários, sendo que ambos se configuram como atores dos estágios que levam a propiciação do atendimento humanizado. Ela é um processo contínuo que busca a transformação tanto do profissional quanto da instituição e do próprio SUS. É ainda vista como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de modificar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, sobretudo, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e formulando seu protagonismo (35).

As relações de cuidado devem ser pautadas na convivência e interação saudáveis e não em relações de domínio de uns sobre os outros. Para esta boa convivência torna-se imperativo que os profissionais mudem a forma de se posicionar diante da vida, dor e sofrimento do outro.

Para que as práticas de assistência à saúde se tornem mais humanizadas a relação entre profissional e usuário deve ser de constante troca. As diferenças entre os seres humanos não devem levar à assimetria de poder, mas sim à interação que produz novas experiências baseadas na vivência das pessoas (40) .

Podemos dizer que a rede de humanização em saúde é uma rede de construção permanente de laços de cidadania, de um modo de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas (35).

As políticas de Humanização que têm sido construídas são metodológicas demais para tratar um assunto tão abstrato e subjetivo como a humanização e ao mesmo tempo fundamentais a sua implantação real no país, já que o conceito é bastante amplo e idealista.

A humanização aspira a uma ampliação de horizontes normativos, ou seja, que não se refiram apenas à normalidade morfofuncional, própria ao plano tecnocientífico, mas que visem idéias mais amplas de felicidade (34). Neste sentido, espera-se que estas sejam capazes de escapar à restrição da conceituação de saúde ao problema tecnocientífico estrito dos riscos, disfunções e dismorfias. Entretanto, que também não terminem em uma ampliação excessivamente abstrata desse horizonte, tal como vimos acontecer na clássica definição da saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social" difundida pela OMS no final dos anos 70 (41).

Humanizar também pode ser entendido como um processo bastante abstrato e, em determinado momento até utópico, mas que deve ser organizado e implementado através de projetos no cotidiano da saúde, tornando-se uma realidade vigente.

Nesta perspectiva, é necessário substituir o antigo modelo das relações entre profissionais-profissionais / profissionais-usuários, e colocar em ação as diretrizes sobre humanização tão definidas e defendidas no papel. Fazer com que a Humanização faça parte realmente do atendimento em saúde é deixar para trás o modelo de queixa-conduta e entender a subjetividade daquele que está sendo assistido.

> "Este novo modo de ver a assistência em saúde consiste em aceitar a multiplicidade de determinantes da saúde e a complexidade das relações entre os trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde" (37).

Como a humanização passou a ser discutida efetivamente a partir da década de 90, os profissionais que tiveram sua formação anterior a esta data, não tiveram uma orientação direcionada a este tipo de assistência. Com isto, a implantação de planos e políticas de humanização é, para estes profissionais, uma novidade a qual eles têm que conhecer, conscientizar-se e adaptar-se. Não se muda uma cultura de assistência unicamente com capacitações dirigidas aos profissionais, mas investindo em sua formação. Somente assim haverão mudanças na cultura da assistência (33).

A humanização é um processo amplo e demorado em que se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros e os padrões novos não estão prontos. Cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização (42).

Humanizar o cuidado não é tão simples. Muitas vezes o profissional busca atender o paciente de forma humanizada, mas o próprio sistema não fornece estrutura, tempo e profissionais suficientes para realizar esta assistência. Assim, a humanização continua sendo um conceito utópico e habitualmente o que ocorre é uma desconsideração da subjetividade e da experiência de vida do usuário trazendo uma série de conseqüências negativas na relação entre o profissional e usuário. A comunicação profissional-usuário é muitas vezes carregada de termos técnicos tornando-a unilateral, não compreensível e, portanto, inadequada sendo esperado dos profissionais de saúde uma valorização da comunicação com uma linguagem compreensível. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde assegura, em seu segundo princípio, que tanto o usuário quanto seus familiares, têm direito a receberem informação sobre

o estado de saúde do cliente de forma clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à sua condição cultural (4).

Uma assistência humanizada exige do profissional de enfermagem a busca de um relacionamento baseado no respeito e na empatia e constantemente, os profissionais devem colocar-se no 'lugar' do cliente para compreenderem suas necessidades e suas dificuldades. Benevides e Passos dão a seguinte definição: "Por humanização entendemos, portanto, menos a retomada ou revalorização da imagem idealizada do Homem e mais a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais" (28).

Transformar os modos de construir as políticas públicas e nelas a humanização é necessário mudar o *modos operandi* fragmentado e especialista (28).

2.5 O surgimento da Oncologia no Brasil

A propósito de situarmos um pouco melhor a disciplina de conhecimento que os sujeitos desta pesquisa são submetidas, apresentaremos neste tópico um breve histórico da inserção da mesma no país.

A história do tratamento oncológico no Brasil confunde-se com a história do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Foi criado na década de 30, dentro de uma reorientação da política nacional de saúde realizada pelo então presidente Getúlio Vargas. A política de saúde estava sendo reformulada devido ao aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer. Assim, em 13 de janeiro de 1937, foi assinado o decreto que criava o Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro. As instalações deste centro foram inauguradas em 14 de maio de 1938, sob a direção do Dr. Mário Kroeff, pioneiro em pesquisa e tratamento do câncer no Brasil (43).

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional do Câncer (SNC), na tentativa de desenvolvimento de uma política nacional do controle do câncer. Após três anos, o Centro de Cancerologia transformou-se em Instituto do Câncer. A aprovação de um novo regimento em 1961 reconheceu-o oficialmente como Instituto Nacional do Câncer e atribuíram-lhe novas competências no campo assistencial, científico e educacional. Este período é considerado a fase áurea da instituição mas, a partir da década de 60, ocorreu uma reorientação das políticas

econômica e de saúde, o que beneficiaria a medicina previdenciária e reduziria drasticamente o orçamento do MS (43).

Com o intuito de controlar o câncer no Brasil, é criado em 1967, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) e em 1969, sob inúmeros protestos, o Instituto é desligado do Ministério da Saúde, passando a estar ligado ao Ministério da Educação e Cultura. Esta situação durou até 1972 quando foi reintegrado ao Ministério da Saúde (43).

O início da década de 1980 foi marcado por um crescimento e recuperação do INCA. As reformas e programas executados, assim como os convênios técnico-científicos firmados, projetaram o INCA como centro médico-hospitalar especializado de ensino e pesquisa (43).

Em 1982, é criado o Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC), cuja estrutura passaria a ser o Pró-Onco. A partir daí, dá-se uma ação contínua em forma de programas, informação, combate ao tabagismo, educação em cancerologia nos cursos de graduação em Ciências da Saúde, prevenção de cânceres prevalente e divulgação técnico-científica.

A criação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, deu novo impulso ao INCA e o Instituto foi incluído no Artigo 41 da lei 8.080/90 como órgão referencial para o estabelecimento de parâmetros e para a avaliação da prestação de serviços ao SUS (2). A liderança do INCA é consolidada através da ampliação de seus programas, criação de novos programas nacionais de detecção precoce do câncer e incorporação de novos hospitais e do Pró-Onco ao INCA. Inicia-se então, o Programa de Gestão pela Qualidade Total e para apoiar financeiramente o INCA, é criada a Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer. Em 1998, é inaugurado o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico, unidade hospitalar dedicada exclusivamente aos cuidados paliativos. Há, então, a criação de uma coordenação responsável pela prevenção do câncer (43).

Com intuito de garantir assistência oncológica integral à população brasileira que não vive em capitais, foi criado em 1998, através da portaria nº 3.535/GM, o Projeto de Expansão da Assistência Oncológica, coordenado pelo INCA. Assim, dá-se o planejamento estratégico, criação e implantação de centros de oncologia em hospitais gerais, conhecidos como Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) com a expansão da oferta de serviços diagnósticos, cirúrgicos, quimioterápicos, radioterápicos e de cuidados paliativos em áreas sem cobertura anteriormente.

Em 2003, as Unidades Assistenciais do Instituto ficam parcialmente desabastecidas, devido a uma crise administrativa e a rápida interferência do MS promove o restabelecimento da normalidade, mas também resultam em mudanças nos processos gerenciais. Sob nova

direção, o INCA estabelece um modelo de gestão mais participativo buscando cumprir as premissas do SUS de universalidade, eqüidade, integralidade e descentralização (43).

2.6 A Humanização da assistência em Oncologia

A humanização em oncologia é tema que tem sido pouco estudado, e é de extrema importância que, esta venha acontecer efetivamente no cotidiano dos serviços especializados nesta área como o CACON, frente ao tipo de clientela que por eles é atendida. Geralmente são pacientes graves que apresentam muita dor e necessitam de cuidados não apenas técnicos, mas essencialmente humanizados de forma a contribuir para a aceitação da doença, empenho e cooperação no tratamento.

Humanizar a assistência ao paciente é o maior objetivo de um cuidado de enfermagem no Modelo Humanista; para tal o processo deve ser interativo e dinâmico, com ações coletivas e individuais (44). O INCA preconiza uma terapia de forma holística colocando o paciente no centro do cuidado e todos os esforços devem convergir para ele. O plano terapêutico tem sido uma estratégia para o alcance deste cuidado holístico e humanizado (43).

O planejamento terapêutico não se restringe, no entanto, à seleção de condutas clínicas e/ou cirúrgicas, devendo incluir todo um conjunto de cuidados que permitam ao paciente situar-se em sua nova condição e adaptar-se física, psicológica e socialmente a ela. É sob esta ótica que a reabilitação deve ser considerada, conforme se discute a seguir.

A recuperação física e psicológica do paciente e o seu reajustamento social dependem do trabalho de uma equipe formada por vários profissionais, com funções específicas e tempo de atuação variável conforme o problema apresentado. Vale ressaltar que a equipe deve trabalhar de forma integrada e manter um relacionamento harmônico com o paciente e os seus familiares (43).

A enfermagem atua inúmeras vezes com o paciente com dor, percebendo que o aumento da ansiedade e do desconforto compromete ainda mais o seu estado geral (45). Nesse sentido, a responsabilidade de promover o alívio da dor e o conforto do paciente exige uma precisa avaliação dos aspectos fisiológicos, emocionais, comportamentais e ambientais que desencadeiam ou aumentam o seu quadro álgico. Na assistência ao paciente em sua

integralidade, devem ser consideradas as situações de desconforto e de dor vivenciadas por esta, objetivando uma melhor qualidade de vida desses pacientes.

O paciente com uma neoplasia em desenvolvimento apresenta muita dor devido à presença da doença como também dos efeitos colaterais causados pelas terapias necessárias ao tratamento do câncer. Estes tratamentos geralmente não atingem apenas as células neoplásicas, mas também as outras células do organismo.

Os profissionais que administram o tratamento oncológico devem lembrar que o sofrimento do paciente tem vários aspectos e é compartilhado pelo paciente e por sua família. Para o mesmo autor a dor tem quatro dimensões: física: que se refere à dor que o paciente sente em seu corpo; social: relativa à falta que o paciente sente do convívio com seu círculo familiar, de amigos, no seu trabalho, etc.; psíquica: relacionada à estrutura mental e psíquica e aos mecanismos de defesa que o paciente desenvolve para enfrentar a dor; espiritual: associada às concepções que o indivíduo traz em sua trajetória de vida (46).

O tratamento humanizado nestes casos vai além de conhecer o histórico e a patologia física deste paciente, mas também sua angústia, carência e em muitos casos desmotivações que geram desânimo para com o tratamento necessário. Para tal o plano terapêutico deve envolver o usuário e a família no tratamento, deve incluir as informações necessárias referentes ao diagnóstico, às condutas terapêuticas, aos prognósticos, bem como atender outras necessidades que possam emergir; valorizar a subjetividade, os medos e sentimentos dos usuários.

A humanização da assistência ao paciente oncológico é imperativa em todos os momentos em que o paciente vivencia a doença desde seu diagnóstico, durante todo o tratamento até sua alta. Não se limita a recepção do paciente no serviço; vai além das suas relações com ele, estendendo à família e comunidade. Desta forma, paciente e família terão condições favoráveis para o enfrentamento humanizado da doença, garantindo a dimensão ética do cuidado.

Os CACON's são serviços altamente especializados para o tratamento oncológico no país, mas correm o risco de cair na mera operacionalização técnica dos procedimentos, deixando de lado o ser humano envolvido neste processo. Este ser humano é representado pelo paciente, familiares e principalmente pelos profissionais envolvidos, sempre na perspectiva de que o ser humano antes de cuidar do outro deve cuidar de si. Depois de transformar-se dentro deste processo de humanização estará apto a oferecer um tratamento digno a outro ser humano com a perspectiva do cuidar e, não somente, cura.

2.7 A relação de ajuda na perspectiva de Rogers

Neste estudo procurou-se partir dos pressupostos preconizados por Rogers na relação interpessoal centrada no cliente. Desta forma o referencial teórico adotado parte das ideias deste autor.

Na perspectiva de Rogers o acolhimento é entendido como a construção de uma relação de confiança, solidariedade e compromisso entre os usuários e as equipes de saúde. A proximidade nas relações é o que permite uma comunicação sem ambigüidades (47). A atitude positiva com relação ao outro, permitindo calor, atenção, afeição, interesse e respeito é o que caracteriza uma relação voltada para humanização. Alguns elementos são desfavoráveis na relação de ajuda: falta de interesse, atitude distante ou afastamento, simpatia excessiva, conselhos diretos e precisos, conselhos com grande ênfase no passado ao invés de enfrentar os problemas atuais. Todas estas atitudes podem prejudicar a confiança da pessoa que precisa de ajuda. A atitude compreensiva é a postura mais recomendada visto que coloca o paciente no centro de suas atenções (47).

Atitudes compreensivas não definem um modelo de assistência de enfermagem. Um modelo centrado na pessoa provoca transformações levando o enfermeiro a atitudes humanistas, além de ajudar o indivíduo a encontrar suas próprias soluções e alcançar um amadurecimento (44). Nesta abordagem, o enfermeiro poderá ouvir objetivamente o indivíduo, identificar suas necessidades, ajudá-lo a encontrar soluções a partir do aumento das informações de sua própria atividade mental, instrumentalizando-o para o agir. Por meio da abordagem humanista, a enfermagem pode oferecer um cuidado não centrado no médico e sim centrado nas necessidades do paciente (44).

Humanizar a assistência ao paciente é o maior objetivo de um cuidado de enfermagem no Modelo Humanista; para tal, o processo deve ser interativo e dinâmico, com ações coletivas e individuais (44). O acolhimento neste sentido permitirá ao enfermeiro ajudar o paciente utilizar seu próprio quadro de referenciais para encontrar as soluções para seus problemas. No Modelo Humanista, a enfermagem deve estar voltada para as necessidades que o paciente apresenta e todo o cuidado deve ser direcionado para satisfação destas necessidades e não somente no cumprimento de ordens médicas e das instituições.

O permitir-se entrar completamente no mundo do outro, em seus sentimentos, concepções e vê-lo como ele mesmo o vê, nos permitirá compreender e aceitar todas as facetas que a outra pessoa te apresenta. Para o mesmo autor, devemos sempre nos perguntar

se realmente somos capazes de entrar com delicadeza numa relação, sem que nosso comportamento seja captado como uma ameaça para o outro. Será que somos capazes de nos relacionarmos com o outro sem emitir juízos de valor e permitir que o outro o faça por si mesmo? (47).

O ser humano é basicamente um organismo digno de confiança, capaz de avaliar a situação externa, compreendendo a si mesmo no seu contexto, fazendo suas escolhas quanto à sua vida e agindo a partir destas escolhas. Precisamos compreender a concepção do organismo humano no que diz respeito a sua natureza e sua motivação para que possamos ajudá-lo. Para que todas estas questões propostas por Rogers aconteçam, há a necessidade de estabelecimento de um vínculo com o outro. Este vínculo pode ser estabelecido por meio do acolhimento que é essencialmente permeado por subjetividades (47).

A subjetividade do ser humano é um valor fundamental e é o que realmente é humano. Em suas obras e em especial nesta Rogers diz que a mesma o ajudou a se compreender melhor e com isto compreender o outro. O modo de compreender as relações interpessoais no método centrado no cliente não pode ser seguido, copiado, deve partir do que Rogers sugere: *"um ponto que cada pessoa precisa atingir em si mesma"* este ponto é o central e é de onde a pessoa deveria partir (36).

Quando a pessoa se sente compreendida e apreciada ela começa lentamente a valorizar os aspectos de si mesma; começa com muita dificuldade a perceber e sentir o que ocorre no seu íntimo, o que sente, o que suporta e como reage. As mudanças começam a ocorrer a partir do momento em que ela se sente livre para manifestar seus sentimentos, então começam as modificações significativas sobre seus valores (36).

As relações de ajuda convergem para o acolhimento onde se realmente busca esta compreensão, esta percepção do outro, para que se possa oferecer a ajuda no sentido de fazer com que o outro encontre o seu próprio referencial de valores e por meio deles possa nortear seus comportamentos.

Para os mesmos autores o centro de valorização está no íntimo de cada pessoa; é sua vivência que proporciona a informação deste valor *"...*<u>as relações profundas e proveitosas com os outros são sentidas como formas de auto-realização</u>" (grifo da autora).
O homem no seu íntimo acredita na sabedoria de seu organismo e é capaz de utilizá-la (36).

A relação que promove a liberdade e facilita o crescimento precisa de contemplar três situações: a <u>congruência</u> (grifo da autora) em que o terapeuta deve ser autêntico e coerente; somente assim ocorrerá mudanças na personalidade do cliente. A <u>atenção positiva</u>

incondicional (grifo da autora) em que o terapeuta deve demonstrar reação positiva mesmo diante dos mais diversos comportamentos do cliente, acolhendo (medo, confusão, cólera, ódio etc); valorizar o cliente de maneira incondicional**,** e a compreensão empática (grifo da autora) que o terapeuta percebe os sentimentos que o cliente vivencia e consegue compreendê-lo comunicando-se bem com o cliente (36).

Para os mesmos autores há outro tipo de compreensão: sim compreendo você, ou eu também tive este problema, eu entendo. Não é desta compreensão que os autores falam. Ele apreende o que ocorre no mundo interior do cliente assim como ele o vê e sente. Todas estas atitudes são muito mais importantes para Rogers do que a competência técnica e proficiência do terapeuta (36).

O cliente que é ouvido e recebe atenção de seu terapeuta acaba aprendendo a ouvir a si mesmo; a se comunicar com o seu íntimo. Aprendendo a se ouvir aprende a se aceitar, a exprimir seus sentimentos mais ocultos e passa a ser mais autêntico, a deixar as máscaras, abandonar seus comportamentos fabricados e defensivos e ser mais verdadeiro. Pode optar por escolhas imperfeitas e depois corrigi-las, pode escolher entre o construtivo e o destrutivo. Uma relação torna-se acolhedora quando é permeada por afeto, empatia, compreensão, confiança e respeito (36).

2.8 Os preceitos da relação interpessoal

O organismo do homem é um instrumento de comunicação composto por órgãos sensoriais (receptores), órgãos efetores (emissores), transmissores internos (as vias nervosas e humorais) e um centro (cérebro). Quando estamos sozinhos o sistema de comunicação fica limitado a este organismo logo a comunicação é intrapessoal e é interpessoal (grifo da autora) quando interage com uma ou mais pessoas (44).

Em qualquer que seja a relação, a qualidade do encontro pessoal com o cliente é o elemento mais importante para a sua eficiência. Esta qualidade é que determina a que ponto estamos do desenvolvimento e crescimento deste cliente (36). Para Rogers e Barry a relação eficiente traz consigo alguns atributos que a tornam favorável ao crescimento:

A congruência (grifo da autora) é quando o conselheiro é autêntico, sem máscaras e demonstra seus sentimentos e atitudes no momento em que eles aparecem. Estes sentimentos são acessíveis à consciência do conselheiro que é capaz de senti-los e comunicá-los se for adequado; seu encontro é direto com o cliente – de pessoa para pessoa; ele não se nega (36).

Quanto mais o terapeuta é capaz de ouvir e aceitar o que acontece no seu íntimo mais é capaz de ser congruente. Quanto mais autêntico e congruente o terapeuta maior é a probabilidade de ocorrer mudanças na personalidade do cliente.

São qualidades do terapeuta: sinceridade, autenticidade, humanidade. Até mesmo os sentimentos negativos do terapeuta em relação ao cliente devem ser demonstrados. Esta autenticidade não é fácil de ser alcançada; é necessário reconhecer o fluxo da vivência que ocorre em nosso íntimo. Se permitir ser sincero e imperfeito na relação. Na relação onde a transparência impera, em que ambos se revelam, muito provavelmente ocorrerá um encontro significativo (36).

A empatia (grifo da autora) permite vivenciar uma compreensão empática e exata; perceber o mundo interior e íntimo do cliente como se fosse seu. Para que a relação seja empática há a necessidade de perceber confusão, timidez, cólera, sensação de injustiça manifestada pelo cliente como se fosse com você, porém, sem deixar que os seus sentimentos se incluam na relação. Desta forma é possível o crescimento, o aprendizado, o desenvolvimento e a mudança do cliente (36).

Este tipo de relação é raro. O que normalmente oferecemos é uma compreensão externa e de avaliação do tipo “eu compreendo”. Para os mesmos autores este tipo de compreensão empática é raro pelo fato de que se estou aberta para o mundo do outro, se consigo ver o que ele vê, corro o risco de mudar a maneira de ver a vida e ser modificado e a maioria das pessoas resistem à mudança (36).

O que normalmente fazemos é analisar e avaliar e pouco compreender. A relação empática não é conseguida sempre, assim como a congruência; há a necessidade de treinamento de sensibilização em que se possa desenvolver mais a sensibilidade, perceber os sinais mais sutis na outra pessoa (36).

A consideração positiva (grifo da autora) acontece quando o terapeuta vivencia uma atitude afetuosa, positiva e há uma maior chance de mudança e crescimento do cliente. O terapeuta demonstra apreço, se interessa de maneira não possessiva, de uma forma amorosa no sentido ágape; respeita o outro como sendo diferente de si sem possuí-lo (36). Ainda para os mesmos autores, há a necessidade da consideração incondicional (grifo da autora) na relação terapêutica para que ela seja mais eficiente. Quanto mais incondicional for a consideração positiva, melhor, ou seja, o terapeuta aprecia o cliente de maneira total sem lhe impor condições, é aberto e positivo sem reservas. Os autores dão o exemplo de uma criança que cresce numa atmosfera de aceitação incondicional provavelmente será um adulto seguro e forte (36).

A percepção do cliente (grifo da autora) é um outro atributo imprescindível quando se quer oferecer uma relação de ajuda. Quando o cliente percebe a empatia, a consideração, a aceitação, a autenticidade por parte do terapeuta há uma maior possibilidade de desenvolvimento na personalidade e mudança no comportamento do mesmo (36).

Na relação terapêutica, que Rogers chama também de relação de ajuda há a necessidade de que o terapeuta se manifeste sempre favorável; é preciso que seja autêntico, compreensivo, sábio ou forte e até mesmo tolo ou bobo (36).

As características importantes na relação terapêutica são a não imposição: ser ativo sem se impor; é necessário alguns momentos de atenção a si mesmo para que o terapeuta possa descobrir o que ocorre dentro de si. A atenção interiorizada do terapeuta: ao interagir com o cliente o terapeuta experimenta alguns sentimentos, observa, fantasia sem que tudo isto seja transmitido pois são inúmeras coisas acontecendo ao mesmo tempo. E por fim a simplicidade sem mácula, principalmente quando o cliente não mostra sua intimidade. O terapeuta precisa descobrir dentro de si uma resposta para o cliente e dizer a ele com tamanha simplicidade o que compreende que ele sente e pensa. Na maioria das relações terapêuticas é o terapeuta que inicia a relação demonstrando afeto, solicitude e interesse (36).

