



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



MELINA RAQUEL THEOBALD

PERCEPÇÕES DO PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE O CUIDADO

CAMPO GRANDE

2015

MELINA RAQUEL THEOBALD

PERCEPÇÕES DO PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE O CUIDADO

Dissertação apresentada ao Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pra obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dr^a. Mara Lisiane Moraes dos Santos

Coorientadora: Prof. Dr^a. Sônia Maria de Oliveira de Andrade

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde, Educação e Enfermagem.

CAMPO GRANDE

2015

THEOBALD, M. R. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. Dissertação apresentada ao Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pra obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: / /2015

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que foi o responsável por toda a minha trajetória no mestrado de Enfermagem, a partir da benção que ele me concedeu foi possível representar nada mais do que sua força glória em minha vida.

Ao meu amado marido, Alessandro Diogo De Carli, que por meio do seu exemplo me inspira continuamente. Ele não apenas é um professor no aspecto profissional, pois, na vida me dá grandes ensinamentos.

À minha orientadora, Mara Lisiane Moraes dos Santos, que prontamente aceitou a parceria num caminho até então por ela inexplorado, a área da Oncologia. Sempre disposta e com pretensões de excelência, suas intervenções sempre ampliaram as possibilidades de desenvolvimento deste trabalho.

À minha co-orientadora, Sônia Maria de Oliveira de Andrade, que concordou em compartilhar seu vasto conhecimento no campo da pesquisa científica. Suas orientações foram valiosas diante de algumas dúvidas e fragilidades que eu apresentava. De forma sistematizada, quando o seu raciocínio era apresentado, o caminho da pesquisa ficava mais claro.

Aos professores do Mestrado de Enfermagem da UFMS pelo compromisso com o conhecimento e pelas grandes contribuições.

DEDICATÓRIA

À minha maior bênção, minha filha, Valentina Theobald De Carli, que é a responsável pelas maiores alegrias de minha vida.

Não somos apenas o que pensamos ser. Somos mais, somos também o que lembramos e aquilo que nos esquecemos; somos as palavras que trocamos, os enganos que cometemos; os impulsos a que cedemos, sem querer.

Sigmund Freud

THEOBALD, M. R. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

RESUMO

O diagnóstico do câncer desencadeia reações orgânicas e emocionais, provocando sentimentos, desequilíbrios e conflitos internos, além de causar sofrimentos que podem acarretar desorganização psíquica. O objetivo deste estudo foi compreender as percepções dos pacientes oncológicos acerca do seu cuidado, averiguar junto aos pacientes como ocorre a comunicação dos profissionais na realização do cuidado; identificar pela ótica do paciente, como os profissionais realizam a informação do diagnóstico, tratamento e prognóstico da doença e identificar como os profissionais promovem o respeito à autonomia. Trata-se de um estudo qualitativo, constituindo-se como uma possibilidade de reflexão acerca da assistência prestada a estes pacientes, à luz das propostas do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob a ótica de uma abordagem humanística. Participaram dessa pesquisa 25 pacientes adultos internados no setor de oncologia de uma instituição pública, terciária, de ensino e de referencia na área localizada na região centro-oeste do Brasil, junto aos quais foi realizada uma entrevista semiestruturada, que teve seu roteiro avaliado pela opinião de profissionais na área temática. Após a coleta dos dados, estes foram transcritos e sistematizados pela fundamentação metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sendo os dados posteriormente confrontados com o relatório da Observação Sistemática Participante. Como resultado decorrente da análise do discurso do sujeito coletivo na temática comunicação, foi identificado duas ideias centrais antagônicas: Comunicação adequada e Comunicação imprópria, quanto à observação sistemática participante, nesta temática foi evidenciado que a equipe não recebe bem as críticas que emergem dos usuários e isso interfere na comunicação com os mesmos; ocorre incorporação de estratégias que estimulam a relação interpessoal pela equipe. No contexto da informação, foram identificadas duas ideias centrais opostas, sendo a primeira Informação adequada e a segunda Informação inadequada. Considerando os resultados da observação sistemática participante no contexto da informação, foi possível observar que os indivíduos têm maior liberdade para apresentar os questionamentos com a categoria de enfermagem, a adequada informação pode estar sendo comprometida pelo excesso de trabalho dos profissionais. No cenário da autonomia, considerando os discursos do sujeito coletivo este estudo encontrou três ideias: Participação no tratamento, Imposição e Confiança no profissional. Já a observação sistemática participante na temática autonomia, evidenciou que os profissionais promovem pouco estímulo ao empoderamento dos seus pacientes. Quanto à percepção dos usuários sobre o cuidado, com o emprego do discurso do sujeito coletivo identificou-se duas ideias centrais: Competência e Satisfação. Ainda analisando a percepção do usuário acerca do cuidado, emergiu com o emprego da observação sistemática participante, a insatisfação dos pacientes com os profissionais da área da enfermagem. Desta forma, mesmo que o estudo tenha encontrado uma percepção positiva do usuário quanto aos cuidados recebidos, os profissionais atuantes neste cenário, incorporam parcialmente as recomendações preconizadas pela Política Nacional de Humanização. Logo, concluiu-se que ainda é necessário investir esforços, no intuito de, potencializar as condutas que priorizem o cuidado humanizado de qualidade, visto que sua ausência pode comprometer a adesão terapêutica, fragilizar o paciente e desencadear impactos emocionais ao indivíduo. Este estudo é importante, pois possibilita a ampliação e geração de novos conhecimentos na área da oncologia, possibilitando reflexão por parte dos profissionais atuantes na área e possível incorporação dos referidos conhecimentos na prática diária. Ademais este estudo é contemporâneo, visto que, é necessário à época e ao local, como também contempla o aspecto humano, por ter aplicação prática que possibilitará benefícios aos usuários.

Descritores: Humanização da assistência, Enfermagem, Oncologia

THEOBALD, M. R. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

ABSTRACT

The diagnosis of cancer triggers organic and emotional reactions, generating feelings, imbalances and internal conflicts, besides causing suffering that can cause mental disorganization. The objective of this study was to understand the perceptions of the cancer patients about their care, to ascertain with the patients how the communication of professionals occurs in the achievement of care; to identify by the patient's viewpoint how professionals perform the information of the diagnosis, treatment and the prognosis of the disease and to identify how the professionals promote respect for autonomy. This is a qualitative study, constituting an opportunity to reflect on the care given to these patients in the light of the proposals of the Unified Health System (SUS) and from the perspective of a humanistic approach. Twenty five patients admitted to the Oncology department of a public, tertiary, teaching and reference institution in the area located in the central-west region of