2.9 A relação Enfermeiro-paciente na perspectiva humanista

Os modelos de assistência à saúde podem adotar diversos caminhos. O Modelo Médico, o Comportamental, o Psicodinâmico, o Modelo Preventista e o Modelo Humanista (centrado na pessoa). Todos estes modelos poderão ser adotados nas tarefas de planejar, organizar, dirigir, supervisionar e avaliar a assistência de enfermagem. O enfermeiro deve para tal, ter uma postura profissional coerente com o seu modo de ser e de encarar a vida (44).

Neste trabalho optamos por aprofundar no modelo humanista em que segundo Furegato, há a preocupação do homem sem a dicotomia mente-corpo; há uma valorização da pessoa como centro de atenção à saúde; é o que valoriza o indivíduo como ele é independente da raça, cor, sexo, status ou posses materiais; valoriza o relacionamento estreito, respeitoso, equilibrado e recíproco com o mundo natural; valoriza as relações interpessoais na família, no trabalho e no mundo; supõe que uma pessoa é mais adequadamente ativa e produtiva se conhece a si própria. Supõe que todo o indivíduo existe num mundo de experiências do qual é o

centro e que está em permanentes mudanças, logo ninguém pode conhecê-lo tão bem quanto ele mesmo; logo o autoconhecimento é imprescindível (44). A autora compartilha com as mesmas idéias de Rogers quando diz que o autoconhecimento é condição importante em todo o processo de mudança.

O auto-cuidado foi identificado como condição imprescindível para o cuidado do outro em um estudo realizado entre profissionais de enfermagem que objetivou associar o auto-cuidado com o (des) cuidado do outro. Para a autora precisamos estar bem conosco mesmo para estar bem com os outros (48). Diante disto, infere-se que não há como estar bem conosco se não nos conhecemos.

Para Hoga há a necessidade do autoconhecimento dos profissionais e de sua consciência de suas resistências para o alcance da humanização da assistência (49).

O modelo humanista tem diversas implicações na enfermagem, porém atitudes compreensivas não definem um modelo de assistência de enfermagem, mas um modelo centrado na pessoa provoca transformações provocando no enfermeiro atitudes humanistas, além de ajudar o indivíduo a encontrar suas próprias soluções e alcançar um amadurecimento. Nesta abordagem o enfermeiro poderá ouvir objetivamente o indivíduo, identificar suas necessidades ajudá-lo a encontrar soluções a partir do aumento das informações de sua própria atividade mental, instrumentalizando-o para o agir. No Modelo Humanista a enfermagem deve estar voltada para as necessidades que o paciente apresenta e todo o cuidado deve ser direcionado para satisfação destas necessidades e não somente no cumprimento de ordens médicas, das instituições (44).

Somente saímos do nosso caos total quando compreendemos a nós mesmos; quando passamos a nos ouvir. Muitas vezes ouvimos coisas e nos apropriamos delas como se fosse nossas e pensamos nelas como nossas. Sempre devemos nos conectar ao mundo nos perguntando: onde estão as ligações comigo? (36).

Por carecer muitas vezes de identidade profissional, a enfermagem fica a mercê de modelos hegemônicos, em posições indefinidas apenas complementando papeis de outras ciências. O enfermeiro somente alcançará objetividade, maturidade, segurança, flexibilidade e criatividade em seu desempenho quando colocar o paciente no centro de sua atenção profissional. Centrar a atenção no paciente não significa abrir mão de sua função de administração da assistência ou mesmo sua função técnica de cuidado ao paciente (44).

Para a autora algumas atitudes do enfermeiro são importantes na relação de ajuda:

1. O paciente é um participante ativo na sua experiência de doença, precisa ser respeitado em sua individualidade , direito e valores;

2. Enfermeiro e paciente se observam, tomam decisões e executam ações;
3. O profissional utiliza de sua carga de emoções, preconceitos, capacidades, conhecimentos, habilidades e também suas deficiências;
4. A motivação impacta na qualidade da interação e está ligada a maneira como o enfermeiro enfoca sua profissão;
5. Sem julgamentos, o enfermeiro deve ter a consciência de que a conduta do paciente é apenas a expressão de como ele sabe reagir a situações da vida;
6. Estabilidade, congruência e constância são positivas numa interação;
7. Os resultados da comunicação de ambos deve ser avaliado pelo enfermeiro, além de compreender a sua dinâmica;
8. Cabe à assistência de enfermagem tornar o paciente independente dela;
9. Cabe à enfermagem utilizar de sua capacidade transpessoal do trabalho articulando-se com outras áreas tendo o paciente como centro;
10. O comportamento do paciente tem um significado e é sua forma de interagir demonstrando seus sentimentos de revolta e dificuldades de enfrentamento;
11. O paciente é uma pessoa única que precisa de ajuda; o enfermeiro é uma pessoa também única que detém conhecimentos e habilidades para ajudar os outros; pela comunicação interpessoal ambos poderão atingir seus objetivos;
12. O enfermeiro deve preparar todo o seu pessoal para lidar com o paciente utilizando da mesma conduta. (44)

Por meio da abordagem humanista, a enfermagem pode oferecer um cuidado não centrado no médico e sim centrado nas necessidades do paciente (44).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Optou-se pela abordagem qualitativa que é a que se aplica ao estudo das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, como os seres humanos percebem a si mesmos e como pensam (50). Este tipo de pesquisa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave, além de ter o significado como preocupação essencial (51). Os autores acrescentam ainda que a preocupação da pesquisa

qualitativa não é, simplesmente, os resultados e o produto, mas o processo (relações interpessoais, modificações significativas no envolvimento dos sujeitos) que se desenvolve para chegar a estes.

As dimensões qualitativas são indicadas quando o objeto em estudo é histórico e social e quando os processos de trabalho são complexos (52).

3.1 O Estudo de Caso como método

Determinado o tema de pesquisa, iniciou-se uma longa trajetória para a escolha do método de pesquisa. A literatura oferece muitas opções para o pesquisador qualitativista apreender o objeto em estudo. Diante da temática escolhida e do tipo de sujeito de pesquisa percebeu-se que deveria se tratar de um método que conseguisse apreender a totalidade do objeto de uma forma profunda e abrangente. Neste período cursando disciplinas já como aluna regular pude esclarecer muitas dúvidas sobre os métodos qualitativistas. Foi um ir e vir na fenomenologia, na etnografia, na história oral, no método clínico-qualitativo até que o estudo de caso pareceu o mais indicado para estudar o problema de pesquisa. Pode-se perceber que com este método os detalhes não são meros detalhes, mas o que dá sustentação à pesquisa.

O acolhimento visto como relação interpessoal exige profundidade do método para ser compreendido. Para Rogers e Barry, ao falar das relações, em especial da relação terapêutica dizem que ela não está desprovida de valores. A pessoa, o cliente tem seus valores, tem sua individualidade e singularidade (36). Diante desta singularidade tão grande que são os sentimentos e valores de outra pessoa, em especial o paciente com câncer, o método de pesquisa escolhido foi o estudo de caso qualitativo.

O estudo de caso "é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes". O estudo de caso permite a investigação de múltiplas variáveis com múltiplas fontes de evidência, além de poder se beneficiar do desenvolvimento anterior das proposições teóricas para orientar a coleta de dados (53).

Ainda para Yin, este método é criticado por muitos pesquisadores sendo muitas vezes taxados de "*soft",* porém acrescenta que talvez estes investigadores não tenham seguido

sistematicamente todos os procedimentos. Ainda há as críticas que os estudos de caso fornecem pouca base para generalizações científicas, mas o próprio autor afirma que as generalizações são às proposições teóricas e não às populações ou aos universos (53).

Lüdke e André ao falar sobre o estudo de caso dizem que o caso deve sempre ser bem delimitado com contornos bem definidos e que, mesmo similar a outros é distinto, pois tem um interesse próprio, singular (54). A escolha de estudar o acolhimento especificamente no ambulatório de oncologia foi por esta unidade ser bastante diferente dos demais locais de tratamento oncológico, no sentido das relações humanas que são bastante intensas visto o enorme volume de pacientes, profissionais, estudantes além dos inúmeros procedimentos realizados neste local.

Compartilhando da idéia dos autores, certamente os resultados seriam diferentes se o acolhimento fosse estudado na unidade de quimioterapia, radioterapia ou mesmo no setor de internação oncológica.

Yin sugere que, o pesquisador para saber se o estudo de caso é o método mais acertado deve se perguntar se há a necessidade de explicar alguma circunstância presente do tipo "como um determinado fenômeno social funciona" ou mesmo a profundidade deste fenômeno. Este fenômeno a que o autor se refere pode ser individual, grupal, organizacional, social ou político. Permite ainda descrever, ilustrar ou mesmo explorar algum fenômeno. (53).

Neste estudo optou-se por explicar e descrever o acolhimento na perspectiva dos pacientes oncológicos, compreendendo como se dá as relações humanas na vida real no cenário de pesquisa escolhido. Considerando que o acolhimento é visto por vários autores como uma intensa relação humana e, portanto um fenômeno social relevante optou-se por este método.

Dentre as pesquisas qualitativas, o estudo de caso é um dos métodos mais relevantes; tem como objeto uma *unidade* que se analisa profundamente do aspecto da natureza e da abrangência que pode ser um sujeito ou uma comunidade (55).

Há três tipos de estudo de caso; os exploratórios, os descritivos e os explanatórios, porém o pesquisador poderá utilizar em alguns momentos de mais de um tipo, pois, há algumas sobreposições entre eles (53). Neste estudo optou-se pelo estudo de caso exploratório pela natureza do fenômeno a ser apreendido.

O local onde o estudo se realizou é um anexo da instituição participante, funciona em prédio independente e tem características próprias. Optou-se em caracterizar ambos para uma melhor compreensão do leitor.

3.2 A instituição participante da pesquisa

Poços de Caldas é uma cidade do interior de Minas Gerais da microrregião do Alto Rio Pardo. Tem uma população estimada de 144.386 (56). Os municípios limítrofes são os mineiros Botelhos e Bandeira do Sul a nordeste, Campestre a leste, Caldas a sudeste e Andradas a sul e os paulistas Águas da Prata a sudoeste, São Sebastião da Grama e Divinolândia a oeste e Caconde ao norte.

Na escala hierárquica dos centros urbanos brasileiros classificados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Poços de Caldas caracteriza-se como "Capital Regional" em função da centralidade que a cidade desempenha sobre outros municípios da região no processo de distribuição de bens e serviços. Dessa forma, Poços de Caldas polariza diretamente outras 23 pequenas cidades no entorno.

A instituição participante da pesquisa é um hospital de grande porte, geral, filantrópico, fundado em 1904. Conta com 180 leitos para atendimentos clínico e cirúrgico, além de serviços de alta complexidade como Oncologia, Urgência/Emergência, Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal, Terapia Renal Substitutiva, Neurocirurgia e Traumatologia.

Seu planejamento estratégico concebeu como missão: prestar assistência à saúde com excelência, de importância estratégica municipal e regional, colaborando com o ensino e pesquisa. A visão desta instituição é prestar serviço humanizado de saúde, com qualidade, segurança, gestão compartilhada, incorporando novas tecnologias, com sustentabilidade econômica. Seus valores são pautados na Ética, Responsabilidade Social, Cooperação, Eficiência, Persistência, Prosperidade, Humanização. O seu negócio é promover a saúde e cuidar da vida.

A instituição é referência para tratamento do câncer para 80 cidades que compreendem o próprio município, a microrregião de Poços de Caldas, Alfenas-Machado, Pouso Alegre, Itajubá e Guaxupé e algumas cidades da macrorregião.

A Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) de Poços de Caldas foi credenciada para atendimento de câncer aos usuários do SUS em 2004. Possui estrutura física, recursos humanos e tecnológicos adequados de acordo com as portarias vigentes que regulamentam o tratamento do câncer. Tem, atualmente, 5.531 (cinco mil quinhentos e trinta e um) pacientes cadastrados e aproximadamente 3.000 (três mil) pacientes em tratamento. Recebe uma média mensal de 226 novos pacientes/ mês. O ambulatório de oncologia recebe, em média, 1.200 (hum mil e duzentos) pacientes/mês.

Os tratamentos oferecidos pelo UNACON são: consultas, quimioterapia, exames complementares de média e alta complexidade, internações clínicas e cirúrgicas, atendimentos de urgência e emergência e radioterapia através de serviço terceirizado.

3.3 A caracterização do local do estudo

O estudo se realizou numa unidade de ambulatório de oncologia da UNACON de Poços de Caldas. A escolha teve um propósito bastante claro para a pesquisadora. Convivendo diariamente com a realidade deste local pode-se perceber os ruídos de comunicação, relações tensas, conflituosas e muitas vezes até rudes.

Considerando que o primeiro contato do paciente com o serviço se dá na unidade do ambulatório entendeu-se que a compreensão destas relações seria de grande importância para que a instituição tenha subsídios para a melhoria da qualidade dos serviços prestados a uma clientela carente de relações afetuosas .

Barry ao contar de uma experiência sua diz que muitas vezes nos tornamos pessoas responsáveis, que segue regras, o que é definido por outro e distanciamos das reais necessidades dos outros, nos tornamos insensíveis ao outro (36).

Convivendo com a rotina do ambulatório pode-se perceber que muitos dos comportamentos de alguns funcionários recém-transferidos ou admitidos para esta unidade não eram seus, mas incorporados de outras pessoas e acabavam por não perceber as reais necessidades do outro em especial do paciente, seu familiar ou seu colega de trabalho. Tal fato pode ser percebido pelos inúmeros afastamentos, pedidos de demissão, transferência de setor. Muito provavelmente não havia congruência nestas relações.

O serviço de oncologia no município de Poços de Caldas como tudo na saúde, começou com grandes lutas e marcado pelo ideal de muitos abnegados médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e administradores que não mediram esforços para que o sonho se realizasse.

Inicialmente funcionou sem credenciamento pelo SUS, num prédio na entrada da cidade e atendia a outros convênios. Eram oferecidos serviços de quimioterapia e hemoterapia. A radioterapia era oferecida em outro prédio. As cirurgias oncológicas eram realizadas pela instituição que hoje agrega o serviço de oncologia, a Santa Casa. Esta lógica do serviço muito

se assemelha ao atual modelo do SUS; fragmentado e pulverizado em suas ações deixando muitas vezes de cumprir o princípio doutrinário da integralidade do cuidado bem como suas diretrizes.

Por inúmeras vezes o credenciamento ao SUS foi solicitado ao Estado, e somente em 2004 por um decreto do presidente da república, se efetivou.

Para cumprir a legislação foi necessário transferir todas as atividades para a Santa Casa, onde atualmente o serviço de oncologia funciona e o serviço passou a ser um CACON que mais tarde se tornou uma UNACON.

Inicialmente o ambulatório de oncologia funcionou onde hoje é o atual serviço de urgência, depois foi transferido para o centro de radiodiagnóstico e finalmente para um prédio anexo à Santa Casa onde atualmente funciona. O serviço de quimioterapia foi instalado no primeiro andar onde atualmente funciona.

A radioterapia é um serviço terceirizado e funciona num prédio fora das dependências da Santa Casa. Tem administração própria e recebe pacientes de toda a região.

O ambulatório de oncologia funciona anexo à Santa Casa, num prédio independente com uma recepção com guichê, consultórios médicos, consultórios para equipe multidisciplinar (enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social), sala para atendimento de fisioterapia, sala de procedimentos, sanitários para pacientes e funcionários e o café CACON. No piso superior funciona o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), Serviço de Registro Hospitalar de Câncer (RHC), Serviço de Faturamento.

A equipe multidisciplinar é composta por 28 (vinte e oito) médicos, 4 (quatro) enfermeiras, 8 (oito) técnicos de enfermagem, 1 (um) auxiliar de enfermagem, 3 (três) nutricionistas, 2 (duas) psicólogas, 2 (duas) assistentes sociais, 2 (dois) fisioterapeutas, 1 (um) terapeuta ocupacional, 2 (duas) funcionárias da higienização e 8 (oito) funcionários do setor administrativo. Acrescenta-se a estes profissionais alunos de graduação em enfermagem que participam de um projeto que tem como objetivo o acolhimento ao usuário.

A equipe de enfermagem é composta por uma enfermeira coordenadora, uma enfermeira do ambulatório, uma do setor de quimioterapia e uma da unidade de internação clínica oncológica. Três das quatro enfermeiras possuem formação em oncologia. Os processos de trabalho da enfermagem são monitorados por indicadores de qualidade da assistência de enfermagem e servem de subsídios para a tomada de decisões. A sistematização da assistência de enfermagem está parcialmente implementada na unidade de internação clínica. Todos os pacientes admitidos no ambulatório passam em consulta de enfermagem. Nos demais

atendimentos, o que determina a consulta de enfermagem é a demanda do usuário e a disponibilidade da enfermeira. Um auxiliar de enfermagem faz a recepção e encaminhamento de todos os usuários (pacientes e acompanhantes). A jornada de trabalho da equipe de enfermagem é de 8 (oito) horas diárias com folgas aos fins de semana e feriados. As atividades de enfermagem realizadas no ambulatório compreendem: acolhimento, consulta de enfermagem, exame físico, curativos, orientações de enfermagem, auxilio a procedimentos médicos, campanhas de prevenção do câncer, atividades com a comunidade entre outras.

Segundo dados do Serviço de Estatística e Análise da instituição, ano base 2010, a UNACON tem uma média mensal de 1538 atendimentos médicos, 561 sessões de quimioterapia, 11 biópsias, 1114 exames diagnósticos (laboratoriais e imagem), 517 atendimentos multidisciplinar (139 serviço social, cinco de Terapia Ocupacional, 29 psicologia, 197 de nutrição, 147 de fisioterapia). Tem uma média mensal de 19 óbitos.

A UNACON mantém atualizado o RHC que além de cumprir as determinações do MS serve como subsídio para a tomada de decisões com base nos dados epidemiológicos.

3.4 População do estudo

A população constituiu-se de pacientes portadores de neoplasia cadastrados no serviço, em tratamento no ambulatório de oncologia da UNACON de Poços de Caldas.

Critérios de inclusão: idade mínima de dezoito anos, capacidade de verbalizar e compreender e que concordassem em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

3.5 Técnica de amostragem

A escolha dos sujeitos da pesquisa foi feita de modo intencional. A própria pesquisadora fez a escolha dos sujeitos que reuniam os atributos para integrar a amostra da pesquisa além dos mencionados anteriormente foram: ter disponibilidade para a pesquisa, ter mais tempo em tratamento, ter boa capacidade de comunicação. Na escolha dos sujeitos de pesquisa, deve-se privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer

definindo claramente o grupo social mais relevante sobre o qual a pergunta central da pesquisa incidirá (50).

A pesquisadora vem desenvolvendo trabalhos na UNACON desde sua criação com projetos de extensão e trabalhos de conclusão de curso nas temáticas acolhimento, humanização, satisfação do usuário, cuidados paliativos e terapias alternativas e complementares, com discentes do Curso de Graduação da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais *Campus* Poços de Caldas. Tal familiaridade com a clientela, facilitou a escolha adequada dos sujeitos para compor a amostra, fazendo com que os sujeitos escolhidos para compô-la pudessem representar o grupo em estudo.

A composição da amostra se findou com a saturação e homogeneidade ampla dos dados. Para Turato, a coleta de dados se finda quando, após obter as informações com um certo número de sujeitos, as novas entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo e o conteúdo coletado passa a ter uma soma de características e variáveis em comum a todos os sujeitos (57).

3.6 Instrumentos para coleta de dados

Foi utilizado um roteiro para a entrevista s*emi-estruturada* (APÊNDICE B) e um roteiro para a observação participante (APÊNDICE C). Para a entrevista *semi-estruturada* optou-se pelo modelo proposto por Turato e para a observação participante o modelo proposto por Triviños ambos com algumas adaptações (57,55).

A entrevista *semi-estruturada* foi escolhida por permitir que os participantes pudessem revelar informações importantes de maneira natural. Com o objetivo de adequar o roteiro da entrevista, o instrumento foi discutido nas disciplinas cursadas pela pesquisadora e também no grupo de pesquisa Núcleo de Pesquisa Qualitativa em Saúde (NUPEQS).

Nos estudos de caso a observação direta dos eventos associada a entrevistas com os sujeitos envolvidos no evento, permitem lidar com uma grande variedade de evidências (53).

A entrevista *semi-estruturada* é um dos principais meios que o investigador tem para coletar dados, além de valorizar a presença do mesmo, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (55). Seguindo as recomendações do mesmo autor os sujeitos da pesquisa poderão ser submetidos a várias entrevistas individualmente com o intuito de colher o máximo

de informações e também para avaliar as variações das respostas em diferentes momentos. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora.

A observação participante foi escolhida, por entender que seu envolvimento prévio com o serviço e os sujeitos da pesquisa poderia beneficiar a coleta, a análise e interpretação dos dados.

Na observação participante a participação ativa do pesquisador na situação investigada em que ele interage com os sujeitos, possibilita a apreensão da realidade explicitada pelos participantes envolvidos no fenômeno em estudo. A participação que o autor se refere pode variar de uma total imersão do pesquisador na realidade até um completo distanciamento (55). Optou-se neste estudo pela observação com alguma participação.

O observador como participante revela sua identidade e os objetivos da pesquisa ao grupo, desde o início, logo, passa a ter acesso a uma grande quantidade de informações (54).

Acrescentando-se à entrevista e a observação participante, a pesquisadora optou por utilizar a análise documental para obter a triangulação de técnica de coleta com o objetivo de tornar mais claro os dados coletados. O prontuário do paciente oncológico é composto por inúmeros documentos desde o resultado que comprovam o câncer, histórico, anamnese, anotações da equipe multidisciplinar, situação socioeconômica entre outras informações de previdência social, afastamentos etc. A busca no prontuário validou as informações fornecidas pelos pacientes e profissionais além de nortear as entrevistas pois o prontuário era consultado em momentos diferentes da coleta de dados. Sempre antes da entrevista para que houvesse uma familiaridade com a situação do sujeito bem como após a entrevista para a validação de alguns dados fornecidos por ele.

Para a amostragem de tempo definiu-se que a observação seria de segunda à sexta-feira, período em que o ambulatório de oncologia funciona. A escolha do horário tanto da entrevista quanto da observação considerou o agendamento das consultas. A consulta aos prontuários aconteceu em vários momentos.

As anotações de campo foram de natureza descritiva e reflexiva conforme recomendado por Triviños (55).

Toda observação participante deve utilizar de um diário de campo que para a autora é um bloco de notas em que o investigador diariamente vai anotando o que observa (50). Para este estudo optou-se por um formulário com um roteiro de observações (Apêndice C).

Para o ajuste dos instrumentos de coleta de dados, foi aplicado um pré-teste em uma amostra de pacientes com o mesmo perfil da amostra utilizada no estudo, pacientes estes que não compuseram a amostra do estudo; não houve necessidade de mudanças no instrumento.

3.7 O procedimento de coleta dos dados

Os dados foram coletados no período de dez de maio de 2011 a seis de julho do mesmo ano. Neste período se procederam as entrevistas, as observações de campo e a análise documental. As técnicas de coleta de dados acompanhavam o movimento do ambulatório. Quando os prontuários se encontravam disponíveis eram utilizados para a coleta dos dados de identificação, diagnóstico, tratamento e dados sócio-demográficos que eram confirmados na entrevista.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora. As observações de campo foram feitas conforme roteiro (APENDICE C) em momentos diferentes para apreender a totalidade do ambiente e foram digitadas separadamente por data de observação. As anotações de campo foram realizadas concomitantemente à observação ficando pouco conteúdo para posterior anotação. Quando feitas no local do estudo percebia-se certa curiosidade dos pacientes e profissionais no conteúdo escrito. Muitas vezes a anotação foi interrompida por este motivo.

À medida que os dados eram coletados, procedia-se a leitura das anotações de campo, da observação participante e o contato com as entrevistas gravadas. Neste mesmo período foi-se construindo um quadro com os dados clínicos e sócio-demográficos dos sujeitos o que permitiu analisar e tornar a amostra mais heterogênea. A planilha era composta por colunas contendo o código do entrevistado, sexo, idade, tipo de câncer, se havia metástase ou recidiva, naturalidade, estado civil, procedência, situação econômica, ocupação e religião.

Como recomendado por vários autores, a pesquisa qualitativa permite este ir e vir no material, o que enriquece ainda mais o conteúdo. À medida que se entrava em contato com os dados coletados percebeu-se que a coleta poderia ser melhor. A profundidade das entrevistas foi melhorando, a forma de proceder a observação participante e as anotações de campo foi ficando mais ricas em detalhes. Detalhes estes que foram imprescindíveis para a compreensão das falas dos sujeitos e o entendimento da comunicação não verbal.

À medida que se ouvia as entrevistas gravadas, voltava-se nas observações de modo a aprofundar-se o entendimento do conteúdo manifesto pelos sujeitos. O modo de se vestir, o tom de voz, a expressão corporal acabavam por reforçar as falas e às vezes até permitir inferências de alguns discursos velados.

Terminada toda a coleta de dados e alcançando-se a saturação dos dados optou-se por fazer uma pausa para uma reflexão. Foi solicitado a outro pesquisador que lesse o material

coletado para certificar-se da saturação dos dados de forma a dar maior confiabilidade. A saturação foi percebida à medida que não havia novas informações.

O contato com realidades tão fortes acabaram levando a pesquisadora a refletir situações que o cotidiano traz, mas que somente se pensa quando realmente se faz uma pausa. A finitude, a esperança, a morte física, a perda da auto-estima, a indignação, o poder de adaptação do ser humano, a força em querer vencer sempre, a luta pela sobrevivência, a desigualdade, a iniquidade foram temas que fizeram parte desta reflexão.

A volta ao campo trouxe um aprofundamento e um entendimento melhor do conteúdo manifesto dos sujeitos e mesmo dos discursos não manifestos.

Após alguns dias deu-se início ao contato com as entrevistas uma a uma, voltando por inúmeras vezes nas falas para melhor compreensão. Iniciou-se a transcrição dos dados para formar o corpus das entrevistas. A identificação se deu pelo mesmo modo.

Após a digitação das treze entrevistas todo o material foi reunido numa pasta para se proceder a leitura flutuante. Foram feitas inúmeras leituras e então para maior clareza optou-se por construir outro quadro. O primeiro quadro já informava os dados sócio-demográficos dos sujeitos como dito anteriormente e o outro constava da transcrição de algumas falas que eram disparadas mesmo antes de proceder ao início da entrevista, mas, que eram demandas dos pacientes e pareciam ser importantes na posterior análise dos dados.

Outro quadro foi construído em colunas que continham a pergunta da entrevista no título, o código do entrevistado, a fala do sujeito respondendo aquela pergunta, a categoria primária e a categoria secundária. Num trabalho exaustivo iniciou-se o processo de recortar a fala do corpus da entrevista e colocá-lo dentro das perguntas. Embora parecesse excesso de zelo com o material, foi uma forma que a pesquisadora encontrou para certificar-se do caminho a ser percorrido. Neste período todo o material estava transcrito e de duas formas distintas. O primeiro, na íntegra e o segundo de acordo com o roteiro da entrevista.

Terminada esta etapa iniciou-se a digitação de todo o material das observações das entrevistas. Entendeu-se que seria mais rica a interpretação das entrevistas se as observações das mesmas estivessem já digitadas. Estas observações continham todo o comportamento do sujeito antes, durante e após a entrevista, seu modo de vestir, falar, risos, choros, vícios de linguagem entre outros (APÊNDICE B).

O mesmo foi feito com o material das anotações de campo. Foi feita a digitação incluindo o momento da mesma e o momento da anotação que não excedeu algumas horas.

O roteiro utilizado para as observações de campo muito auxiliou, pois, ao entrar num ambulatório de oncologia muitas situações podem fazer o pesquisador perder o foco da

observação participante principalmente quando se é enfermeira. A tendência é ficar onde há necessidade de cuidados de enfermagem, onde há dor, onde há qualquer tipo de demanda de cuidado. Isto não aconteceu durante as observações de campo. Foi possível adotar várias posições, desde o local da recepção, consultórios médicos, corredores até o local onde é servido o lanche aos pacientes (Café CACON).

Durante todo o tempo do contato com o material coletado e transcrito voltou-se por inúmeras vezes ao campo para validar os dados coletados. Como o período de retorno dos pacientes variava entre vinte e oito a noventa dias, foi possível acompanhar até por três vezes o retorno do paciente ao ambulatório e certificar-se de seu comportamento comparando com o comportamento do dia da entrevista.

Este momento foi bastante prazeroso, pois se percebeu que o comportamento adotado pelos sujeitos no momento da entrevista não era diferente em outros dias que ele freqüentava o ambulatório o que trouxe maior confiabilidade aos dados coletados. Embora ao fim da entrevista ficasse claro para o sujeito que se quisesse acrescentar ou mudar algo na entrevista poderia fazê-lo na próxima vinda ao ambulatório ou por telefone ou e-mail isto não aconteceu nos contatos subseqüentes.

Percebeu-se que haviam dias extremamente tumultuados e dias em que o ambulatório estava quase vazio. Com o passar dos dias pode-se perceber que o que determinava o fluxo do atendimento era somente a agenda do médico.

O vínculo que se formou com os pacientes foi tão intenso que muitos ao retornar ao ambulatório ou no hospital manifestavam o desejo de conversar, de contar suas dores, internações entre outras novidades. Mostravam seus trabalhos manuais concluídos, suas perucas, suas cicatrizes em fase de melhora e até de suas esperanças.

3.8 Técnica de análise dos dados

Para o tratamento dos dados optou-se pela análise de conteúdo que é um método muito utilizado nas pesquisas qualitativas (50, 58).

A análise de conteúdo é uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais. Esta busca permite ao pesquisador a avaliação da subjetividade dos sujeitos nas suas comunicações; "*são técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e*

válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos" (50).

A análise de conteúdo analisa, por meio de procedimentos sistemáticos, as comunicações, com a descrição dos conteúdos das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos das condições de produção e recepção destas mensagens (59).

Optou-se pela Análise Temática proposta por Minayo, que relaciona tema a uma afirmação a respeito de determinado assunto podendo-se usar para tal, palavras, frases, resumo (50). A autora propõe etapas a serem seguidas para esta análise. Na primeira etapa (grifo da autora), denominada pré-análise, consiste de uma leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. Nesta primeira fase determina-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais. Na segunda etapa (grifo da autora) é feita a exploração do material em que o pesquisador buscará as categorias podendo estas serem teóricas ou empíricas que especificarão os temas. Na terceira etapa (grifo da autora) a autora propõe o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (50).

3.9 A validação dos dados e resultados coletados

A pesquisa qualitativa exige uma transparência desde sua concepção até a conclusão final. Para os estudos de caso, em especial os exploratórios, recomenda-se que o autor deixe claro como se deu a validade externa e a confiabilidade tanto na forma em que os dados foram coletados quanto como foram validados (53).

Foram utilizadas três fontes de coleta de dados: a entrevista, a observação participante e a análise documental.

Para a validade externa (grifo da autora) utilizou-se do referencial teórico fazendo uma generalização analítica, (resultados com a teoria, contrapondo com as falas), utilizou-se também o Grupo de Pesquisa Núcleo de Pesquisa Qualitativa em Saúde (NUPEQS) e a opinião do orientador para validar as categorias encontradas utilizando-se como suporte o referencial teórico.

Foi percorrido todo o caminho recomendado para a análise de conteúdo temática e as categorias foram colocadas em um quadro com as falas dos sujeitos ilustrando cada categoria.

Por imaturidade da pesquisadora inicialmente as categorias ficaram bastante pulverizadas e bastante presas ao referencial teórico, se resumindo em palavras que davam significado aos sentimentos explicitados nas entrevistas. Esta versão foi levada ao grupo de pesquisa e foi feita as leituras em conjunto até o entendimento que havia a necessidade de apreender mais profundamente os relatos dos sujeitos.

Foi sugerido pelo orientador reler todas as falas retiradas das entrevistas sem voltar ao material inicial. Assim, após sucessivas leituras o que parecia muito pulverizado começava a ter sentido e traduzia a fala do grupo.

Elaborou-se inicialmente cinco grandes categorias e neste momento percebeu-se a necessidade de criar algumas subcategorias. Nesta etapa tudo parecia mais claro e sem o amadorismo do início. As categorias já não traduziam apenas os sentimentos, mas o que os sujeitos estavam comunicando com aqueles sentimentos. Foram então construídos os enunciados que dariam nome às categorias. A partir daí, cada categoria foi novamente analisada para ver a necessidade de se criar subcategorias. Apenas algumas necessitaram.

O material foi encaminhado ao orientador que sugeriu pequenas alterações nos enunciados e que foram feitas. Neste momento todas as falas dos sujeitos estavam ilustrando as categorias. Nenhuma fora retirada. Após a definição dos enunciados iniciou-se o processo de selecionar quais falas seriam utilizadas para ilustrar as categorias. Algumas foram escolhidas e outras deixadas para ser utilizadas no corpo do trabalho.

Com o objetivo de garantir a confiabilidade (grifo da autora) do estudo, foram usados roteiros para a entrevista e para a observação participante construídos previamente baseado nos modelos de Triviños e Turato respectivamente, além de cumprir as etapas do cronograma. Optou-se também em proceder a transcrição "*ipsis litteris"* das falas dos sujeitos (55,57).

Triviños recomenda que as perguntas norteadoras sejam adequadas ao objetivo do estudo e para tal recomenda alguns tipos a ser utilizados nos roteiros das entrevistas. Neste estudo utilizaram-se perguntas norteadoras do tipo descritivas, avaliativas e hipotéticas (55).

3.10 Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e foi aprovado no dia 03/01/2011 sob o número CAAE 5916.0.000.146-10 (ANEXO A).

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisa com seres humanos (APÊNDICE A), o qual foi assinado pelo sujeito após sua aceitação em participar da pesquisa (60). Foi de responsabilidade da própria pesquisadora a abordagem dos sujeitos para a explicação dos propósitos do estudo bem como a coleta da assinatura do TCLE.

A pesquisadora se comprometeu com os sujeitos a manter a confidencialidade e o anonimato de todo o material escrito ou gravado, coletado das entrevistas e observações. A pesquisa não ofereceu nenhum risco aos sujeitos.

Foi encaminhada à instituição de saúde onde a pesquisa se realizou, uma carta de autorização para a realização da mesma. A superintendência da instituição autorizou a pesquisa conforme APÊNDICE D.

3.11 A apresentação do projeto a equipe multidisciplinar da Oncologia

Com o objetivo de envolver a equipe multidisciplinar foi marcada uma reunião e o projeto foi apresentado no dia dois de maio de 2011. A apresentação foi feita no horário de trabalho um pouco antes da saída dos funcionários. Ao chegar à unidade, foi calorosa a recepção com olhares de curiosidade dos profissionais que pareceram com grande expectativa e boa vontade. Estavam presentes a coordenadora de enfermagem, a enfermeira do ambulatório, a psicóloga, a nutricionista, a assistente social, a técnica de enfermagem e alguns funcionários administrativos. Improvisou-se uma sala de consulta e logo toda a equipe estava em semicírculo atenta ao início da exposição. A apresentação foi dispensada, pois toda a equipe já se conhecia. Com a apresentação de alguns slides o conteúdo do projeto foi exposto e procurou-se dar maior foco na importância do estudo para os clientes, familiares, cuidadores e para os próprios profissionais.

A apresentação foi interrompida algumas vezes com muita curiosidade por parte de alguns. Procurou-se explicar todos os detalhes da pesquisa e a importância do papel da equipe no esclarecimento dos objetivos quando indagados por pacientes e familiares. Foi garantido o sigilo de todas as informações coletadas na unidade e que os resultados traduziriam a opinião do grupo e não opiniões individuais.

Antes do término da exposição foi questionado pelas enfermeiras e a psicóloga se a pesquisadora poderia encaminhar os pacientes que necessitassem de atendimento psicológico visto que tal encaminhamento está escasso, pois atualmente só é feito pelo médico e elas

percebem que muitos pacientes poderiam se beneficiar deste atendimento. Foi informado que este não era objetivo da pesquisa, porém por questões éticas seria necessária a autorização da coordenação médica do serviço.

Terminada a exposição a enfermeira da unidade já havia separado alguns prontuários e informou que antes de iniciar a agenda do dia ela se encarregaria de separá-los para que se pudesse fazer a escolha dos sujeitos a serem entrevistados e a coleta dos dados do prontuário.

Foi explicado que ainda não poderia iniciar a coleta visto que não havia sido feita a apresentação do projeto ao coordenador médico e ao responsável técnico da unidade. Os mesmos foram procurados várias vezes e por falta de tempo deles não houve a possibilidade da apresentação prévia do projeto. A apresentação foi feita na administração do hospital numa conversa informal em que foram relatados pela pesquisadora os objetivos do projeto, bem como a metodologia e o instrumento de coleta de dados. O responsável técnico da unidade também é pesquisador e assim houve uma maior facilidade de expor a pesquisa a ser realizada. Desta forma a coleta de dados pode ser iniciada.

3.12 A chegada no campo de estudo

A chegada em campo se deu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e após as autorizações da instituição de saúde, do coordenador médico da oncologia e do responsável técnico pela instituição.

Antes do início das entrevistas, a pesquisadora visitou algumas vezes o ambulatório para se certificar de como seria a melhor maneira de coletar os dados pelas entrevistas e pelas observações. Pode-se perceber que havia certa rotina demarcada por dias muito tumultuados em detrimento de dias com várias lacunas na agenda.

Percebeu-se que o que determinava tal movimento era tão somente a agenda do médico. Em conversa com as recepcionistas foi perguntado como acontecia a dinâmica do ambulatório; quem determinava os dias que ficaria lotado e os dia que não. Elas prontamente responderam que depende do médico; tem dia que o doutor pede para marcar mais e outros não, mas que isto estava mudando porque não podia mais marcar muitas consultas para o

mesmo médico no mesmo dia. Eram novas orientações da coordenação, mas que com alguns médicos isto era quase impossível de ser realizado.

Pode-se perceber que tal determinação não deveria estar sendo cumprida, pois, havia dias que não havia lugares para os pacientes se assentarem e acabavam ficando sentados na rua, calçada, encostados nos carros, dentro das ambulâncias e outros lugares que improvisavam. Muitos vinham de outras cidades com lanches, roupas e sacolas com vários pertences, pois sabiam que poderiam passar todo o dia fora de sua cidade e já deveriam contar com esta demora o que foi confirmado com algumas entrevistas.

Neste mesmo período pode-se perceber também que havia por parte de alguns pacientes certa familiaridade com o ambiente e com os funcionários. Por algumas vezes percebeu-se a presença de pacientes perguntando dos familiares de funcionários, de seus filhos, sobre melhora de doenças entre outras questões, conotando certo grau de intimidade.

Em uma das observações percebeu-se que a equipe multidisciplinar conversava sobre um evento acontecido na casa de uma das enfermeiras em que a maioria dos funcionários estavam presentes. Neste dia o que parecia era que a equipe era bastante socializada.

Em outro dia observou-se que vários pacientes e familiares bem como funcionários se encaminhavam ao chamado Café CACON. Este café é uma iniciativa de pessoas da sociedade poços caldense que angariam fundos para manter diariamente alimentos para o lanche de pacientes, familiares e funcionários que trabalham na oncologia.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo para a discussão dos dados, o termo paciente será substituído por cliente[1]. Para as teoristas da enfermagem o termo cliente é pouco utilizado, porém para um melhor alinhamento com o referencial teórico adotado neste estudo optou-se em substituir o termo paciente por cliente (62). Os sujeitos da pesquisa foram nomeados pela letra E de entrevistado sucedido pelo número da entrevista por ordem sequencial sendo E1 o primeiro sujeito entrevistado e E13 o último sujeito entrevistado. Vale ressaltar que neste estudo não houve nenhuma recusa a entrevista.

Os sujeitos da pesquisa, em número de 13 foram relacionados conforme Tabela 1 que caracteriza a situação sociodemográfica destes.

Quanto ao sexo a amostra se dividiu em sete (53,8%) pacientes do sexo masculino e seis (46,2%) do sexo feminino. A faixa etária predominante foi de 41-50 anos (30,8%). Oito (61,5%) sujeitos eram casados. Quanto à escolaridade quatro (30,8%) tinham o ensino fundamental incompleto, três (15,4%) possuíam o segundo grau, dois (15,4%) o fundamental completo, dois com ensino superior (15,4%), um sujeito (7,7%) possuía o primeiro grau incompleto e um (7,7%) pós graduação lato sensu.

A renda familiar variou entre um a dois salários mínimos em número de cinco (38,5%); seguido de três sujeitos com sete a dez salários (23,1%) e dois sujeitos com três a quatro salários (15,4%). Quanto a procedência sete (53,8%) eram de outros municípios e seis (46,2%) eram de Poços de Caldas.

---

[1] De acordo com o referencial teórico de Rogers tratamento, paciente, enfermidade e cura são termos próprios do vocabulário biológico, médico e patológico .O termo cliente embora não seja ideal no sentido de remeter às relações comerciais, bem diferentes das terapêuticas, tem o mérito de evocar as noções de independência e iniciativa próprias do papel do cliente (61). Neste estudo a abordagem é da linha humanista de Rogers e suas concepções serão respeitadas.

Tabela 1: Caracterização dos usuários atendidos em uma unidade de oncologia do Sul de Minas Gerais segundo características sócio-demográficas (n=13).

	Variáveis	Total	
		F	***%***
Sexo	Masculino	7	53,8
	Feminino	6	46,2
	Total	**13**	**100,0**
Faixa Etária	20-30 anos	2	15,4
	31-40 anos	1	7,7
	41-50 anos	4	30,8
	51-60 anos	2	15,4
	61-70 anos	2	15,4
	71-80 anos	2	15,4
	Total	**13**	**100,0**
Estado Civil	Casado	8	61,5
	Divorciado	1	7,7
	Solteiro	2	15,4
	Viúvo	2	15,4
	Total	**13**	**100,0**
Escolaridade	Ens. Fundamental Incompleto	4	30,8
	Ens. Fundamental Completo	2	15,4
	Ens. Médio Incompleto	1	7,7
	Ens. Médio Completo	3	23,1
	Ens. Superior Completo	2	15,4
	Pós Graduação	1	7,7
	Total	**13**	**100,0**
Renda Familiar	1 a 2 Salários Mínimos	5	38,5
	3 a 4 Salários Mínimos	2	15,4
	5 a 6 Salários Mínimos	1	7,7
	7 a 10 Salários Mínimos	3	23,1
	11 e mais Salários Mínimos	1	7,7
	Desempregado	1	7,7
	Total	**13**	**100,0**
Procedência	Do município em estudo	6	46,2
	De outros municípios	7	53,8
	Total	**13**	**100,0**

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Quanto ao diagnóstico, presença ou não de recidiva e metástase a amostra ficou assim composta: três sujeitos (23,1%) tinham câncer de mama, três (23,1%) câncer de ovário e três (23,1%) de próstata. Apenas dois (15,4%) tinham melanoma. Esta distribuição se assemelha com os dados mundiais quanto à epidemiologia do câncer.

Oito (61,5) sujeitos tinham metástase e cinco (38,5%) não tinham. Quanto à recidiva do tumor nove (69,2%) não tinham recidiva e somente quatro (30,8) tiveram seu tumor recidivado.

Tabela 2: Caracterização dos usuários atendidos em uma unidade de oncologia do Sul de Minas Gerais segundo características de morbidade (n=13).

Variáveis		Total	
		F	***%***
Tumor	Mama	3	23,1
	Ovário	3	23,1
	Próstata	3	23,1
	Melanoma	2	15,4
	Linfoma Não-Hodgkin	1	7,7
	Tumor desmoplásico de pequenas células redondas	1	7,7
	Total	**13**	**100,0**
Presença de Metástase	Sim	8	61,5
	Não	5	38,5
	Total	**13**	**100,0**
Presença de Recidiva	Sim	4	30,8
	Não	9	69,2
	Total	**13**	**100,0**

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

4.2 As categorias e subcategorias

A configuração das categorias e subcategorias apresentadas a seguir, denotou um movimento intenso de inter-relação entre a nossa experiência profissional, o referencial teórico/metodológico adotado e as questões subjetivas que povoam este inter-relacionamento. A validação deste movimento junto aos pesquisadores do NUPEQS também propiciou, como

citado anteriormente, um melhor balizamento para sua conformação. Assim sendo do contexto de análise emergiram 5 grandes categorias.

A primeira categoria emergente neste movimento tornou-se bastante clara tanto nas falas quanto no referencial escolhido. Rogers traz em todos os seus trabalhos a importância da comunicação em qualquer relação e em especial nas relações de ajuda como neste estudo (47; 61; 36; 64). Nesta categoria apareceu a comunicação como forma de humanização, de equilíbrio, necessária à cura e ao alívio dos sintomas, angústias e medos e as barreiras encontradas. Optou-se então em subdividir em três subcategorias.

4.2.1 CATEGORIA: A importância atribuída à comunicação como instrumento básico nas relações humanas e no processo de equilíbrio e cura da doença.

A sociedade e sua concepção de saúde-doença determinam quais as exigências que são feitas a assistência de enfermagem; para tal a sociedade utiliza de alguns critérios para determinar o que é normal ou não; critério normativo, estatístico, cultural, clínico, criminológico ou médico-legal. Muitas vezes o que se considera normal, adequado ou aceito pode ser considerado anormal, patológico ou desviante em outra sociedade (44).

Neste estudo, para o paciente oncológico, pareceu consenso a importância atribuída à comunicação. Ela traz conforto, acalma, alivia sintomas, diminui angústias e equilibra. De maneira inversa, os ruídos advindos de uma comunicação ruidosa, provocam angústias, medos, ansiedade entre outros sentimentos negativos. Entende-se aqui comunicação ruidosa aquela em que pode levar o destinatário a perceber a mensagem inadequadamente e pode produzir uma resposta inadequada. Os ruídos podem ser gritos, sirenes, mal estar físico, rumores (63).

A comunicação é entendida como um processo de compreender e compartilhar mensagens e esta comunicação pode influenciar o comportamento das pessoas envolvidas. Esta competência interpessoal, quando usada de modo terapêutico permitirá o atendimento das necessidades do paciente (63).

Para a autora três elementos são essenciais para que a comunicação aconteça: o emissor ou remetente que é a fonte da emissão da mensagem, o que a produz; o receptor ou destinatário que é o que recebe a mensagem, para quem a mensagem é enviada e a própria

mensagem que é aquilo que é transmitido pelo remetente e deve ter um significado para ele e para o destinatário (63).

Na perspectiva dos sujeitos da pesquisa, o equilíbrio no processo de saúde-doença e a humanização nas relações interpessoais foram alcançados quando a comunicação foi estabelecida. A humanização da assistência somente poderá ser compreendida a partir do momento que compreendermos o homem e suas relações consigo e com o meio que vive (44).

A comunicação com o paciente nos permite compreendê-lo em seu todo, em sua visão de mundo, em seu modo de pensar, sentir e agir (63).

Não há como falar de humanização sem falar de comunicação. Toda forma de assistência humanizada pressupõe uma comunicação que articula a troca de informações e saberes em que haja o diálogo livre de ruídos e uma escuta que atenda as demandas do usuário.

Ao falar do atendimento no ambulatório, os entrevistados traziam constantemente a importância da comunicação. Os discursos mostraram a comunicação de diferentes modos e em diferentes momentos do tratamento. Optou-se então em dividir esta grande categoria em subcategorias.

4.2.1.1 Subcategoria: A comunicação: componente de humanização, imprescindível desde o diagnóstico até a cura da doença

O diálogo sempre foi fundamental nas relações humanas. Por meio dele, profissionais de saúde podem desenvolver uma escuta singular que permita apreender todas as demandas dos clientes. Na medida em que o diálogo avança, o vínculo profissional-paciente aparece e deste vínculo nasce a confiança tão necessária na relação de ajuda.

E13 ao falar do atendimento ressalta a importância da comunicação e do bom tratamento.

> *E13: "Um bom atendimento é isso né... a senhora chega, o que o senhor quer? Bem tratar, o que o senhor deseja ?"*

Humanizar as inter-relações com os indivíduos é um empreendimento bastante complexo; são pessoas interagindo com pessoas. Para que isto ocorra é necessário primeiramente nos conhecermos como pessoas. O autoconhecimento permite buscar dentro de nós a fonte do amor, conhecer nossos sentimentos, tendências, impulsos, emoções, conflitos e valores (44).

Há o desejo por parte do cliente de uma comunicação eficaz, e para que isso ocorra é imperativo que os profissionais tenham autoconhecimento, no entanto, não foi isso que se observou. Percebeu-se que no ambulatório, não estavam incluídas atividades que permitissem o autoconhecimento por parte do profissional. Não se observou sessões de psicoterapia, grupos de ajuda ou qualquer outro atendimento psicológico. Tal fato pode ter contribuído para a dificuldade na comunicação entre pacientes e profissionais.

Humanizar a assistência de enfermagem tem sido um grande desafio, pois os próprios profissionais são resistentes. Este desafio torna-se um obstáculo a ser superado pelos gestores em saúde, em especial os que atuam na oncologia onde a fragilidade psicológica tanto de clientes, familiares e profissionais é uma constante. A interação paciente e equipe de enfermagem é fundamental para o estabelecimento de um vínculo afetivo e um atendimento de qualidade. Por meio deste vínculo o profissional é capaz de promover uma escuta qualificada, valorizar as idéias do paciente e conhecer suas emoções (65).

Os profissionais de enfermagem, por sua posição e atuação cuidadora, permeiam todos os momentos em que o cliente, familiar e cuidador freqüentam o ambulatório. Tal contato assume um caráter curativo centrado na queixa-conduta. Na observação participante pode-se perceber que há uma proximidade da relação entre enfermeiro-cliente, certa intimidade fazendo com que o enfermeiro consiga apreender particularidades do contexto social, situação da doença em que o cliente se encontra, quem é o membro apoiador da família, questões de humor do paciente entre outras informações relevantes. No entanto, percebeu-se também que este momento não é utilizado para uma escuta qualificada em que o cliente tenha um tempo para se expressar.

Como todo o movimento do ambulatório gira em torno da agenda médica, prevalecendo o modelo médico-centrado, o volume de clientes para receber este tipo de atendimento personalizado fica prejudicado, dificultando uma assistência humanizada.

Profissionais de saúde, em especial os que trabalham com oncologia, constantemente experimentam situações difíceis ao mesmo tempo em que são portadores de más notícias. Tal situação muitas vezes leva o trabalhador ao stress e ao sentimento de solidão que pode ser

minimizado com diálogos que são verdadeiros instrumentos de promoção da saúde. Estes diálogos colocam o profissional diante de si, permitindo seu autoconhecimento e desta forma melhorando o relacionamento com o outro (66).

A instituição muitas vezes expõe o profissional a situações indesejáveis como a exposição a longas jornadas de trabalho, falta de leitos, escassez de recursos materiais e humanos, porém é sempre possível oferecer uma relação solidária e humana.

O profissional que trabalha em oncologia não chega preparado para o enfrentamento de situações difíceis; não tem formação profissional adequada e nem tão pouco institucional. Para ele é uma tarefa solitária e não compartilhada com outros profissionais (66). Esta falta de preparo acaba por interferir nas relações terapêuticas e, por conseguinte no cuidado.

Há várias barreiras que podem prejudicar o cuidado: valores da profissão, falta de envolvimento, falta de forte sentido do "*self",* falta de ética, falta de conhecimento, falta de tempo, gratificação inadequada, falta de condições de trabalho. Todos estes fatores podem levar o profissional a uma frustração e insatisfação e estes levarem à alteração de humor prejudicando o cuidado com o outro (48).

O mau humor a que se refere o autor aparece em algumas falas dos sujeitos e em especial na fala de E4.

> *E4: "porque no fundo tem muita gente que é daqui de Poços mesmo que passa bem na frente, que é a preferência né... aí ela me chamou com a <u>cara meio assim</u> (grifo da autora) e falou espera...tanto que agora eu chego ali, se ela chama eu não vou com ela mais, eu só vou com os dois que eu conheço [...] Só quem tá doente para saber né. Por que você já sai daqui com aquilo, você já vai, Nossa Senhora Aparecida e cê tem que voltar, é complicado não é fácil não."*

Para que a harmonia aconteça o homem deve primeiramente se harmonizar com a natureza e para que isto aconteça deve harmonizar-se consigo mesmo *"O indivíduo precisa ser capaz de viver plenamente em e com cada um de seus sentimentos e reações"*. Uma pessoa equilibrada convive com seus mais variados sentimentos como o amor, ternura, hostilidade, sensualidade, cólera entre outros (44).

Encontramos dois tipos de pessoas: aquelas que têm o receio de assumir a responsabilidade de serem elas mesmas, não assumindo suas incertezas, inseguranças; mas também encontramos pessoas que vivem com liberdade, sendo elas mesmas, sem se

esconderem, valorizando seus sentimentos com confiança, satisfazendo suas necessidades. Estas pessoas que assumem suas próprias experiências de vida acabam por aceitar os outros como eles verdadeiramente são (44).

Infere-se que os profissionais que trabalham neste ambulatório talvez precisassem de um preparo psicológico que desse conta de administrar melhor estes sentimentos que foram percebidos por meio da comunicação profissional-cliente.

Segundo o ponto de vista rogeriano, o homem em princípio é bom e sua convivência com os demais é a princípio, construtiva. O que experimentamos são indivíduos negando seus próprios sentimentos, temendo o lado instintivo de suas vidas. Para a psicanálise temos potencial tanto para o bem quanto para o mal (44).

A comunicação caracterizada pelas atitudes e maneiras foi considerada por usuários de um serviço de saúde como sendo o principal componente para a humanização. Atitudes de indiferença, grosseria e descaso, poder associado a situação financeira são situações consideradas desumanizadoras por estes usuários (67).

As alterações de humor dos profissionais foram percebidas em vários momentos da observação participante. Esta labilidade é sentida pelo paciente que muitas vezes rotulou o profissional de “grossa”, “indelicada”, “estúpido”. A estupidez a que se refere a fala de E2 abaixo é um grande obstáculo na formação de vínculo e pode até mesmo influenciar na adesão ao tratamento (65).

> *E2: “Não, dessa vez não, mas da outra vez a moça falou, uma enfermeira né, ela falou tão estúpida comigo (grifo da autora) que ... mas eu fiquei tão sentida, falei mas que diabo meu Deus do céu.”*

Aqui fica claro o ruído da comunicação levando a um atendimento desumanizado além de explicitar a falta de preparo do profissional que atende. O autoconhecimento como preconizado por Furegatto é imprescindível para que possamos ter uma boa interação conosco mesmo e com o outro (44).

Na fala de E2 pode-se ainda perceber a falta de respeito com o cliente. O respeito foi avaliado em outro estudo em que os usuários atribuíram a falta de respeito quando há falta de paciência do profissional que atende, quando ele é grosseiro e quando as informações não são claras e insuficientes. A capacidade técnica foi a que menos teve impacto na percepção de respeito (68). Este achado corrobora com os achados de Rogers quando fala que a

competência técnica importa menos nas relações interpessoais terapêuticas do que a empatia, o respeito e a confiança (36).

O apoio e a força, o respeito à individualidade, à intimidade, às crenças e valores, neste momento difícil da vida em que os pacientes oncológicos se encontram, é um diferencial para o tratamento além de diminuir o negativismo que o ambiente hospitalar traz (65).

E2 traz em sua fala a falta de sensibilidade e respeito do profissional no momento em que muito precisou do serviço e coloca a palavra "desespero" para reforçar o quanto precisava de ajuda, que veio somente por meio de uma receita médica, reforçando o modelo médico-centrado. A receita médica na perspectiva de E2 abreviou a comunicação que poderia ter ocorrido com o médico que atendeu.

> *E2: "...um dia eu cheguei aqui o Dr. W não me atendia (grifo da autora), eu naquele desespero, ele não me atendia (grifo da autora) , aí abriu a porta, eu peguei entrei na frente duma mulher sabe... eu entrei e falei doutor não estou agüentando, mas eu não tava agüentando... eu tava chorando, lágrima pingando sabe... num tô guentando...eu tava desesperada, mas eu chorando mesmo. Aí ele só passou a receita, e falou vai lá para o hospital."*

Uma pessoa se comunica adequadamente quando é capaz de perceber o significado da mensagem em todos os aspectos; se é comum aos comunicadores (63). O profissional que atendeu E2 não teve a menor percepção da sua angústia e o quanto a comunicação poderia ajudar naquele momento humanizando o atendimento. Faltou sensibilidade por parte deste profissional.

Solidariedade, sensibilidade e compaixão foram conceitos relacionados à humanização no entendimento de pacientes e tais conceitos estão presentes nos gestos dos profissionais que prestam cuidados e significa abrir-se para o outro ultrapassando as fronteiras raciais, culturais e/ou de doença (69).

Do mesmo modo E3 demonstra a falta de sensibilidade do médico que não parava de falar ao celular no momento de sua consulta, mais uma vez impedindo uma comunicação adequada que satisfizesse suas necessidades.

> *E3: "Aí levantei, simplesmente por que o médico ...passando para lá e para cá..., passeando... falando no celular... e a minha esposa estava pro lado de fora, aí, ele tá com o celular aqui, conversando com os amigos dele aqui, que não sei o que, que tem."*

Solidariedade, sensibilidade e flexibilidade bem como disponibilidade para com o outro são atributos necessários para o profissional de saúde e em especial para os que trabalham com pacientes oncológicos. Os pacientes percebem quando o profissional envolve seus problemas pessoais no cuidado. Ele percebe por meio da alteração de humor, da falta de entendimento num momento de dor e pela sua falta de compreensão com seus problemas (65). A falta de entendimento num momento de dor pode se observada tanto na fala de E2 quando diz que precisaria muito mais que uma receita médica quanto na fala de E3 mostrando a falta de atenção do médico com o problema que trazia.

Hoje os usuários conhecem seus direitos e buscam a garantia deles ainda que de uma forma bastante perene e desinformada.

E3 traz que até compreenderia o problema do atraso, caso lhe dessem uma satisfação ou uma informação; caso houvesse a comunicação.

> E3: "*Num é culpa também do médico, as vezes ele tem que sair daqui e correr numa emergência, então dar uma satisfação (grifo da autora), acho que isso é um bom atendimento. Dizer o porque do atraso (grifo da autora)... por que tem muita gente que não sabe, a gente vê ali fora isso, muita gente fala assim, que demora... que demora... tem muita gente que são de fora, de muito longe né... viajam... acho que isso aí, que ajudaria até essa informação (grifo da autora).*"

A importância atribuída à comunicação é expressa por E3 quando fala da necessidade de uma satisfação pelo menos quando algo não sai como planejado; no caso a consulta médica. Para Benevides e Passos, há que se mudar o modo de fazer, de trabalhar e de produzir no campo da saúde para que se ofereça um atendimento humanizado. Ainda para os mesmos autores, há a necessidade de sintonizar "o que fazer" com o "como fazer", o conceito com a prática (37).

E3 traz ainda que a satisfação é necessária; mais uma vez a falta de entendimento, sensibilidade e humanização estão presentes nesta relação cliente-profissional.

> E3: "*Ah o respeito pela gente né... pelo menos, por exemplo, se o médico não chegou, te dar uma satisfação, o porquê da demora".*

Em outro estudo sobre satisfação de pacientes oncológicos com o serviço ambulatorial, o adequado relacionamento interpessoal demonstrado pela afabilidade e interesse dos prestadores da assistência foi um dos aspectos apontados pelos sujeitos (70).

A forma do fazer em saúde e nela incluso a comunicação deve ser repensada. Mudanças são necessárias para que as relações interpessoais possam ser melhores alcançando a humanização do atendimento. E4 tem a real percepção da necessidade desta mudança do modo de fazer, trazendo mais uma vez a importância da comunicação no processo de humanização, demonstrando perceber a importância da comunicação para verbal ou paralinguística que é aquela caracterizada pelo tom de voz, o ritmo, o modo como as palavras são pronunciadas (63).

> E4: *"...o modo de falar. Porque o modo de falar é tudo (grifo da autora), eu acho que é tudo. Mesmo que você tenha pobrema, que vai... mas se você souber conversar (grifo da autora), você contorna a situação, agora se não souber, você piora. Acho que é isso."*

Como profissionais de saúde, devemos nos preocupar com o ser humano e isto somente se torna possível quando desenvolvemos meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competência de uma existência mais digna e mais compreensiva (63). Nesta perspectiva, E4 manifesta a necessidade de se ter paciência e delicadeza quando chega ao serviço, coloca o quanto a paciência e a delicadeza são importantes no atendimento, afirmando que isto "*é tudo".*

> E4: *"Acho que é a paciência (grifo da autora) mesmo do pessoal, porque praticamente tudo tem que ter paciência (grifo da autora) né... E nesse quesito aqui, eu acho que o principal é a paciência e a delicadeza da pessoa (grifo da autora)."*

Conversar com o paciente, vínculo, proximidade, estar ao lado, dar força foram fatores apontados por pacientes oncológicos em um estudo sobre humanização (65).

Esta proximidade é percebida por E7 na forma de uma conversa alegre e contrariamente sua falta é percebida por E8 quando sente a ausência do diálogo, da liberdade de poder conversar, perguntar. Mais uma vez, percebe-se a importância atribuída ao diálogo, a comunicação nas falas de E7, E8 e E12.

E7: "Olha eu to falando procê que eu acho aqui tudo bom. Tudo bom, tudo. Procê ver... a gente chega lá eles cumprimenta alegre, conversa com a gente alegre e trata a gente bem."

E8 ao falar do atendimento médico traz além do diálogo, a importância do toque, da proximidade cliente-profissional para que o atendimento seja bom.

E8: "...ele não me perguntou exatamente nada, eu fiquei esperando para ver se ele me perguntava, eu fui falar, ele nem me deu atenção. Eu acho que é um desrespeito, não pelo fato de ter ficado ali, eu acho pelo fato que todo mês eu tenho que passar por ele, você entendeu?" [...] "Conversar... perguntar... de ter a liberdade de perguntar pra uma pessoa. (sobre a conversa) eu acho que é uma diferença."

E8: "Ah... um bom atendimento... eu acho que é... por exemplo você chega, você tem a liberdade... o que... que você tem, se você sentiu alguma coisa, entendeu? Ele te pergunta, ele te examina. Vê se tem alguma coisa errada... é ...igual por exemplo, quando achou o segundo, se ele não tivesse me examinado nunca teria achado nada, tava até hoje, era um carocinho de nada."

E8 atribui enorme importância ao diálogo e o transtorno que a falta dele faz. O diálogo como base da relação entre a enfermeira e cliente no contexto da quimioterapia foi uma categoria encontrada ao estudar pacientes oncológicos e sua relação com a enfermeira na perspectiva do cliente (71).

Carinho e confiança são também atributos apontados por E12 ao se referir a um bom atendimento.

E12: "Porque se você foi nessa pessoa, Cibele, se você procurou esse profissional, é porque alguém indicou, tem alguém capaz, alguém que deposita confiança nessa pessoa. E mesmo assim, você sabe que ele sabe das coisas, que é um bom profissional, mas que não é agradável. O doente precisa disso Cibele, precisa de carinho. É muito bom você receber isso, entendeu filha ? Eu acho que um bom atendimento é assim, você é bem tratada."

Os achados deste estudo assemelham-se aos resultados encontrados em outra pesquisa realizada com pacientes oncológicos em que as autoras relataram os fatores que mais contribuíram para a humanização segundo os pacientes foram: carinho, simpatia e sorriso e os que dificultaram foram mau humor, barulho e não ser prontamente atendido (65).

4.2.1.2 Subcategoria: A comunicação permitindo o alívio dos sintomas, das angústias, medos e dúvidas

Considerando a crueldade de um câncer na vida de uma pessoa, torna-se imperativo uma boa comunicação em oncologia. O compartilhamento de palavras de incerteza é constante nos diálogos com esta clientela. O cliente e seus familiares vivenciam momentos intensamente delicados em que a comunicação tem papel determinante e pode mudar toda uma situação. O câncer pode fragilizar pacientes e familiares devido ao estigma que carrega. Esta doença é considerada uma das piores doenças, muito temida, sempre carregando a idéia de risco iminente de morte além do temor por tratamentos agressivos.

Todas estas situações comprometem as relações familiares e muitas vezes a fala sobre a doença se torna difícil formando “ilhas de comunicação” daqueles que são fortes e podem saber do diagnóstico e outros que são mais frágeis e devem ser poupados e entre eles o cliente (72). Diante disto torna-se imperativo uma comunicação eficaz.

A capacidade de compreensão do cliente e familiar fica prejudicada em face da ansiedade, raiva, culpa, receio de mudança no relacionamento, afastamento de funções na família e no trabalho, perda da independência além das preocupações financeiras (73). Desta forma o profissional da saúde deve ao se comunicar com o cliente e familiar utilizar de todos os sentimentos positivos na relação. Os sentimentos positivos na relação interpessoal são: calor, atenção, afeição, interesse e respeito. As atitudes positivas nos aproximam das pessoas diminuindo a impessoalidade e demonstram aceitação do outro e de nós mesmos. Uma atitude positiva é muito mais que uma frase bem colocada; é um olhar afetuoso, um aperto de mão caloroso, um abraço protetor. É a demonstração do comportamento verbal e não verbal (44).

Os sujeitos da pesquisa, ao serem questionados se o serviço resolve os problemas trazidos por eles, expressam sentimentos positivos e tais sentimentos aparecem na forma da comunicação com os profissionais. E1 tem total liberdade de se expressar com o médico e até

certo grau de intimidade quando diz "*me abro com o doutor".* E2 tem informações e explicações claras sobre sua alimentação o que demonstra atenção e interesse por parte do profissional;

> *E1: "Eu chego aqui, me abro com o doutor né, explico para ele tudo o que eu estou sentindo. Tá tudo resolvido."*
>
> *E2: (o médico explicando) "Ele explicou, não pode laranja, abacaxi. A senhora pode chupar melancia, pode comer fruta, mas, não que tenha ácido. Então tá, então eu não vou mais comer mais nada disso".*

O processo de informação ao paciente é extremamente complexo e depende de alguns fatores: característica da informação que é oferecida pelo médico, a totalidade da informação que é retida pelo paciente, do conhecimento do paciente entre outros fatores. Tem ainda a influência da cultura, raça, religião, sexo etc. Deste modo o profissional da saúde deve ater-se para as características do paciente que receberá a informação. O médico ao falar com E2 parece conhecer suas características e explica com detalhes sobre sua dieta.

A enfermagem assume um comportamento humanizado quando considera o ser humano como indivíduo que é dotado de conhecimento, espiritualidade, cultura e sentimento. A humanização depende da interação que o cliente tem com o profissional (65). Quando a enfermagem reconhece e valoriza o conhecimento e a cultura do cliente ajustando a informação a ser dada, ela está prestando um cuidado humanizado.

O enfermeiro deve utilizar-se da literatura para conhecer as diferentes reações e manifestações emocionais do paciente como evitar ruptura na comunicação, ter flexibilidade de critérios, técnicas e metodologias, deve respeitar a pessoa como ela é sem impor-lhe comportamentos. Para que esta comunicação aconteça é necessário que o paciente sinta tranqüilidade e confiança para expressar-se, lembrando que ele mesmo irá encontrar soluções para seus problemas (44). E6 demonstra que está satisfeito com este respeito que a enfermagem teve com ele por meio de uma informação esclarecedora e pela disponibilidade das enfermeiras em atendê-lo.

> *E6: "As informação, quando não podia falar com médico, as enfermeiras vinham e explicava tudo de maneira que a gente pudesse entender, então as informação tudo que eu precisei sempre foi muito bem passada, muito bem esclarecida. Nenhuma dúvida, nada, nada."*

Humanizar o atendimento é tomar o SUS na perspectiva de rede, fortalecendo mecanismos de coletivização (37). E6 expressa a facilidade com que consegue resolver seus problemas no serviço e atribui esta facilidade ao fato que todos estavam interados de seus problemas e conseguia resolvê-los no serviço até por telefone.

> *E6: "Tudo que eu precisei aqui sempre fui atendido na hora, sempre que cheguei aqui ou até mesmo por telefone quando eu não tinha condições de vir da minha cidade pra cá, as coisas que dava pra resolver, que talvez só pudesse ser resolvida aqui eles me quebravam o galho por telefone mesmo pra resolver da minha cidade."*

A comunicação ocorre em dois sentidos; de uma pessoa para a outra e vice-versa; as mensagens são produtos das experiências vividas e sentidas; o sentimento de solidão motiva a comunicação com os outros. A comunicação afeta ambos além de proporcionar satisfação e crescimento das partes que se comunicam (44).

E11 demonstra enorme satisfação quando fala em segurança e acolhimento. Descreve sua experiência com o serviço. Coloca que as conversas, os diálogos foram essenciais e isto lhe trouxe segurança. Este tipo de comunicação interpessoal que atende as necessidades do paciente, que considera sua cultura o ambiente e seu ser são definidos como comunicação terapêutica. Para a mesma autora esta comunicação acontece quando o profissional utiliza de seu conhecimento sobre comunicação, sua habilidade profissional e estabelece uma relação de ajuda (63).

> *E11: "As pessoas que eu <u>conversava</u>* (grifo da autora) *na sala de espera aqui, esperando o médico. E lá na quimio também a gente trocando idéia. E também a equipe aqui do CACON é assim, foi assim, essencial pra mim. Porque eu me senti muito acolhida, muito. Eu tinha muita segurança em toda equipe, em todo mundo."*

O tratamento oncológico gera ansiedade e medo, contudo a oportunidade de dialogar, trocar experiências e usar delas como suporte para o enfrentamento foi relatado em outro estudo com mulheres mastectomizadas (74).

A importância atribuída à troca de experiência por meio do diálogo é percebida por E11 ao relatar um de seus momentos de conversa com outro paciente.

E11: "No sentido de ajuda e de trocar experiência mesmo, que nem eu estava conversando com o rapaz, ele tem tumor abdominal, e ele me falou que tava com muita dor na perna e uma paciente me ensinou uma coisa que na época foi muito, fazer escalda pé."

Estes espaços de diálogo a que se refere E11 podem contribuir para a desconstrução de mitos e a construção de novos conhecimentos. A formação de grupos que valorizem o acolhimento, o afeto, o respeito e a individualidade tornarão possível o desenvolvimento da responsabilidade coletiva em relação ao próprio doente oncológico quanto aos participantes do grupo. Neste mesmo estudo as autoras perceberam que a criação destes espaços de diálogo proporcionou a criação de vínculo entre usuários e profissionais e acreditam que a socialização, a troca de experiências e o autoconhecimento podem ser alcançados (74).

Como falado anteriormente, este autoconhecimento pode melhorar a qualidade da comunicação e permitir que a relação cliente-profissional ocorra num clima de afeto, amor e respeito.

Diálogo, atenção, afeto e respeito são atributos percebidos por pacientes oncológicos como sendo essenciais na relação com a enfermeira de modo a não fazer o paciente se sentir inútil ou incapaz (71).

4.2.1.3 Subcategoria: As barreiras de comunicação limitando a assistência.

O conceito de barreira de comunicação abordado neste estudo são os fatores que impedem ou dificultam a comunicação entre as pessoas, no caso entre profissionais e clientes. Os ruídos advindos das conversas e dos alarmes de painéis eletrônicos de chamadas foram fatores observados durante a observação participante no período da coleta de dados. Ao ouvir as pessoas aprendemos mais sobre elas, sua personalidade, sobre as relações interpessoais e isto resulta numa satisfação especial (64). Desta forma, fica claro que neste ambiente de ruídos, há pouca possibilidade de aprendizado para clientes e profissionais, impedindo o aprendizado referido por Rogers.

O mau humor, o barulho, o fato de não ser atendido e a falta de respeito foram fatores dificultadores da humanização em um estudo com pacientes oncológicos (65).

Para Rogers atrás de qualquer agressão, silêncio, hostilidade existe sempre uma pessoa e se somos habilidosos podemos atingi-la (36). Percebeu-se durante a observação de campo alterações de voz dos profissionais que atendiam os pacientes. Pareciam estar impacientes quando os clientes demoravam a vir ao guichê ou mesmo por não entenderem a explicação que lhe era dada sobre consultas, exames e documentos.

E4 ao relatar o fato da demora no seu atendimento ter levado ao cancelamento de sua sessão de quimioterapia e, portanto, o não atendimento, traz também a falta de respeito do profissional que fez o atendimento e tem a percepção da alteração do humor da pessoa que atendeu e isto ficou claro na entonação de voz com que a atendente se dirigiu ao cliente. Deste modo parece que a barreira na comunicação provocou uma interferência na assistência.

> *E4: "Eu fui falei com ela de novo... olha bem... não vai dar tempo de eu fazer a quimio... aí ela... ah não... já que vai chamar tal... aí nisso chamou quatro... cinco [...] ...e ela falou assim: não adianta eu ligar lá porque deu quatro horas e não faz mais. Só que ela já falou mais alterada* (grifo da autora)*...."*.

O profissional que atendeu E4 não foi capaz de perceber sua necessidade e tão pouco utilizou da empatia. A comunicação é empática quando percebemos o mundo do outro e pode ocorrer por meio da comunicação verbal ou não verbal (63).

Quem ajuda passa por momentos de receio no início, impasse e receio de aprofundar-se em seus pensamentos e nos da outra pessoa; mesmo assim quem se propõe a ajudar procura ter consciência de todos os seus temores, os do outro e progride na relação (44).

Pela fala de E4 não houve progresso na relação, a ajuda não aconteceu, não houve comunicação empática e o cliente perdeu sua sessão de quimioterapia. Empatia e envolvimento com a situação do cliente são imprescindíveis para a relação de ajuda.

A resolutividade está intimamente relacionada a humanização da assistência (49). Na fala de E4 não houve resolutividade além de um atendimento hostil, caracterizando a desumanização da assistência. A comunicação neste caso foi bastante deficiente.

A comunicação é imprescindível para que ocorram mudanças nas formas de relacionamento nas práticas em saúde de modo a torná-las mais humanizadas. (37). Não tem como falar de uma assistência meramente técnico-científica e desvinculada do saber ético e humanitário (65).

E4 tem a percepção da alteração do profissional de modo a atribuir a este atendimento como sendo um mau atendimento. As alterações de humor dos profissionais, explicitadas muitas vezes na entonação da voz, nas informações abreviadas, na falta de paciência, são percebidas com facilidade pelos pacientes como mostra a fala de E4 atribuindo um modo grosseiro que o profissional a tratou.

> E4: *"Foi a única situação que eu fiquei chateada, que eu falei poxa... eu avisei você três vezes e depois ela ainda foi grossa* (grifo da autora) *comigo ainda."*

Diante da ameaça da perda do vínculo, profissionais da saúde podem experimentar sentimentos de choro, grito, distanciamento, apatia entre outros. Estas reações consistem em atitudes defensivas diante do luto pela morte ou pela perda de qualquer natureza e não necessariamente é patológico. O tabu da morte histórica e socialmente construído acaba influenciando o fazer dos profissionais (66).

Algumas falas dos sujeitos deste estudo nos permitem inferir que os profissionais estão em situação de defesa, e tal comportamento é apreendido pelo cliente. Como não há espaços de troca de experiências ou suporte psicológico para estes profissionais, o que ocorre é uma grande influência no seu fazer cotidiano.

Para o alcance da qualidade na prestação de serviço em saúde alguns requisitos são necessários: seriedade, visão, liderança pessoal, perseverança, treinamento, participação de todos, respeito pelas pessoas envolvidas e acima de tudo o comprometimento dos profissionais de saúde com o trabalho (75).

Embora nas observações de campo fosse percebido um aparente comprometimento dos profissionais envolvidos na assistência isto não foi suficiente na percepção do cliente.

A fala de E4 traz uma falta de comprometimento do profissional com o cliente, além da falta de respeito e treinamento fazendo com que ela passasse o dia todo esperando uma sessão de quimioterapia para depois ser dispensado para voltar no outro dia. Um agravante maior é que o cliente não residia no município de Poços de Caldas, tendo que viajar aproximadamente 200 quilômetros de volta para casa.

Em algumas entrevistas e mesmo nas observações de campo o fato acontecido com E4 se repetiu de várias maneiras desde a suspensão da consulta, procedimento, cirurgia até a espera prolongada pelo atendimento médico. "O maior ou menor comprometimento com o trabalho está diretamente relacionado com a melhor qualidade da relação funcionário-usuário" (75).

Uma relação interpessoal pode ser prejudicada quando há dificuldade do profissional em escutar e isto pode ser causado por problemas do ambiente ou pessoal, incompetência ou falta de treino ou necessidade de comprometimento com a interação. Pode haver ainda dificuldade na interpretação da mensagem. Nesta situação o profissional deve procurar verificar com o outro o significado da mensagem; não devemos sobrepor nossas opiniões, crenças, idéias, sentimentos. Ainda, uma relação pode ser prejudicada por dificuldades em concentrar-se nos problemas do paciente: o enfermeiro muda o tema, não se aprofunda no assunto, irrita-se, deixa o cliente dirigir sem concentração, intervém no momento errado, fala mais que o necessário, fala muito pouco desestimulando, não alivia a tensão na conversa, fica preso apenas nos aspectos intelectuais (44).

Na fala de E5 o profissional parece não estabelecer uma relação interpessoal como recomendado teoricamente por Furegato. Limita-se a dizer uma única frase, sem tentar compreender a mensagem que o cliente estava enviando.

> *E5: "...eu tinha vindo no médico, não vou nem citar o nome não... eu fui nele particular, aí a secretaria falou, paciente do CACON só é atendido no CACON e eu não tava agüentando... subindo escada.. elevador, com dor... aquilo né..."*

Uma relação interpessoal inadequada pode ter um resultado negativo no desenvolvimento pessoal do cliente. Cada cliente exige um determinado tipo de assistência; pode em determinados momentos da assistência impor condições e não mais utilizar de incondicionalidade (36).

E5 ao falar sobre o diálogo necessário ao tratamento deixa explícito o quanto isto influencia o seu estado e atribui ao diálogo empático como sendo o responsável, muitas vezes, pela melhora do paciente.

> *E5: "É o diálogo do médico com o paciente. Porque eu vou... tem determinados médico que não conversa com o paciente. Só pergunta e tal. Eu acho que um bom atendimento é um diálogo com o paciente. Não é verdade? Ele te da oportunidade de você falar , expor o que você tá sentindo, né".*

Mais uma vez o diálogo aparece como sendo imprescindível para o cliente e este percebe quando ele não ocorre ou ocorre de modo não satisfatório.

As relações face-a-face constroem o cotidiano que chamamos de "assistência" e as relações de trabalho se desenvolvem por meio do fluxo de informação e comunicação durante o

processo de trabalho (33,76). Partindo deste pressuposto e acrescentando-se a percepção do cliente não há como prestar um cuidado humanizado sem uma boa comunicação, uma boa relação cliente-profissional.

A deficiência na relação é apreendida por E5 que percebe que o profissional mal olha para ele quando é atendido e atribui enorme valor a esta relação quando diz que o paciente até melhora quando o médico conversa. A despersonalização muitas vezes experimentada pelos usuários impede que o atendimento seja acolhedor e resolutivo (33).

> *E5: "...então dependendo do médico ali ele mal olha nocê e... eu acho que um bom atendimento é a gente tá aqui conversando. O paciente sente bem, parece que só de conversar com o médico já é um estímulo. Eu penso assim."*

O fato de não ser tratado pelo nome, uma linguagem não compreensível e o fato de nem ser olhado com interesse, foram fatores que os usuários de outro estudo atribuíram à comunicação desfavorável (67).

No modelo biomédico duas características são marcantes: a hipervalorização da doença em detrimento do próprio sujeito que sofre e o desequilíbrio entre o tecnicismo e a importância dos critérios intersubjetivos, interpretativos e intuitivos construído no encontro clínico médico-paciente (77). E5 valoriza o encontro médico-paciente quando fala da importância do médico conversar e que isto pode até levar a um estímulo.

O profissional da área da oncologia experimenta vários tipos de dor: dor da condição humana, dor da fragilidade da vida, da finitude, da impotência de querer curar o incurável, do envelhecimento, da separação, dor da condição de serem seres que vivem na instituição de saúde, sujeitos e objetos das políticas de saúde (66).

O médico com sua visão tecnicista, biomédica acrescentando o fato de trabalhar com oncologia, acabam subestimando o valor da comunicação com o cliente.

O enfermeiro tem diversos contatos com o paciente, desde sua admissão no serviço por meio da consulta de enfermagem, ao colher dados para o histórico de enfermagem, durante o exame físico, nos procedimentos de colocação de sondas, drenos, curativos entre outros. Todos estes momentos são oportunidades de diálogo e de relações positivas. Estes momentos, como relatado por E5, deveriam ser mais bem aproveitados.

Muitas vezes o profissional se limita a prestar uma assistência física ao paciente não dando a ele espaço para exercer sua autonomia. Tal postura decorre do fato de encontrar

dificuldades em utilizar seus próprios recursos internos e com isto percebe o quanto é difícil fazer o paciente utilizar seus próprios recursos (76).

Ao relatar o atendimento pelo médico, E8 percebe que ele não lhe dá oportunidade de se expressar; se limitando ao aviamento da receita médica. Relata que teve apenas seu documento assinado pelo profissional, ficando impedido de manifestar seus anseios, angústias, dúvidas ou desejos. Relata ainda que no atendimento médico percebe que não tem oportunidade de se expressar; se limitando o profissional, ao aviamento da receita médica.

> *E8:" Agora eu fiquei, três horas e meia, quase quatro horas para entrar e o cara nem bom dia me falar, só simplesmente assinar um papel e me mandar embora, então eu acho que se é só pra assinar um papel, eu não precisava ficar ali."*

A relação médico-paciente acabou cedendo lugar à objetividade racionalizadora em detrimento da subjetividade tão esperada para este tipo de relação. Médicos e enfermeiros têm atuado mais como técnicos burocraticamente controlados do que profissionais com autonomia técnica (75). Tal situação tem trazido enormes prejuízos nas relações em saúde.

Pode-se observar um tipo de relação bastante técnica entre médico e cliente, porém uma relação mais afetiva e íntima com a enfermagem. Todo o pessoal da enfermagem sabia de detalhes do cliente, sua vida pessoal, contexto familiar, estado emocional, situação econômica, dificuldades no tratamento. Desta forma parece que a enfermagem vai além desta objetividade técnica dando oportunidade ao cliente de compartilhar suas necessidades.

Ainda, a relação médico-paciente em especial a comunicação, tem uma curva ascendente que acompanha sua experiência profissional desde que ele se disponha a analisar e refletir todas as experiências vivenciadas (73).

Nas observações de campo não foi observado nenhuma diferença desta experiência na comunicação médico-cliente. Médicos mais experientes pareciam dar o mesmo tipo de atenção do que o dos novatos. O que se pode perceber é que quanto maior o número de clientes agendados, menor o tempo para o cliente se comunicar e maiores foram as dúvidas que eram muitas vezes sanadas pela enfermagem após a consulta médica.

Nas entrevistas percebeu-se certo receio dos pacientes em falar do médico que o trata. Atitudes de ficar olhando para a porta, falar em tom mais baixo e ter a segurança de que as

informações não seriam disseminadas foram comportamentos adotados pelos sujeitos para garantir que poderiam falar sobre o seu médico. Somente assim passavam a falar. Desta forma percebeu-se a necessidade de trazer algumas falas sobre a comunicação com os médicos utilizando de letras do alfabeto para nomear estes profissionais.

E8 e E13 trazem em suas falas a importância que o diálogo faz e sua ausência causando indignação, demonstrando que não se obteve uma relação terapêutica. Os profissionais médicos parecem não ter a concepção da importância desta relação para o paciente. Para que a relação seja terapêutica há a necessidade de proporcionar alívio para alguém que precisa ser aliviado; pressupõe um restabelecimento ao estado anterior, com vistas ao equilíbrio (38).

> E8: "*E eu fiquei ali esperando, e eu entrei na sala dele, ele simplesmente não me perguntou nada* (grifo da autora)*, é... não prescreveu nada... fora o papel para eu ir lá pegar os interferon que são a injeção, fora isso aí ele não perguntou nada, não escreveu nada."*
>
> *E13: "os médicos, principalmente o Dr. U, ele é médico muito bom, não tem o que falar dele, foi ele que descobriu meu problema, só não paguei para operar com ele porque não tinha o dinheiro, mas ele não gosta muito de pergunta não, ele é meio... mais quieto* (grifo da autora)*."*

Quando existe entre as partes um desejo mútuo de entrar em contato e se comunicar, há um elevado grau de acordo realizado pela experiência, percepção e comportamento de uma das partes. Existe uma tendência à comunicação mútua, uma compreensão mútua e um funcionamento psicológico melhor de ambas as partes e uma satisfação causada por esta relação (36). Nas falas de E8 e E13 parece não ter havido nem uma boa comunicação e nem uma compreensão.

Em outro estudo a falta ou deficiência de informação apareceu com maior freqüência com o profissional enfermeiro, aproximadamente 60% de satisfação, seguido do profissional médico em torno de 90%. Cabe ressaltar que neste estudo os entrevistados não tinham muito claros o papel do enfermeiro (78).

Neste estudo os ruídos da comunicação não foram estatisticamente mensurados, porém por meio das falas e das observações de campo percebeu-se que ele ocorre em todas as categorias profissionais, porém a falta de comunicação parece ter maior relevância para o

paciente quando parte do médico. E8 ao informar que ficou esperando revela um ruído na comunicação ou mesmo a falta dela.

Pesquisas têm mostrado que o médico aprende a lidar com a doença e não com o doente. Nas profissões da saúde, o médico em especial, deveria ser fundamentalmente humanista; além do biológico perceber os aspectos culturais, sociais, familiares, psicológicos e espirituais do cliente (78).

Quando o assunto é saúde, boas práticas na comunicação são sinônimas de bioética. A bioética valoriza o diálogo para minimizar as lacunas e melhorar a adaptação das partes envolvidas (73).

E13 percebe a competência técnica do médico, porém, sua falta de diálogo o incomoda.

A comunicação, as condições técnicas e materiais são imprescindíveis para a humanização da assistência. Para os mesmos autores as coisas do mundo somente se tornam humanas quando passam pelo diálogo; não a comunicação verbal objetiva, mas o conhecimento e a compreensão do outro (79).

Em um estudo com pacientes paliativos, a comunicação interpessoal foi descrita como um importante atributo, em especial a comunicação verbal alegre, permeada pelo otimismo e bom humor bem como a comunicação não verbal. A comunicação a que os autores se referem vai além da informação; está mais relacionada ao modo como as mensagens são transmitidas (80).

Percebe-se que sem diálogo, sem uma boa comunicação não há humanização. O paciente e sua família esperam o momento de seu atendimento para por meio da comunicação tirar todas as suas dúvidas, diminuir suas angústias e medos. Quando encontra profissionais descritos como nas falas acima, o paciente se frustra e fica desapontado com o atendimento.

A comunicação é considerada elemento básico para o cuidado; a experiência de saber ouvir os próprios sentimentos a fim de perceber limites e poderes é imprescindível para que se possa lidar com os afetos que a comunicação implica. O aspecto afetivo é fundamental na comunicação e faz enorme diferença no contexto da oncologia (66).

"*Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna-se um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria "* (81). Pensar nesta perspectiva é repensar a forma como a relação, tão valorizada pelo cliente e sua família, está acontecendo no ambiente hospitalar e qual é o papel do profissional da saúde na busca por esta sabedoria que o autor fala.

Freqüentemente convivemos com ambientes com perfeita técnica, porém totalmente desacompanhado de afeto, atenção e solidariedade. As pessoas deixam de ser o centro das atenções e passam a ser objeto do cuidado, fonte de lucro, sem identidade pessoal, à mercê do "poder científico" (38)

4.2.2 CATEGORIA: A percepção de ser reconhecido singularmente como prerrogativa de vinculação ao serviço

O vínculo de confiança é a base para qualquer tratamento (76). Esta confiança se torna ainda essencial quando falamos de paciente oncológico em que o tratamento é agressivo e provoca inúmeros desconfortos ao paciente e família.

O vínculo tem um papel fundamental na comunicação; ele é capaz de dar suporte a comunicação estabelecida entre profissionais, gestores e usuários (66). Na fala de E6 ao trazer a experiência de outro serviço que frequentou deixa claro que o fato de ser tratado com humanidade fez a diferença e não há como humanizar sem que ocorra o vínculo.

> E6: *"Mas a partir do momento que eu comecei a usar o ambulatório aqui de Poços eu senti uma diferença muito grande do outro lugar que eu utilizava principalmente pela humanidade do atendimento e tempo de espera é muito menor, o que eu acho que influencia demais".*

Os sujeitos da pesquisa atribuem à qualidade da assistência ao vínculo formado entre eles e os profissionais do serviço e para estes chamar pelo nome, conhecer seu caso, perguntar por ele são maneiras com o qual o profissional demonstra tal vínculo. Embora não seja de consenso tal percepção, alguns pacientes percebem o serviço desta forma.

Para que ocorra um vínculo há a necessidade que a relação seja terapêutica ou de ajuda e vice-versa. Uma relação somente é terapêutica quando o objetivo é de ajudar o outro naquilo que ele precisa. Na enfermagem pode-se ter relações terapêuticas durante a execução dos procedimentos de enfermagem ou na forma de seguimento de enfermagem que é o processo (44).

As relações interpessoais, em especial na saúde, têm se tornado mais superficiais e limitadas a códigos e números. Em função da incorporação da tecnologia o profissional de

saúde sabe cada vez menos da experiência do paciente e de sua subjetividade. O homem é visto de uma forma mais objetiva e quantitativa (82).

Percebeu-se nas observações de campo os códigos e números que os clientes eram rotulados por meio de senhas numéricas. O fato de serem atendidos por ordem de chegada conforme a tecnologia determinava e não por sua necessidade deixando de garantir o princípio da equidade.

As relações interpessoais podem ser quanto à sua estrutura: hierárquica, igualitária, autoritária, profissional, variável, estável, intermitente etc. A estrutura da relação é independente das qualidades afetivas que a acompanham. Existem relações em que as qualidades afetivas determinam sua continuação. Como as relações entre amigos e a relação entre terapeuta e cliente (61).

A relação discutida neste estudo é entre o cliente e o profissional que o atende; seja ele um recepcionista, enfermeiro, médico, psicólogo ou outro. Observou-se que quando a subjetividade é apreendida pelo profissional e isto somente se torna possível quando o afeto, a compreensão, a tolerância, o respeito e a aceitação incondicional estão presentes, o paciente percebe uma qualidade da assistência a ele prestada.

Diante do exposto elaborou-se uma subcategoria:

4.2.2.1 Subcategoria: A atenção centrada no cliente vista como um diferencial na qualidade da assistência

Quando se fala em atenção centrada no cliente supõe-se que os indivíduos possuem dentro de si recursos para a auto-compreensão e modificação de seus auto-conceitos, atitudes e de seu comportamento. Para que isto aconteça há a necessidade de um clima de atitudes psicológicas facilitadoras do crescimento. Este clima deve imperar em toda relação interpessoal e deve ser permeado de autenticidade, sinceridade ou congruência, aceitação, interesse ou consideração e por último a compreensão empática (64).

A abordagem centrada no cliente pressupõe que o ser humano é um organismo digno de confiança, capaz de avaliar as situações, compreender a si mesmo, fazer suas escolhas. O profissional que o ajuda torna-se o “parteiro” de sua mudança e não seu criador. (64)

A qualidade da assistência a que os sujeitos da pesquisa referiram está implícita nas relações entre eles e os profissionais e está permeada dos atributos preconizados por Rogers para uma atenção centrada no cliente.

O processo de trabalho em saúde e, por conseguinte a assistência em saúde tem características singulares que interferem na qualidade do serviço prestado. Percebe-se que cada vez mais clientes têm uma demanda de cuidados em que ele seja o centro das atenções. Há cada vez mais uma valorização da tecnologia dura em detrimento da tecnologia leve. Esta tecnologia leve é expressa nas relações vivenciadas pelo cliente durante todo o seu processo de adoecimento e cura.

Neste estudo pode-se perceber que há uma maior valorização das relações humanas pelos sujeitos. O afeto, a empatia e atenção aparecem em várias falas que serão apresentadas no decorrer deste capítulo.

> Uma forma de ajudar o indivíduo a aproximar-se da abertura para a vivência é utilizar uma relação em que é apreciado como pessoa em si, em que as descobertas que ocorrem em seu íntimo são compreendidas e avaliadas empaticamente, e na qual tem liberdade de vivenciar seus sentimentos e os de outros, sem que, ao fazê-lo, seja ameaçado (ROGERS e BARRY, 1978 p.26-7).

Ainda para os mesmos autores nas relações em que os indivíduos são valorizados, em que existe liberdade de sentir e ser, aparecem algumas orientações de valor e o indivíduo caminha para a maturidade da personalidade e crescimento pessoal (36).

Este modo de ser do terapeuta, entendido aqui como o profissional da saúde que presta o cuidado, influencia o seu modo de agir e isto determina se o cuidado é centrado ou não no cliente na percepção do usuário.

Ao falar sobre a atuação do enfermeiro psiquiátrico Furegato, diz que ele deve manter um ambiente saudável e terapêutico que favoreça o crescimento e desenvolvimento do ser humano; que deve manter relações interpessoais terapêuticas com o paciente individualmente e em grupos, que ao orientar e supervisionar a equipe de enfermagem deve fazê-lo através de um relacionamento humano; que o gerenciamento de todos os recursos seja eles materiais ou humanos deve fazê-lo sempre em benefício da assistência ao paciente e por último a autora sugere que os relacionamentos interpessoais devem ser mantidos num clima de estabilidade e produtividade com os demais membros da equipe multiprofissional (44).

Atitudes frente ao cliente e a percepção que o terapeuta tem das relações humanas são a essência da terapia e tem muito mais importância o modo de ser deste do que do modo de agir (61).

O entrevistado E2 traz a importância de se sentir único no serviço. Os profissionais que dele cuidam conhecem seus sentimentos e suas necessidades. Demonstram empatia, interesse e consideração; desta forma se sente melhor.

> *E2: "As vezes o telefone toca eles fala ê mais esse telefone heim, esses dias eu cheguei lá passando muito mal, aí eles falaram não gostei viu, hoje a senhora tá triste. Eu gosto da senhora quando a senhora atende o telefone e fala com um... e fala com outro... hoje eu não gostei viu. Tudo assim sabe, não é coisa de agravar a gente, é coisa assim sabe."*

As instituições de saúde que tratam do câncer devem ter clara a importância do conhecimento das necessidades individuais de cada paciente. Os profissionais devem compreender a fragilidade do paciente, seu grau de dependência física e emocional e a singularidade de cada um no enfrentamento do câncer (72).

Ao descrever as relações interpessoais Rogers e Barry dizem que o que é adequado para um pode não ser para o outro; que precisamos partir de nossa base e cada um encontrará o seu próprio caminho. Nesta perspectiva pode-se perceber o quanto é importante a atenção centrada no cliente, nas suas necessidades, no seu grau de compreensão (36). As falas abaixo descrevem a importância que o paciente atribui a singularidade de seu tratamento.

> *E2: "Não, eles explicam certo. Eles falam... agora esse exame a senhora vai fazer na Policlínica eu falei a tá, e lá no CACON também quando eu tive de fazer a... quimioterapia a moça sentou perto de mim e falou isso a senhora não pode comer, a senhora não pode comer isso, assim, assim, assim e já explicou tudo certinho* (grifo da autora)*, eu falei tá."*

E3 e E4 percebem o respeito e interesse que o serviço tem quando os atende. Respeito, confiança, interesse, privacidade nas consultas e empatia são atributos que foram analisados em outro estudo que avaliou profissionais de um serviço público de saúde. Mais de 70% dos usuários avaliaram como muito bom/ótimo o atendimento das unidades com relação ao atendimento profissional, porém houve uma variação estatisticamente significante entre as três

unidades avaliadas (68). Tal resultado nos permite inferir que mesmo se tratando de serviços públicos semelhantes cada unidade tem sua característica própria.

Neste estudo percebeu-se que dentro do serviço há diferenças importantes de satisfação com os profissionais na percepção do paciente. Hora se manifestam satisfeitos com a relação e horas indignados com a forma de serem tratados. A insatisfação com a relação aparece na relação médico-cliente como demonstrado anteriormente.

Nas falas de E3 e E4 a satisfação com o atendimento nos permite inferir que a qualidade é percebida pela atenção que é centrada no cliente.

> *E3: "Aí levantei do (ambulatório) fui lá na oncologia, porque chegô lá eles não sabem o que fazer para me tratar bem..." [...] "Agora eles já manda eu direto pro hospital, eu já dou as folhas, já manda aguardar, já arruma o remédio, o V, aquelas mininas lá... a R... são muito boazinhas sabe... são tudo gente assim que brinca demais comigo."*

> *E4: "Aí no dia eu vim na consulta, na outra semana eu vinha... ele nem precisava olhar, porque já não era com ele mais, porque eu ia passar com o Dr. Z e aí ele me viu no corredor, mandou a moça me chamar."*

Esta relação entre E4 e seu médico não é caracterizada como uma relação tradicional com o poder fluindo de cima para baixo que para Rogers é ridícula, mas caracteriza-se como uma relação centrada no cliente. O médico percebe o cliente e o chama pelo nome (64).

Humanizar o cuidado é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente; é ser solidário com habilidade humana e científica além do calor humano. Em toda relação profissional em que a confiança está presente, estamos diante do encontro de uma competência com uma consciência que exige responsabilidade ética (38).

O viver com o câncer traz experiências singulares baseadas nas crenças, valores e formas de ver o mundo. Os pacientes com câncer em geral, experimentam a tristeza, o medo e a possibilidade da perda do controle de sua própria vida, a incerteza da cura e a terapêutica (71).

O profissional de saúde deve considerar todas estas situações e ter seu foco no cliente e em suas necessidades. E4 percebe que foi singular o tratamento recebido por seu médico. Esta singularidade e delicadeza devem fazer parte da agenda de todo profissional de saúde, em especial daqueles que atendem pacientes oncológicos.

A delicadeza deve imperar nas relações mesmo que você não goste da pessoa com a qual se relaciona (36). Para qualquer pessoa relações amistosas são preferidas às hostis. Para o paciente com câncer torna-se imperativo, pois a dor, a angustia e o medo são bastantes presentes em toda a trajetória da doença. A fala de E4 quando se refere a fraternidade por parte do médico, demonstra o quanto isto é importante para ele.

> *E4: "Chamou na sala dele, pra saber se tava tudo bem, pra olhar a cirurgia, pra ver se não tinha... e aí fechou mesmo? Tá tudo em ordem, certinho? Olha desejo que dê tudo certo, igual o... achei muito fraternal* (grifo da autora) *da parte dele porque pra ele, ele já tinha feito a parte dele e ele tinha um monte de paciente para atender, né? Mas ele teve a delicadeza de chamar, de perguntar, pra ver se tava tudo bem. Achei legal da parte dele. Me fez bem."*

Os princípios rogerianos têm certa dificuldade de serem aceitos no modelo assistencialista biomédico ou médico-centrado, pois, neste estão presentes as relações de superioridade-inferioridade, de ascendência-submissão e de autoridade-subordinação (64,61).

E4 parece se relacionar com seu médico de um modo bastante *"rogeriano"* em que não há hierarquia na relação. O mesmo é percebido por E5 ao descrever a singularidade do atendimento pela enfermeira, a personalização do tratamento que lhe deram quando de sua dificuldade com a sonda.

> *E5: "Eu cheguei aqui muito ruim, eu cheguei aqui com a sonda entupida e ela me levou na salinha e nossa... foi um alívio."*

A assistência de enfermagem com todas as suas atividades podem ter abordagem humanista compreensiva centrada na pessoa do cliente (grifo da autora); esta abordagem requer do enfermeiro postura, segurança e preparo; porém os resultados são compensadores para o cliente e para o profissional. Sendo o enfermeiro o responsável pelo planejamento das atividades de enfermagem no modelo humanista compreensivo ele fará com que sua equipe também trabalhe na mesma linha tornando o cuidado mais humanizado (44).

E4 ao falar da atitude do médico e E5 ao falar da atitude da enfermeira demonstram a importância de ser atendido reservadamente sendo tais atitudes próprias de uma abordagem humanista, compreensiva permeada de carinho, amor, levando à qualidade da assistência.

Carinho, atenção paciência, respeito e proteção foram sentimentos que caracterizaram a relação da enfermeira com o paciente oncológico em uma unidade de quimioterapia (71).

Amor parece ser coisa que não devemos sentir pelo paciente; o amor não é científico porque não pode ser medido (36), porém não há como se relacionar com o outro sem que o amor esteja presente. Considera-se o amor como ato ou vontade por comportamentos de respeito e conhecimento de si próprio, confiança na própria capacidade de aceitação das limitações pessoais, enfrentando a vida com valentia, preocupando-se com este amor mesmo que não nos agrade sua personalidade. O amor cresce, desenvolve-se e modifica-se. Este amor não é uma constante (44).

Para os sujeitos da pesquisa este amor parece fazer toda a diferença e aparece nas falas de modos diferentes: carinho, personalização, tratar bem, atenção e respeito. E5 ao relatar o fato que lhe ocorreu quando teve sua sonda obstruída deixa claro que não foi apenas a desobstrução da sonda que lhe fez bem. Foi a forma como foi acolhido, que foi tratado, é que fez a diferença e atribui tal fato como uma benção de Deus.

> *E5: " ... né eu tava achando que eu ia sabe... (pausa) que eu ia morrer. Na hora que eu conversei com ela... ela me chamou aqui me atendeu com <u>calma</u>* (grifo da autora) *(ela desentupiu a sonda) desentupiu... ela me tratou... foi um alívio ... daquele dia em diante eu comecei a falar que aquilo foi uma benção que Deus tinha mandado pra mim, né..."*

E5 traz em sua fala uma relação de ajuda. A palavra ajuda tem sido usada não somente na enfermagem, mas na área da saúde quando se tratam de relações de pessoas ajudando outras com problemas. A ajuda se dá sempre numa situação em que um procura ajuda e o outro presta auxílio (44).

O enfermeiro para ter uma boa interação com as pessoas que precisam de ajuda deve ter conhecimentos sobre a totalidade do funcionamento do organismo em especial os mecanismos mentais que a pessoa utiliza para comunicar-se consigo mesmo e com os demais. "*Cada situação vivenciada pelas pessoas é sempre marcada pelas significações que lhes atribui um sujeito humano para quem a situação existe".* Somente se consegue ajudar o paciente se o profissional consegue [...] "*desenvolver a compreensão de como ambos podem perceber-se a si próprios, ao outro e cada situação"* (44).

Uma mesma situação pode ter significados diferentes para cada pessoa e jamais uma situação é objetiva. A sensibilidade do profissional de saúde é imprescindível para a percepção destas necessidades individuais.

Em inúmeros depoimentos a relação de ajuda aparece como resolução da demanda de problemas dos pacientes como na fala de E5, mas também com a demonstração de amor e afeto.

Conhecimento, experiência, crença, valores e concepções são atributos que a equipe de enfermagem traz consigo. Ela precisa de preparo e sustentação para prestar este cuidado que vai além do físico (76). A enfermeira que atendeu E5 o fez de acordo com suas concepções de vida, trazendo calma e alívio naquele momento. Ela não somente desobstruiu a sonda, mas o fez com calma, dando atenção ao paciente, demonstrando afeto.

Para que a ajuda aconteça é imprescindível a doação; a pessoa deve oferecer parte de seu tempo, de sua habilidade profissional, conhecimento, interesse e acima de tudo sua capacidade de ouvir e entender; para tal é imperativo a capacidade de compreender as comunicações expressas e perceber os sentimentos e atitudes do outro (44).

O mesmo se percebe na afirmação de E6 que compreende que a relação é tão boa que se compara a uma relação de amizade. Porém é preciso lembrar que a amizade não pode ser confundida com atitude terapêutica do profissional, mas sim como um canal aberto para a vinculação e adesão ao tratamento.

> *E6: "(Em relação a equipe) eu sinto boa, muito bem, por eu já 'tô' há quase dois anos fazendo o tratamento aqui, já tenho eles quase como meus amigos* (grifo da autora) *né, já chega e já me chama por nome* (grifo da autora)*, já faz piadinha, já faço piadinha com eles também. Mas não por ser conhecido, desde o começo sempre muito bonzinhos, muito atenciosos* (grifo da autora)*, receptivos desde as meninas que fica na recepção ali até o pessoal que faz a triagem, depois passa pelo médico, depois na... aqui onde faz a quimio também. Muito bom, não tenho nada a reclamar só a elogiar."*

Para E8 a atenção faria toda a diferença de tal maneira que a espera é colocada em segundo plano.

> *E8: "... acho que foi uma coisa assim... não foi pela espera, não foi. pela questão de marcar, não foi nada... eu só achei que poderia adiantar o que eu passei ontem, porque quando eu venho tratar com o Dr. Z, por exemplo, ele me examina, fica meia hora ali dentro pergunta o que , que está acontecendo, se sentiu alguma coisa, tudo bem".*

Apoio psicológico e atitudes compreensivas têm sido cobrados dos enfermeiros sem que estes saibam realmente o que significa estas atitudes. Furegato substitui estes termos por "ajuda" e "relações terapêuticas" (44).

O reconhecimento pelo profissional, a preocupação, a intimidade, o carinho, a singularidade do tratamento são formas que E10, E11 e E12 demonstram experimentar numa relação de ajuda, centrada no cliente.

> *E10:"Então eu tô esclarecido a isso* (grifo da autora)*, então o tratamento que eu tenho aqui é bom, as pessoas me tratam bem, eu entro ali na quota, as pessoas já ficam me esperando, já me... sabe, já conversa. É até profissional a conversa, mas sempre escapa uma coisinha também de não ser."*

> *E11: "Eu aproveitei o máximo aqui e é assim, eu não vejo assim, porque eu sou a 'fulana", eu vejo que o acolhimento, o que eu vi quando as pessoas que estavam do meu lado [...] os outros pacientes tinham o mesmo acolhimento que eu, a mesma atenção que eu, eu não vi nada de diferenciado. Eu não senti nada diferenciado."*

> *E11: "Porque assim, eu vejo que todo mundo é tratado com muito carinho* (grifo da autora)*, e é tudo muito personalizado* (grifo da autora)*. Aqui as pessoas sabem o nome* (grifo da autora) *dos pacientes, é, sabem o que as pessoas tem....isso tanto aqui como lá na quimio, eles sabem, sabem da evolução do caso, quando pergunta de fulano. Então eu vejo muita preocupação* (grifo da autora) *em reação a isso."*
> *E12: ..."eu vejo esse carinho* (grifo da autora)*, esse jeito bonito para com as outras pessoas também."*

A atitude compreensiva é a postura mais recomendada visto que coloca o paciente no centro de suas atenções (44). E13 ao descrever o problema que enfrentou com a obstrução da sonda demonstra que o profissional foi compreensivo percebendo o cuidado que a situação exigia, levando-o para o local mais apropriado para receber o atendimento, tornando este momento único.

> *E13: "...quando eu tinha feito a operação na uretra, eu vim com uma bolsa aqui, até eles levaram o carro lá pra fora e quando me viu, eu tava com uma bolsa de sonda assim que tava esgotando, eles me deu carro, me trouxe aqui pra dentro, me levou lá pra dentro com maior cuidado* (grifo da autora)*."*

Nas observações participantes foi possível perceber o quanto a enfermagem neste ambulatório é compreensiva com os problemas trazidos pelos clientes. A compreensão é demonstrada pelo modo carinhoso da fala do profissional, pela satisfação que o cliente recebe quando não pode ser prontamente atendido além de todos os profissionais atenderem o cliente pelo nome e conhecerem sua história.

4.2.3 CATEGORIA: A instituição determinando o atendimento por ordem de chegada aumentando a espera

De modo geral os clientes são insatisfeitos pelo tempo de espera e esta é determinada pela instituição que adota como critério a ordem de chegada. E8 e E11 têm curso superior e um entendimento sobre isto que é expresso em suas falas abaixo.

> E8: *"Ele não vai ter nada para fazer. E é tipo assim, quem não tem prioridade, tipo um aposentado, se ele não tiver que fazer nada, a pessoa ter que ficar de manhã sofrendo aqui, falar pra ele como você é tranquilo e tal, você pode vir depois do almoço, que evitaria ficar aqui o dia todo sofrendo ."*

> E11: *"Não, demorou tanto aqui quanto na rádio, demorou porque o volume de pessoas é muito grande então você vem aqui para esperar* (grifo da autora)*".*

Quando se fala em serviços de saúde, diferentemente da indústria, a tecnologia é apenas um instrumento de trabalho para os profissionais porque o produto final não é um bem físico como na indústria, mas sim humanístico. O que se deve valorizar é a relação profissional-paciente e não a relação profissional-máquina (75).

Na saúde não há como separar o processo do produto, a produção da distribuição de tal maneira que se possa avaliar o bem físico diretamente. Desta forma o que se permite em saúde é a avaliação da qualidade por meio da satisfação do cliente, seja ele interno ou externo.

A humanização da assistência está ligada à dinâmica e estrutura de um hospital, sua imagem e a competência profissional, humana e técnica (67).

Nas observações de campo o que se pode perceber foi uma falta de dinâmica do serviço que insistia em agendar vários pacientes para o mesmo horário, inserir o sistema de senhas eletrônicas, aumentando o tempo de espera, deixando o paciente inúmeras horas sem atividade, além de provocar ansiedade, angústia e medo que muitas vezes foi relatado nas entrevistas.

A lógica do capitalismo, da produção-produtividade trouxe para a saúde, em especial para o serviço público, a priorização da quantidade em detrimento da qualidade de atendimento à população (75). Para o mesmo autor o tempo despendido no preenchimento de papéis, códigos, fichas fazem do profissional de saúde um "despachante".

O preço que se paga por esta lógica, são pacientes cada vez mais insatisfeitos, angustiados, revoltados tanto com as questões da doença quanto da forma como são atendidos. Sentem que é um número a ser chamado pelo sistema eletrônico reforçando a relação máquina-usuário e deixando de lado a relação profissional-usuário tão necessária a esta clientela.

Um estudo realizado em 88 unidades de saúde em Curitiba demonstrou que a introdução de tecnologia informacional provocou nos profissionais o sentimento de que a relação entre eles e o usuário tornou-se mais distante e os médicos foram os profissionais que mais sentiram tal mudança. O computador foi comparado ao um "intruso" no relacionamento profissional-paciente, os profissionais relataram que não havia como ouvir as queixas dos pacientes, pois o tempo estava mais dedicado ao computador; ficar olhando para a tela do que para o paciente (75).

A relação profissional-paciente jamais deveria ser substituída por outros instrumentos. O ser humano é o instrumento do processo de trabalho em saúde e este processo somente se torna humano partindo do princípio de que a máquina veio para auxiliá-lo e não substituí-lo.

4.2.3.1 Subcategoria: a espera percebida como despersonalização/desumanização

A espera foi um aspecto bastante relevante na fala dos sujeitos que pareciam entender como desumanizante. Eles percebem que uns têm mais necessidades que outros e estas necessidades devem ser tratadas de modo diferente.

A humanização hospitalar é uma tarefa inacabada, em especial pelo avanço da tecnologia e as inúmeras mudanças culturais. Uma das maiores mudanças diz respeito à mudança da versão do cuidado hospitalar antes relacionado ao humanismo da ajuda para o cuidado econômico que visa lucro para atender as necessidades de grandes empresários. A humanização hospitalar enfrenta hoje o grande desafio de prestar uma atenção humanizada no espaço hospitalar (38).

O tempo de espera é um fator importante para a satisfação do usuário e para a qualidade de um serviço e se constitui um desafio para os gestores. Em um estudo que analisou a satisfação de 1339 usuários de três unidades ambulatoriais da FIOCRUZ a espera foi determinante para a satisfação destes usuários. Uma pequena parcela dos sujeitos não relaciona espera com satisfação. Mais de 50% dos usuários estão descontentes quando esperam mais de 60 minutos para um atendimento (68).

A individualização e a personalização são aspectos técnicos esperados por pacientes oncológicos em um estudo que teve como objetivo identificar o conceito de humanização na perspectiva destes pacientes (65). As autoras ao identificar tal conceito encontraram além dos aspectos técnicos, aspectos sentimentais, características pessoais e interação com o profissional como grandes categorias.

E3 ao falar sobre a espera pelo atendimento, relata que o sistema de senha acaba despersonalizando o atendimento além de impedir ou mesmo dificultar o acolhimento. Tal fato também foi encontrado em outro estudo em que os profissionais de saúde atribuem o uso do computador como uma barreira para o profissional que deixa de identificar as prioridades de atendimento e as necessidades dos pacientes além de não diminuir as enormes filas de espera. Os recursos burocráticos em saúde podem proporcionar uma eficiência gerencial, mas estão longe de garantir qualidade e resolutividade ao atendimento (75).

Não se pode esquecer que o acolhimento pressupõe dois princípios: a humanização no atendimento além de atender a todos. O sistema de senhas eletrônicas pode até atender ao segundo princípio, mas está longe de humanizar o atendimento.

> *E3: "(em relação a espera) acho que os médicos chegam um pouco tarde. As pessoas tem que chegar cedo para pegar a senha e o atendimento acho que é um pouco tarde. Porque eu vejo assim, não no meu caso, eu moro aqui pra mim*

> *é tranqüilo; as vezes eu venho pego a minha senha* (grifo da autora) *e volto depois, eu tenho essa praticidade né, agora tem gente que sai cedo para vir pegar a senha aí é atendido meio dia, uma hora da tarde. Eu acho que podia dar uma preferência pra esse pessoal que mora longe né."*

A solidariedade está presente em várias falas dos pacientes oncológicos. Eles compreendem a espera muitas vezes porque tem outros pacientes piores ou mesmo porque o doutor precisou atrasar. Apresentam um conformismo com a espera, porém não deixam de manifestar que percebem que esperam bastante. E2 traz este conformismo em sua fala quando expressa que [...] *coisa que faz parte da né, do tratamento*."

> *E2: "Não porque... as vezes atrasa um pouquinho a consulta mas a gente entende que tem gente pior do que a gente. A gente assim, aí podia me atender rápido mas aí tem outro paciente que está pior do que a gente, então tem umas coisas que a gente conforma* (grifo da autora)*. A gente vê que tá tudo certo né, é por ordem de chegada* (grifo da autora) *que eles atende né. Ingual eu né, na hora de atender eu o doutor saiu, foi tomar um cafezinho, então num podia recramar né, foi tomar um cafezinho fazer qualquer coisa né. Então é coisa eu a gente entende que é tudo mesmo, coisa que faz parte da né, do tratamento* (grifo da autora)*".*

Sabe-se que a incorporação de tecnologia informacional nem sempre muda o cenário da espera para os usuários, além de precarizar a qualidade da relação profissional de saúde-usuário valorizando a profissional-máquina ao invés da conversa aumentando ainda mais a distância entre profissional-usuário (75).

A fala de E4 traz o tempo que demandaria para seu atendimento e certo desânimo em passar o dia todo para um atendimento.

> *E4: "... passar o dia inteiro lá amanhã de novo, é uma coisa que é complicado."*

Acessibilidade organizacional, ambiente acolhedor, interação profissional-usuário e desempenho técnico foram fatores relacionados à satisfação dos pacientes oncológicos num ambulatório de oncologia em São Paulo (70). E4 se incomoda com o acesso e a falta de acolhimento.

Para conhecermos o padrão de respostas diante de um problema em que o paciente apresenta é preciso conhecer sua história de vida; a linguagem e o raciocínio são importantes neste processo. A linguagem transmite o que é dito e também estados e atitudes emocionais de

quem fala por meio dos significados ocultos, tom de voz, sua inflexão, gestos que acompanham a fala (44).

E4 traz em sua fala todas as suas necessidades inclusive as emocionais quando fala que fica até depressivo, porém, tais necessidades não são percebidas pelo serviço que a colocam em uma mesma condição que os outros.

> *E4: "Então cê fica nossa... eu vou demorar, porque o meu é mais demorado e ela vai ter que esperar porque vem na mesma condução, então cê fica assim meio depressivo porque a pessoa tá ali esperando e fica as vezes... o pessoal da tua van fica perguntando e aí já foi atendido? E querendo ir embora, e aí você fica mais ainda... cê fica... poxa tô atrasando o pessoal, é complicado, mas nunca assim... eu acho que tinha que ter uma limpeza, uma prévia de atender o pessoal de fora e fazer aquela parte, se chegou o pessoal de fora, passa, num precisa falar que vai passar, mas eu acho que... não sei mas ao meu ver, eu acho que teria que dar uma prioridade para quem vem de fora pra ter um atendimento mais rápido."*

E8 tem a percepção de que as pessoas têm suas prioridades e que estas deveriam ser valorizadas pelo serviço e que o atendimento por ordem de chegada impede ou mesmo dificulta o atendimento destas prioridades.

Em um estudo, a espera longa pelos usuários provocou incerteza do atendimento e estes atribuíam esta incerteza a uma comunicação insatisfatória por parte dos profissionais e a burocracia. Um dos sujeitos deste estudo tem a mesma fala desta pesquisa (E8): "foi um tumulto..." e relata a perda de tempo por ter ficado horas esperando (67).

> *E8: "Então, acho que assim, é <u>dar prioridade</u>* (grifo da autora) *pra aquelas pessoas que realmente eles sabem que vai sair daqui e vai ter uma atividade, vai sair daqui e vai ter possibilidade de ir embora, se morar em outra cidade, por exemplo, eu vou chegar aqui de manhã, eu vou atender aqui rapidinho..."*

A padronização hospitalar, muitas vezes leva a rigidez e impessoalidade da relação, perda da sensibilidade. Ainda não se encontrou caminhos para atender a individualidade sem que o ser humano esteja presente. Os processos relacionais, interativos e associativos é que determinam um cuidado humano (38). Abaixo se pode observar que E8 percebe a falta de individualidade em seu atendimento e a necessidade dos outros pacientes quanto a isto.

> *E8: "Uma pessoa passando mal, por exemplo, uma pessoa passando mal, o cara tá com dor, ser atendido primeiro, você entendeu ? Priorizar quem tem que sair pra trabalhar, entendeu?" [...] "e a pessoa, que por exemplo, trabalha, tem uma atividade, marca uma hora por exemplo você vem as três, você vem depois das cinco, você vem quatro horas, porque a pessoa tem que vir cedo e ficar o dia inteiro, esperando. Isso é uma coisa que eu acho que não tem necessidade [...] é isso aí, uma questão assim de não atender por ordem de chegada, igual eu por exemplo eu chego aqui de manhã, vou ficar, se tiver muita gente, vou ser atendido cinco horas..." [...].*

E8 tem a real dimensão da importância do acolhimento para o paciente. O acolhimento prevê a priorização do atendimento pela necessidade do cliente e não pela ordem de chegada. Os clientes deste ambulatório têm a percepção que poderia ser diferente, se posicionam quanto a insatisfação com o modelo vigente além de propor soluções para modificá-lo. Ambiente acolhedor e bom relacionamento entre profissionais e pacientes foram fatores apontados por pacientes com câncer em tratamento ambulatorial em um estudo realizado no Hospital São Paulo (70).

E8 tem até sugestões para melhorar a dinâmica do serviço. Sem saber que isto é acolhimento, sugere atender com base nas prioridades de cada um.

> *E8: "...é questão de organizar, pra marcar, a marcação, por exemplo, dar prioridade pra quem tá passando mal, ele não pode ficar ali cinco horas igual eu já vi acontecer, o cara tá operado, ele vai vir..."*

Durante o período de coleta dos dados pode-se observar que os profissionais que atendem os clientes não têm a percepção de que o acolhimento mudaria todo este cenário.

A humanização do acolhimento depende da receptividade de todos que entram em contato com o paciente; todos os membros da equipe devem se envolver; operacional, telefonistas, recepcionistas entre outros.

Neste estudo o acolhimento parece estar muito relacionado ao serviço de recepção e telefonia. Nas observações de campo o que se percebeu foi o contato inicial com estes profissionais de forma bastante impessoal, informatizada. Não foi observado o acolhimento feito pelo enfermeiro.

A informatização de um determinado serviço fez com que um sujeito da pesquisa elaborasse a seguinte frase: *"parece mais um atropelamento solidário e não um acolhimento*

solidário" (75). A percepção deste sujeito nos leva a refletir o que queremos quando incrementamos nosso processo de trabalho com computadores, senhas, fichas, indicadores e metas. Muito provavelmente estamos atendendo a eficiência gerencial, mas é pouco provável que estamos prestando uma assistência humanizada centrada no cliente como preconizado por Rogers que jamais se furtaria de uma relação olho no olho, permeada de empatia e afeto.

O verdadeiro encontro entre o profissional e seu cliente somente se efetiva quando ambos estão preparados para tal (49). Como saber se o computador está preparado para receber o cliente? No serviço em questão neste estudo, este momento não é determinado pela tecnologia-leve como recomendado para o acolhimento. Desta forma como saber se ambos estão preparados se quem determina este encontro é uma máquina?

> *E13: "Posso dizer, a senhora... vai ficar só entre nós? O atendimento dos médicos né... a gente espera muito, eles custam um pouco pra chegar, e custam um pouco pra atender. Mas atende bem, quando atende, atende bem".*

E6 e E7 trazem em suas falas o impacto que a espera traz; estes sujeitos parecem não ter problemas com a espera. Em outro estudo o acesso e a espera foram analisados pelos usuários como resultante da falta de critérios para organização das filas e regalias para a*migos* e funcionários; estes usuários também se utilizavam das regalias para se beneficiar (67).

> *E6: "(aqui o tempo que o profissional dedica a você é um tempo razoável?) eu creio que sim..., em termos de atenção... em termos de cuidado... pelo menos em comparação da onde eu vim o tempo que eles tem é bem melhor. Isso causa um impacto pra gente bem positivo. Eu recuperei a esperança que eu não tinha."*

> *E7: "Eu acho aqui uma maravilha, num é pra sabe... porque eu já fiz tratamento lá em Juiz de Fora, eu tava contando pra M que a gente chegava lá e tava marcado pra sete e meia e marcava pra todo mundo sete e meia, juntava aquele povaréu lá, e por isso que eu saí de lá; porque eu ficava nervosa".*

Infere-se que alguns sujeitos desta pesquisa também podem ter sido beneficiados da mesma forma que o estudo citado anteriormente.

4.2.3.2 Subcategoria: A espera (Fila) como sinônimo de serviços públicos de saúde.

Quando perguntados sobre o atendimento do ambulatório, os entrevistados trouxeram em suas falas sua acomodação pelo tempo de espera, com algo posto, o que é esperado dos serviços públicos de saúde.

Para receber e conservar o amor, para aprovação e consideração muitas pessoas renunciam ao centro de avaliação que possuía, desconfia de sua própria experiência para guiar seu comportamento. Acaba por adotar pensamentos e valores dos outros e os adota como seus e acabam sendo fixos e rígidos e não mutáveis (36).

Os sujeitos trazem em suas falas comportamentos determinados pelo serviço de tal forma que parecem passivamente conformados com a espera.

O paciente é na sua maioria passivo e sujeito a regras do profissional e as normas institucionais; poucas vezes o profissional se propõe a ouvir o paciente, descobrir o que ele sente, quer ou precisa (44).

E3, E11 e E12 trazem este comportamento conformista da espera e a obrigatoriedade do paciente compreender tal demora como algo posto, colocando o cliente numa posição passiva.

> *E3: "Eu via que não é aspas, as duas aqui... elas fazem de tudo, "cê" entendeu? pra atender bem, não é culpa delas se, vamos supor, se o médico atrasa, a gente tem que entender que as vezes ele tá numa emergência, como já aconteceu deu sair daqui duas horas da tarde"*
>
> *E11: "Tem que esperar, porque o volume de pacientes é grande, mas todo mundo espera."*
>
> *E12: "Tem espera né Cibele, mas você <u>tem que esperar, não tem ?</u>* (grifo da autora) *Num é? Depende das coisas, mas. Não vejo, não saberia te dizer filha."*

O SUS por meio dos grupos de trabalho em humanização tem como meta a diminuição das filas e o tempo de espera para o atendimento. Tal meta tem como objetivo a humanização da assistência em saúde. Um hospital pode ser excelente na tecnologia e ser desumano no atendimento (35).

A espera também é vista pelos usuários de um serviço de saúde do SUS como “fazendo parte da vida” demonstrando um determinado conformismo. (67).

Em outro estudo realizado com usuários do SUS, o conformismo aparece como o SUS sendo a única opção do usuário; qualquer atenção recebida é melhor do que não ser e ainda há condições piores. Contrapondo estes sentimentos, aparece também a raiva e indignação que eram contidos pela necessidade de assistência e o poder institucional (67).

Duas décadas passadas da implantação do SUS e ainda convivemos com a idéia da saúde ser um bem meritório e está longe de ser um direito de todos como garantido pela CF/1988. A universalidade do acesso fica à mercê da tecnologia adotada pelas instituições de saúde.

Apesar de todos os avanços, o SUS ainda tem dificuldades de acesso oportuno e a garantia de qualidade de serviço para população brasileira. Tais dificuldades podem ser atribuídas ao subfinanciamento do sistema, problemas de gestão e a relação entre o SUS e o sistema privado de saúde que concorre por recursos humanos, financeiros e físicos.

Tal fato não é diferente na instituição onde o estudo se realizou. Percebe-se que mesmo com grupo de humanização implementado na instituição, com a divulgação da cartilha dos usuários por alunos da graduação em enfermagem, manuais de direitos dos usuários, este conformismo aparece também neste estudo.

Nas observações de campo foi visto um sistema de atendimento por ordem de chegada e senhas para o atendimento, deixando o acolhimento apenas para pacientes que iniciam o tratamento no serviço (ditos de primeira vez).

Um estudo realizado com 2.773 pessoas com o objetivo de conhecer as percepções dos usuários sobre bens e serviços públicos e neles a saúde, observou-se que a avaliação do usuário está intimamente ligada a sua experiência pessoal, às expectativas de atendimento e às informações recebidas pelos meios de comunicação. Neste estudo a opinião dos entrevistados sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde prestados pelo SUS foram muito bons ou bom para aqueles usuários que avaliaram seu estado de saúde positivo e ruins para os que avaliaram seu estado de saúde como negativo (83).

Por esta perspectiva e considerando o estado de saúde dos pacientes oncológicos, esperar-se-ia uma percepção bastante negativista dos entrevistados, porém o que pode-se perceber é uma atitude de extremo conformismo e uma alta capacidade de adaptação.

Observou-se ainda que a quantidade de pacientes atendidos no ambulatório está intimamente relacionada ao agendamento de consultas e procedimentos médicos. A equipe multidisciplinar, em especial a enfermagem, atua na vigência desta agenda e seu trabalho é

determinado por ela. Os pacientes, familiares e profissionais parecem se conformar com a situação.

O médico, com sua autoridade é o profissional que mais influencia a prática da enfermagem. A forma como a enfermagem tem olhado o paciente compromete a visão de homem, contribuindo para que o homem seja cada vez menos homem (44).

O paciente necessita de uma relação simétrica assim como o profissional que deseja prestar uma assistência humanizada (38).

Não há a percepção dos trabalhadores acerca da importância do acolhimento e seus benefícios. A lógica da produção, do modelo taylorista da especialização, ainda é muito presente no serviço. Há a preocupação em quantos pacientes foram atendidos independente de como foram atendidos. O enfermeiro tem a possibilidade de transformar a assistência ao homem coisificado em uma vivência humana e realizadora (44).

Para que tal fato ocorra, há a necessidade de que os profissionais que atendem esta clientela percebam a necessidade desta transformação, fazendo que o atendimento seja um momento de íntima relação e que esta seja simétrica além de promover uma relação mais simétrica como recomendado pelos autores acima.

4.2.4 CATEGORIA: A ambiência interferindo no processo de tratamento e na qualidade do atendimento

Ambiência na saúde é o tratamento dado ao espaço físico que se entende por espaço social, profissional e de relações interpessoais que busca uma atenção acolhedora, resolutiva e humana. Deste ambiente espera-se conforto (grifo da autora) focado na privacidade e individualidade (cor, cheiro, som, iluminação, morfologia); respeito a produção dos sujeitos (grifo da autora) (encontro dos sujeitos) além de ser um espaço facilitador do processo de trabalho (grifo da autora) (favorecedor da otimização dos recursos, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo) (4).

Ao entrar no ambulatório de oncologia percebe-se que a ambiência é prejudicada pelo espaço físico insuficiente, o excesso de pacientes num mesmo horário, a falta de aeração além

de intenso ruído provocado pelas falas tanto de profissionais quanto de pacientes, familiares, cuidadores entre outros que freqüentam o serviço (voluntários, alunos, motoristas de ambulâncias etc).

Numa relação interpessoal, a atmosfera será terapêutica se impregnada de segurança e calor, sem os quais não há transformação para o crescimento. A segurança pode ser estimulada por atitudes tranqüilizadoras, reconfortantes e encorajadoras por parte do profissional. O calor pode ser proporcionado por meio do afeto do profissional pelo cliente (61).

Ao observar a dinâmica do serviço foi possível identificar a falta de privacidade do paciente que muitas vezes se envergonhava de falar de seu problema no guichê além de ter sua consulta médica interrompida por várias vezes. Tal fato pode impedir esta atmosfera preconizada por Rogers (61).

Faz parte da humanização a criação de ambiente que respeite as condições da pessoa, um ambiente que seja humano. O indivíduo sai de seu contexto familiar e assume o papel de paciente. Perde sua autonomia, independência e vivencia situações psicológicas graves como ansiedade, medo, insegurança, depressão entre outras (35).

Um ambiente físico pode contribuir para minimizar todas estas situações psicológicas. Quando há espaço para uma boa acomodação, boa ventilação e iluminação. Um ambiente que lhe propicie troca de experiências com outros pacientes, que possa desenvolver seus trabalhos manuais, se dedicar a leitura, ouvir uma boa música, assistir programas televisivos ou outras atividades de entretenimento ou mesmo de relaxamento.

Durante a observação participante e mesmo ao voltar em campo, estas questões foram trazidas pelos pacientes que esperavam que com o estudo isto poderia ser melhorado. Alguns se arriscaram a sugerir solarium, bazares, biblioteca entre outras sugestões. Tal fato corrobora com os autores supracitados quando mencionam a influência do ambiente na recuperação do paciente (35,61).

Os fatores ambientais são motivo de enorme preocupação desde Florence Nightingale. A enfermeira já demonstrava estatisticamente a relação do ambiente (limpeza, aeração, iluminação, odores etc) com o estado do paciente (84).

A maioria dos entrevistados demonstra seu incômodo com o espaço físico e a extrema proximidade que as pessoas ficam quando esperam atendimento. Utilizam termos diversos

como: "*tumulto danado"(E10), "todo mundo amontoado"(E10),* "*espaço é pequeno"(E6), "aqui é muito pequeno"(E5), "quantidade de pessoas"(E10), "problema com o espaço físico"(E11)*

Encontrou-se em um estudo, achados que corroboram com este, onde o hospital foi definido por usuários como sendo um lugar ameaçador, que provoca "*medo de pegar coceira" e* sentimento de estar preso (67).

A humanização do atendimento ao público está diretamente relacionada a condições de trabalho do profissional de saúde e de seu preparo adequado para as relações interpessoais, além do conhecimento teórico (49). Portanto, há uma dupla preocupação; com o profissional e com o paciente que não têm no ambiente físico boas condições de trabalho e atendimento respectivamente.

E5 e E6 têm a percepção da demanda do serviço. Toda esta demanda é determinada como foi dito anteriormente pela agenda do médico. Aumentar o número de médicos e diminuir o tempo de espera foram as principais melhorias sugeridas por usuários dos serviços públicos de saúde. O sistema de agendamento prévio, diminuindo o tempo de espera foi uma das sugestões dos usuários (83).

> *E6: "O espaço ali é muito pequeno né... pra demanda que tem, o espaço ali é bem pequeno. Ainda mais agora na época do frio o pessoal vai ficar bem juntinho lá, não vai poder ficar lá fora... então com a criação do hospital do câncer a sala provavelmente vai ser maior, vai ficar melhor." [...] a questão ali pior é o espaço né, o <u>espaço é pequeno</u>* (grifo da autora) *para a demanda, mesmo porque não tem como ampliar ali".*

> *E5: "...espera, com certeza, meu tio tava pra cá pra fazer oito e meia e saiu daqui onze da manhã. Aqui é <u>pequeno</u>* (grifo da autora)*, tinha que ser ampliado né.. mas no mais é isso aqui mesmo, você ser atendido. Paciência né... porque a gente precisa né... não é verdade?" [...] "Não, eu não. Pelo pouco que eu conheço aqui, acho que é .. são suficiente... <u>aqui é muito pequeno</u>* (grifo da autora) *né... lotado".*

Além da porta de entrada dos serviços de saúde é recomendado salas de estar e relaxamento. Estas áreas são espaços importantes de encontros, trocas e integração contribuindo, portanto com a produção de saúde. Ainda são recomendados tanto salas de espera quanto ambientes para prática de relaxamento, atividades físicas, alongamento,

ginásticas, tai chi etc. Estes espaços podem ser utilizados tanto para pacientes quanto para trabalhadores (85).

Os entrevistados trazem diferentes formas de expressar sua insatisfação com o ambiente tanto físico quanto das relações. Percebem a falta de privacidade quando são colocados próximos a pacientes com grau de sofrimento maior que o seu. A privacidade, a individualidade, a confortabilidade preconizadas pelo MS em sua cartilha da ambiência não suprem as necessidades destes pacientes.

Os serviços de saúde devem construir ambiências acolhedoras e harmônicas, promovendo o bem estar, desfazendo os mitos de hostilidade e frieza que estes espaços trazem (85).

E3 caracteriza o ambiente como sofrido e não gosta de ficar dentro da sala de espera por passar mal.

> *E3: "Como assim eu venho e procuro ficar lá fora, porque eu não gosto de ficar... ah se for ver bem... aqui é um ambiente bem sofrido* (grifo da autora) *né, é muito, tanto aqui como lá na quimio né. Nossa eu vinha e passava mal, sempre eu tinha esse problema; tanto é que eu vou fazer a minha limpeza do porth-a-cath, eu chego lá e já chego passando mal."*

Da mesma forma E7 diz ficar nervoso de ver gente tão ruim e E10 fica até mesmo assustado com a situação enquanto espera seu atendimento e informa que o cheiro não lhe agrada, chega mesmo a dizer aversão, porém negando. Atribui toda esta situação ao excesso de pacientes para atendimento.

> *E7: "Eu só não gosto de ver gente assim muito ruim* (grifo da autora) *perto de mim que eu fico nervosa, me dá, meu coração fica disparando assi... por exemplo igual um dia eu vi um homem lá com o nariz assim ...parece... aí eu fiquei nervosa e chegou a noite eu não dormi por causa de ver o homem naquele estado."*

> *E10: "Olha a primeira vez que eu entrei aqui eu fiquei... eu fiquei meio assim assustado* (grifo da autora)*. Porque na realidade é, as pessoas aqui são bem classe baixa né... a maioria e muita gente bem arrebentada* (grifo da autora) *né... muita gente. E aqui também tinha um cheiro* (grifo da autora) *na hora que entrava aqui dentro que aquilo lá me dava... pode ser por causa da rádio aquilo*

> *lá... eu não sei... me dava uma ânsia, uma coisa absurda." [...] "Não era bem uma aversão era um (pausa) não sei, como que eu vou te falar? [...] "Então o começo eu realmente fiquei assustado, não por nojo, por medo de pegar deles, não sei. Sei lá foi a situação do momento... a situação.[...] "Difícil heim... Eu não sei a dificuldade que existe aqui, mas é lógico que cem por cento não é, mas pela quantidade de pessoas* (grifo da autora) *que tá vindo prá cá acho que poderia melhorar um pouquinho mais o ambiente, não é?"*

E10 percebe ainda que o excesso de pessoas no serviço provoca um tumulto e um amontoado de gente.

> *E10: "Acho que as pessoas são compreensivas, mas, todo mundo, num tumulto danado, todo mundo amontoado* (grifo da autora)*, todo mundo brigando por uma vaga, por uma cadeira, acho que seria isso."*

A capacidade física, o excesso de ruído, mobiliários insuficientes, materiais avariados e iluminação foram fatores de desumanização encontrados em um estudo realizado num hospital público de Fortaleza- Ceará em que os autores buscaram apreender o conceito de humanização na perspectiva de seus usuários. Alguns usuários tinham a percepção que era sorte quando algo saía bem como se fosse um jogo de loteria (67).

Da mesma forma E11 percebe que o espaço físico é pequeno embora haja organização do serviço para o atendimento e sugere que os pacientes possam opinar sobre a planta física.

> *E11: "Ah Cibele aqui, a gente tem sempre problema com o espaço físico* (grifo da autora) *né, acho até que o pessoal organiza muito bem o espaço físico e tudo mais, tá bem mais organizado, mas, num serviço público e SUS a gente tem sempre espaço físico, acredito que no Hospital, se deixarem a gente se inserir na planta física né, então assim é legal ter um espaço pras pessoas se encontrarem."*

Limpeza e conforto foram fatores que avaliaram a ambiência em outro estudo. Mais de 75% dos entrevistados avaliaram as unidades públicas de saúde como de alto padrão. Tal fato causou estranheza aos autores do estudo que sabem que as instituições públicas têm instalações inadequadas. Nas observações de campo os autores perceberam banheiros sem papel higiênico, espaços apertados e abafados (78).

Neste estudo os usuários têm a real percepção do ambiente físico e sua interferência no processo saúde-doença como mostra as falas anteriores.

A ambiência isoladamente não muda o processo de trabalho em saúde. A postura e o entendimento dos trabalhadores e gestores também são necessários, porém a ambiência pode ser um facilitador da mudança do processo de trabalho. Neste sentido o acolhimento associado à criação de espaços de encontros, escuta e recepção com a utilização de vegetação, iluminação e ventilação naturais, cores e artes podem promover um ambiente humanizado tão necessário na saúde (86).

4.2.5 CATEGORIA: a doença trazendo o aprendizado

O aprendizado traz muitas vezes mudanças em nosso estilo de vida, em nosso sistema de valores e até mesmo a forma que nos vemos. O sistema de valores muda da infância para a idade adulta; isto quando o indivíduo continua numa direção de maturidade psicológica. O valor tem diferentes dimensões: operativo, pensado e objetivo. O valor operativo usamos para mostrar alguma tendência, preferência em nossas ações para escolher uma coisa em detrimento de outra. O valor pensado é a preferência do indivíduo por um objeto simbolizado; ele é pensado antes da escolha e envolve as experiências anteriores do indivíduo e o valor objetivo e aquele que é objetivamente preferível podendo ser ou não pensado ou desejável (36). E11 deixa claro na fala sua mudança de valores após a experiência com a doença.

> *E11: "É isso, e outra coisa assim é que, o que importa pra mim agora, questão de sentimento é o meu bem estar, estar bem comigo mesma, independente do físico e eu guardava muito e eu aprendi* (grifo da autora) *que eu não guardo mais, tipo assim toma lá da cá, o que eu tenho de falar eu falo mesmo, eu devia ter feito antes."*

A juventude está insegura quanto aos verdadeiros valores; a cultura do mundo está cada vez mais científica e relativista; os valores associados à religião perderam muito de sua força; os indivíduos tem sido alvo de verdadeiros bombardeios de valores contraditórios diferentemente de um passado histórico em que havia uma acomodação tranqüila ao sistema

de valores; o sistema de valores do passado parece estar se desintegrando e não há um sistema intercultural de valores no mundo (85). E11 mostra toda sua indignação pela inversão de valores e traz isto como forma de aprendizado.

> *E11: "...eu falo que essa doença me ensinou um monte de coisas, primeiro que é, eu vi que para os outros, não pra você, a sua aparência é tudo."*

O câncer é, do ponto de vista social, uma das enfermidades mais associadas a morte. Nos últimos anos a valorização da subjetividade do paciente oncológico e sua relação com a morte tem sido objeto de estudos. Uma doença grave como o câncer, traz a angustia e o medo da morte desde seu diagnóstico e se estende até o término do tratamento.

Embora de maneira bastante subjetiva E11 traz a morte na forma de um "buraco" em que todos podem experimentar e há uma possibilidade de transformação.

Em outro estudo sobre mulheres mastectomizadas o termo "sensação de queda de uma bomba" traz implícito o impacto que a notícia da doença trouxe a estas mulheres (74).

E11 é da religião espírita acreditando na vida após a morte e traz esta transformação como aprendizado. Sabe-se que o medo de morrer é uma experiência individual e para o paciente oncológico o contato com ela é bastante constante propiciando enorme aprendizado (86).

À medida que o cliente se desenvolve, suas experiências crescem, sua consciência da necessidade de afeto e respeito são mais claras e ele acaba se comportando de uma maneira razoável e social. Desta forma ele fica disponível à experiência e tem um enriquecimento progressivo que lhe permite a auto-avaliação e a autocorreção levando à maturidade pessoal (61).

E11 traz estas experiências que foram adquiridas com o seu adoecimento e muda sua forma de ver o mundo e de se relacionar. Acaba aprendendo com esta experiência.

> *E11: "O Câncer é uma doença que ela te joga no <u>buraco</u> (*grifo da autora) *e muitas vezes vai a família junto, e cada um sai desse buraco ou não de uma forma, tem pessoas que ficam tem pessoas que saem e tem pessoas que você juntar...porque assim, porque quebra na verdade... quebra tudo. Você reconstruir é complicado Você reconstruir é complicado..."*

> *E11: "...e você acha coisas que você é capaz de fazer que você jamais imaginaria... eu aprendi muitas coisas que eu sou capaz de fazer... coisas assim em termos de comportamento, de pensamento, de atitude, de fazer, do fazer mesmo..."*

Rogers ao relatar a experiência de uma paciente descreve o relato pessoal da mesma sobre o vazio interior que experimentou e chama este vazio de "A Caverna". Traz ainda que este vazio pode ser um acontecimento rico e realizador quando se aceita (64). Do mesmo modo, E11 ao descrever o "buraco" e a aceitação dele como parte do processo do adoecimento traz o aprendizado que veio com novos comportamentos e atitudes por ter aceitado tal experiência.

Cada pessoa deve escolher seu próprio caminho; independente do que os outros digam, a única pessoa com a qual o mundo está decidido a não nos deixar viver somos nós mesmos (36). E11 deixa clara sua opção pela forma como quer viver. Tal fato é bastante observado em pacientes que passaram pela experiência do câncer. É como um balanço que fazem de toda sua vida e a partir daí escolhem seus próprios destinos. Seja para viver ou morrer.

Se confiarmos na capacidade do ser humano para se desenvolver podemos dar-lhe a oportunidade de escolher o seu caminho para aprender (36).

> *E11: "...o escrever durante a doença me ajudou muito, de manter marcado, tudo em termo de sentimento, de acontecimento, você vai ... e isso me fez muito bem."*

> *E11: "Eu to nessa fase ainda, é uma <u>redescoberta, uma redescoberta da vida, redescoberta das relações</u>* (grifo da autora), *é uma redescoberta da profissão, é uma redescoberta assim das suas relações com o mundo, com as pessoas, com as coisas, com a natureza. [...] "Outra coisa que eu aprendi, eu aprendi que eu não sabia como eu era tão querida, que eu tinha estabelecido tantas relações é como eu recebi né...".*

O aprendizado referido por E11 necessita da liberdade a que Rogers se refere: íntima, subjetiva e existencial; eu posso viver aqui e agora por minha escolha; é a descoberta do sentido interior; é ser responsável pelo eu que a pessoa decide ser; é ser responsável pela sua

escolha e usá-la para viver corajosamente (36). Hoje existem grandes tendências a nos afastar da liberdade, a sucumbirmos às pressões culturais e políticas, nos tornarmos conformistas, dóceis e rígidos; a nos distanciarmos da liberdade interior (36).

Os profissionais de saúde que assistem ao paciente oncológico devem ter em mente a importância de construir ambientes terapêuticos que permitam a liberdade referida por Rogers. Caso contrário, estaríamos condenando este paciente aos limites impostos pelos serviços de saúde. Nesta perspectiva, o enfermeiro oncológico deve prover ambientes que permitam o livre expressar, a espontaneidade e cuidar para que o cuidado seja centrado no cliente.

5 CONCLUSÃO

Estar com câncer traz uma série de implicações físicas, emocionais, espirituais, culturais e o contato próximo com a própria limitação e finitude. Compreender as relações interpessoais que permeiam todo o processo de cura e a subjetividade dos sujeitos envolvidos é condição imprescindível para um cuidado humanizado. Por meio do acolhimento pode-se apreender os sentimentos experenciados pelo doente e seu familiar além de compreender toda a subjetividade que permeia a existência do homem em especial na situação de adoecimento.

As práticas da saúde, em especial na oncologia, nos colocam em contato direto com as nossas possibilidades, mas também com os nossos limites. Reconhecer estes últimos se faz necessário a todo profissional consciente da sua responsabilidade enquanto ser. Neste estudo pode-se perceber as limitações na comunicação entre cliente e profissional e o quanto estas limitações interferem nas relações interpessoais. Em alguns momentos o cliente percebe o acolhimento se sentindo valorizado e percebido como único, porém demonstra insatisfação em algumas relações. O atendimento por ordem de chegada é percebido como despersonalização e a ambiência é um fator importante para a humanização do atendimento na percepção destes clientes.

O aprendizado é percebido por alguns sujeitos embora a maioria não consiga manifestar este aprendizado deixando implícito algumas mudanças de comportamento em virtude da doença com o objetivo de adaptação a nova situação.

Considerando que o acolhimento não é uma tecnologia leve utilizada por todos os profissionais do serviço em estudo e considerando que algumas vezes ele deixa de ser utilizado por alguns profissionais na percepção dos clientes oncológicos, torna-se imperativo que a instituição onde o estudo se realizou invista na capacitação do profissional, no que tange às relações interpessoais no ambiente do trabalho, na busca do auto-conhecimento destes profissionais, na melhoria da qualidade das comunicações além de melhorar o comprometimento por parte de alguns profissionais em relação ao acolhimento.

O compromisso da instituição com estas iniciativas poderá permitir uma relação interpessoal afetiva, empática, compreensiva e permeada de amor além de centrada no cliente como preconizado por Rogers.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a transformação das políticas públicas de saúde há a necessidade de se enfrentar o modelo fragmentado, especialista, da lógica do capitalismo para um modelo de saúde que traga para o campo da prática a integralidade, a totalidade do ser humano, objeto do cuidado em saúde.

Uma política de humanização se confunde com o próprio SUS em seus princípios doutrinários (Universalidade, Integralidade e Equidade). Esta humanização somente se concretizará a partir do momento em que houver uma transformação nas tecnologias relacionais em especial o acolhimento. Uma transformação em que ela seja uma política e não um programa. A humanização não se efetiva sem o envolvimento simultâneo de gestores, médicos, enfermeiros, demais membros da equipe multidisciplinar e pacientes. Deve ser antes de tudo uma política institucional não apenas expressa em sua missão e nos seus valores, mas efetivada no cotidiano das ações em saúde.

Estratégias como a acreditação, ouvidoria, modelo de atenção centrada no usuário entre outras que buscam a qualidade e a humanização, são estratégias que estão em processo de desenvolvimento, porém cada realidade é única, cada serviço deve buscar compreender a singularidade de seus usuários para que a humanização das relações se concretize no cotidiano dos serviços.

Há um grande abismo entre o discurso ético sobre humanização no interior da organização e as práticas em saúde nesta mesma organização.

Percebe-se a necessidade de uma mudança pessoal na busca pela humanização da assistência. Tal mudança talvez possa ser alcançada por meio da qualificação profissional.

A humanização da assistência pressupõe antes de tudo a humanização do trabalhador e de seu ambiente de trabalho. Ela pressupõe o conhecimento das subjetividades do profissional. Sem conhecê-las não há humanização do cuidado.

Sabe-se que o trabalho voluntário em hospitais é de importância fundamental para a humanização da assistência, porém não se verificou tal impacto na instituição onde o estudo se realizou. Humanizamos a assistência quando colocamos nosso olhar para o doente e não somente para sua doença.

A interação é o aspecto mais importante para os pacientes quando acometidos pelo câncer. Esta interação torna-se mais importante ainda no atendimento no serviço de saúde

onde eles esperam diminuir seus medos, angústias e dores por meio do cuidado. Cuidar vai além de curar, de agir ou fazer. Tem haver com zelo, atenção, respeito e compreensão da singularidade e da subjetividade do ser humano.

Grande parte da precarização das relações profissional-cliente são atribuídas ao excesso de burocratização que a lógica da produção trouxe, mas também a enorme falta de comprometimento e envolvimento por parte de alguns profissionais. O estigma que os serviços de saúde trazem de que são serviços ruins com pessoal desqualificado somente será desfeito com um grande empreendimento por parte dos governos, profissionais de saúde e usuários. A evolução das relações interpessoais não acompanhou o avanço tecnológico, ficando este último muitas vezes em primeiro plano.

Tornar o acolhimento efetivo implica em mudanças no comportamento do profissional que acaba oferecendo resistência, pois é um campo desconhecido para ele.

Estudar as relações interpessoais em ambientes de saúde, em especial em ambiente de extrema dor e angústia leva o pesquisador perder seu foco de estudo e querer prestar o cuidado que o cliente demanda. O roteiro de observação participante muito ajudou durante a coleta de dados para que os objetivos do estudo pudessem ser alcançados. Sugere-se que para este tipo de pesquisa roteiros para entrevista e observação devam ser adotados dando mais validade e confiabilidade ao estudo.

7 REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição Federal de 1988. 5 de outubro de 1988. Institui a Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Brasil (País).

2. Brasil. Legislação Federal. Lei Nº 8.080. Lei Orgânica da Saúde. 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e reabilitação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasil (País).

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer saúde. Brasília: 2004. 48p.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: 2006. 44p.

5. Schimith MD, Lima MAD da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad saude publica. 2004 nov/dez; 20(6): 1487-94.

6. Silva LG, Alves M da S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. Rev APS. 2008 jan/mar; 11(1): 74-84.

7. Souza AC de, Lopes MJM. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. Rev Gaúcha Enferm. 2000 abr; 24(1): 8-13.

8. Rennó C, Garcia ADTR, Ribeiro NP, Matoso WMA. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Seminário de Iniciação Científica. Resumos: 16º Seminário de Iniciação Científica. Ed PUC Minas. Belo Horizonte, 2008. 268p.

9. Ribeiro MR, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. Cad saúde pública. 2004 mar/abr; 20(2): 438-46.
10. Merhy EE. O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micro política do trabalho vivo). Rio de Janeiro: CEBES; 1995.

11. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MI, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Cienc saud colet. 1999; 4(2): 221-42.

12. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 407p.

13. Simões AL de A, Rodrigues FR, Tavares DM dos S, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. Texto & contexto enferm. 2007 jul/set; 16(3): 439-44.

14. Brasil. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS, acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 198p.

15. Gonçalves, RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cadernos CEFOR; 1992, 53p.

16. Rodrigues MP, Araújo MS de S. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da família. Natal: 2003.

17. Paiva SMA. Qualidade da assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação [Tese- Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.

18. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002. 189p.

19. Franco SC, Campos GW de S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. Cad saude publica. 1998 jan/mar; 14(1): 61-70.

20. Solla JJSP. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2005 out/dez; 5(4): 493-503.

21. Matsumoto, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade básica de serviços de saúde (Dissertação Mestrado) Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998. 226f.
22. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 1997. 385p
23. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad saude publica. 1999 abr/jun; 15(2): 345-353.

24. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde: In: Merhy EE, Onocko R organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público de São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p.229-66

25. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (org.) Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

26. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad saude publica. 2007 jan; 23(1): 75-85.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2000.

28. Benevides R, Passos E. A humanização no Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, globalização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciênc saude colet, 2005 maio; 10(3): 561-571.

29. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma Ata. Organização Pan-Americana da Saúde, 1978. [Acesso em 20 ago. 2007] Disponível em: URL:

30. Fortes PA de C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saude soc. 2004 dez; 13(3): 30-35.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2000.
32. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev latino-am enferm, 2005 jan/fev; 13(1): 105-111.

33. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Cienc saude colet, 2004; 9(1): 7-14.

34. Ayres JR de C. Hermenêutica e Humanização das praticas de saúde. Cienc saude colet, 2005 jul/set; 10(3): 549-560.

35. Mota RA, Martins CG de M, Véras RM. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. Psicol estud. 2006 maio/ago; 11(2): 323-330.

36. Rogers CR, S Barry. De pessoa para pessoa: O problema de Ser Humano - uma nova tendência na psicologia. São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1978. 328p.

37. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface. 2005 mar.ago; 9(17): 389-406.

38. Pessini L, Bertachini L (Orgs.) Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo: Edições Loyola; 2004.

39. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva; 10(3).

40. Bettinelli LA, Waskievicz J, Erdmann AL. Humanização do Cuidado no Ambiente Hospitalar. O Mundo da Saúde. 2003 abr/jun; 27(2): 231-9.

41. Organização Pan-Americana de Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

42. Martins MCFN. Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

43. Instituto Nacional do Câncer. História do Instituto Nacional do Câncer. INCA, 2007. Acesso em: 06 nov. 2007.
Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=235>.

44. Furegato ARF. Relações Interpessoais Terapêuticas na Enfermagem. Ribeirão Preto: Scala; 1999. 142p.

45. Torritesi P, Ventrúsculo DMS. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. Rev. Latino-am. Enfermagem. 1998 out; 6(4): 49-55.

46. Medina P. Cuidados paliativos em Home Care. Rev. Bras HomeCare. 2000; 64: 4-6.

47. Rogers CR. Tornar-se Pessoa. São Paulo: Martins Fontes; 1977. 360p.

48. Baggio MA. Relações Humanas no Ambiente de Trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2007; 28(3): 409-415.

49. Hoga LAK. A Dimensão Subjetiva do Profissional na Humanização da Assistência a Saúde: uma reflexão. Acesso em 30 maio 2010. Disponível em URL: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/02.pdf>.

50. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008. 407p.

51. Bogdan RC, Biklen SK. Investigação qualitativa em educação: uma introdução a teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora; 2006.

52. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007 fev.; 23(2): 331-40.

53. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução Ana Thorell. Porto Alegre: Bookman; 2010. 248p.

54. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986. 99p.

55. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2009. 175p.

56. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: dados distritais. Rio de Janeiro: IBGE; Acesso em: 06 de novembro de 2009. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br>.

57. Turato, ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2008. 685p.

58. Campos, CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev. Bras. Enf. 2004 set/out; 57(5): 611-14.

59. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008, 281p.

60. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196. 19 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

61. Rogers CR, Kinget MG. Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não diretiva. Belo Horizonte: Interlivros; 1977 (Tradução de Maria Luisa Bizzotto) 287p.

62. Leopardi, M.T. Teorias em Enfermagem – Instrumentos para a Prática. Florianópolis, Papa-livros; 1999.

63. Stefanelli MC. Comunicação com o paciente-teoria e ensino. São Paulo: Robe Editorial; 1993. 200p.

64. Rogers CR. Um jeito de ser. São Paulo: EPU, 1983 (Tradução Maria Cristina Machado kupfer, Heloisa Lebrão, Yone Souza Patto). 156p. (Original: 1902).

65. Brito NTG, Carvalho Rev. Einstein. 8(2pt1):221-7, 2010.

66. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2010; 206p.

67. Gomes AM de A, Moura Escolástica RF, Nations MK, Alves M do SCF. Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. Rev. Esc Enferm USP. 2008; 42(4): 635-42.

68. Brasil. Ministério da Saúde. ENSP/FIOCRUZ. Satisfação dos usuários em três unidades de Atenção à Saúde da Fundação Oswaldo Cruz: Instituto Fernandes Figueira, Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas e Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP. Rio de Janeiro, 2008. 136p.

69. Backes DS, Filho DL, Lunardi VL. Humanização hospitalar: percepção de pacientes. Acta Sci. Health Sci. 2005; 27(2): 103-107.

70. Fonseca SM, Gutiérrez MGR, Adami NP. Avaliação da satisfação de pacientes oncológicos com atendimento recebido durante o tratamento antineoplásico ambulatorial. Revista Brasileira de Enfermagem. 2006 set/out; 59(5): 656-660.

71. Fontes CAS, Alvim NAT. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. Acta Paul Enferm. 2008; 21(1): 77-83.

72. Carvalho CSU. A necessária atenção à família do paciente oncológico. Revista Brasileira de Cancerologia. 2008; 54(1): 87-96.

73. Grinberg M. Comunicação em oncologia e bioética. Rev. Assoc Med Bras. 2010; 56(4): 375-93.

74. Fabbro MRC, Montrone AVG, Santos S. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. Rev. enferm. UERJ. 2008 out/dez; 16(4): 532-7.

75. Maciel, SM. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade da na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. Cad. Saúde Pública. 2004 mar/abr; 20(2): 502-511.

76. Silva MF, Fernandes MFP. A ética do processo ante o gerenciamento de enfermagem em cuidado paliativo. O Mundo da Saúde. 2006 abr/jun; 30(2): 318-325.

77. Ferreira J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. Saúde Soc. 2005; 14(3): 111-8.

78. Brasil. Cuidado Paliativo. In: Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), 2008. 689p.

79. Oliveira BRG, Collet N, Vieira CS. A humanização na assistência à saúde. Rev. latino-am Enfermagem. 2006 mar/abr; 14(2): 227-84.

80. Araújo MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. Rev. Esc Enferm USP. 2007; 41(4): 668-74.

81. Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Rev. Bioética. 2002; 10(2): 51-66.

82. SILVA VCE, ZAGO MMF. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção dos pacientes: In 13º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 2005 São Luis. CD 13º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. São Luis – MA; Associação Brasileira de Enfermagem, 2005. p.1-3.
83. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

84. Nightingale F. Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é. Tradução Carvalho, AC. São Paulo: Cortez, 1989.

85. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. 32p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

86. Borges ADVSB, Silva EF, Toniollo PB, Mazer SM, Valle ERM, Santos MA dos. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. Psicologia em estudo. 2006 maio/ago; 11(2): 361-369.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

N.º Registro CEP: 5916.0.000.146-10

Prezado Senhor (a),

Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Título do Projeto:

ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA NUMA UNIDADE DE ONCOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS

1) Introdução

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que estudará o acolhimento na visão dos pacientes no Ambulatório de Oncologia da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) de Poços de Caldas. Este estudo é importante porque conhecendo como o paciente percebe o acolhimento, o serviço poderá melhorar seu atendimento. Você foi escolhido para participar desta pesquisa por ser um paciente que está em tratamento neste ambulatório. Você poderá participar da pesquisa durante o tempo que tiver no ambulatório e não precisa sair de sua casa para participar da pesquisa. A sua participação não é obrigatória. O objetivo desta pesquisa é: Conhecer a percepção dos usuários sobre o acolhimento no ambulatório de oncologia da UNACON de Poços de Caldas e analisar o significado do acolhimento para os pacientes oncológicos na perspectiva da humanização do atendimento e do vínculo usuário-profissional.

2) Procedimentos do Estudo

Para participar deste estudo peço a sua especial colaboração em responder algumas perguntas que serão feitas durante entrevistas sobre dados pessoais e sobre o acolhimento na unidade de oncologia. As entrevistas serão gravadas, porém, você não será identificado. Os arquivos de

áudio serão mantidos pelo período necessário para a conclusão da pesquisa, sendo depois apagados. Para obter melhores informações serão também feitas observações das atividades realizadas na unidade.

3) Riscos e desconfortos

Este estudo não possui riscos e desconfortos físicos.

4) Benefícios

Espera-se que, com o resultado desta pesquisa, a instituição possa melhorar o acolhimento a todos os pacientes que fazem tratamento no ambulatório de oncologia.

5) Custos/Reembolso

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo.

6) Caráter Confidencial dos Registros

A sua identidade será mantida em segredo. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

7) Participação

Sua participação neste estudo é muito importante e voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados a que tenha direito nesta instituição. Você também pode ser desligado do estudo a qualquer momento sem o seu consentimento nas seguintes situações: (a) Você não siga adequadamente as orientações do estudo; (b) Caso o estudo termine.

Em caso de você decidir retirar-se do estudo, favor notificar a pesquisadora.

Este projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 Caixa Postal 6111 13083-887 Campinas – SP Fone: (19) 3521 – 8936 Fax: (19) 3521 – 7187 - Email: CEP@fcm.unicamp.br

A pesquisadora responsável pelo estudo poderá fornecer qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, assim como tirar dúvidas, bastando contato no seguinte endereço e/ou telefone:

Nome da Pesquisadora: Cibele Siqueira Nascimento Rennó – (35) 37296069 Email: rennocib@ig.com.br ou rennocib@pucpcaldas.br RG: M-2.470.787

Endereço: Praça Francisco Escobar S/N – Centro – Poços de Caldas – 37.701.027
Nome do Orientador: Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos

8) Declaração de Consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa me foi explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmo também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar da pesquisa em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontadpe para participar desta pesquisa.

Obrigado pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

_____

Nome do participante (em letra de forma)

_____

Assinatura do participante ou representante legal **Data**

_____

Nome (em letra de forma) e Assinatura do pesquisador **Data**

APÊNDICE B

ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA NUMA UNIDADE DE ONCOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS
ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Entrevista nº_____ Duração:_____
Local:_____Cidade e data:_____, ____/____/____
Entrevistador:_____Assinatura:_____

Parte I – Dados de Identificação do entrevistado:

1. Nome completo:_____
2. Endereço:_____
3. Sexo:_____Idade:_____Naturalidade:_____
4. Grau de escolaridade:_____Estado civil:_____
5. Procedência:_____
6. Quem sugeriu o tratamento nesta unidade?_____
7. Tempo em tratamento:_____Tipo de tratamento:_____
8. Com qual freqüência vem ao ambulatório?_____
9. É trazido por alguém?_____Quem?_____
10. Com quem mora:_____
11. Tem um cuidador?_____Quem?_____
12. Situação econômica(faixa de renda familiar):_____
13. Profissão/Ocupação:_____Há quanto tempo:_____
14. Atividades de lazer:_____
15. Religião/religiosidade (prática):_____

Parte II – Questões temáticas:

1. Descreva os sentimentos que você experimenta ao utilizar a unidade (Descritiva)
2. O que é para você um bom atendimento? (Escuta)
3. Como você se sente em relação a seu atendimento pela equipe? (Escuta)
4. Como você considera a comunicação/informação com os profissionais?

5. Como você percebe que o serviço trata os problemas que você traz ?(Escuta)
6. Se você pudesse mudar algo para melhorar a unidade o que mudaria ?(Hipotética)

Parte III - Dados da observação e auto-observação do entrevistado:

Apresentação pessoal do informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alteração na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre de voz e volume da voz), riso, sorriso, choro e manifestações afins.

(Modelo adaptado de Turato, 2008)

APÊNDICE C

ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA NUMA UNIDADE DE ONCOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÕES DE CAMPO

N ^{0} Observação:_____ Data:____/____/____ Hora:_____Local:_____
Posição do observador:_____Duração:_____
Observador:_____Assinatura:_____
Data da anotação:____/____/____ Hora da anotação:____/____/____

Parte I – Descrição dos comportamentos e atitudes das pessoas (pacientes, profissionais, cuidadores, acompanhantes):

_____
_____
_____
_____
_____

Parte II – Descrição dos sujeitos:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Parte III – Descrição do meio físico:

_____
_____
_____
_____

Parte IV – Descrição das atividades observadas:

_____
_____
_____

Parte V – Descrição dos diálogos:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Parte VI – Anotações de natureza Reflexiva:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(Modelo adaptado de Triviños, 2009)

APÊNDICE D
Carta de Solicitação de Autorização de Pesquisa

Ilmo Sr.: Augusto Monteiro Guimarães

Superintendente da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas

Vimos por meio desta, solicitar sua autorização para entrevistar os pacientes que estão em tratamento no ambulatório da Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas, a fim de que os dados obtidos possam ser utilizados em nossos estudos.

O presente estudo é tema de dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FCM – UNICAMP-SP e está sendo desenvolvido sob orientação do Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos.

O estudo **ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA NUMA UNIDADE DE ONCOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS** tem por objetivo conhecer a percepção dos usuários sobre o acolhimento no ambulatório de oncologia e analisar o significado do acolhimento para estes pacientes na perspectiva da humanização do atendimento e do vínculo usuário-profissional

Acredita-se que a partir desta análise poderá ser proposto um plano de intervenção para melhorar a qualidade do acolhimento desses pacientes.

Ressalta-se que o presente estudo não oferece risco. Comprometemo-nos a preservar as informações obtidas através dessa pesquisa, as quais serão confidenciais, assegurando o sigilo de sua identificação por ocasião da divulgação dos resultados desse estudo em eventos e publicações.

Informamos que o projeto de pesquisa será encaminhado ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNCAMP e que só será iniciado após apreciação e aprovação pelo mesmo.

Na certeza de uma resposta afirmativa, antecipadamente agradecemos a atenção e colaboração a nós dispensada. Aproveitando a oportunidade, colocamo-nos a disposição para maiores esclarecimentos através dos e-mails: cjcampos@fcm.unicamp.br e rennocib@fcm.unicamp.br ou pelo telefone (35) 91520080.

Cibele Siqueira Nascimento Rennó

Pesquisadora responsável

Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos

Orientador

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 03/01/11
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 1151/2010 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 5916.0.000.146-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: **"ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA NUMA UNIDADE DE ONCOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS".**
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Cibele Siqueira Nascimento Rennó
INSTITUIÇÃO: Irmandade da Santa Casa de Poços de Caldas
APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/11/2010
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 03/01/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II - OBJETIVOS

Descrever a percepção dos usuários sobre o acolhimento no ambulatório de oncologia na Unidade de Assistência de Alta Complexidade de Oncologia de Poços de Caldas, MG.

III - SUMÁRIO

Os pesquisadores esclarecem que o acolhimento é uma ação tecnoassistencial que deveria ser desenvolvida por todos os profissionais que trabalham nos serviços de saúde com o objetivo de oferecer serviços com qualidade, de forma humanizada e resolutiva. Os métodos incluem a aplicação de uma entrevista semi-estruturada e a observação participante. Os sujeitos da pesquisa serão portadores de neoplasia que frequentam esse ambulatório, maiores de idade.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de novembro de 2010.

Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br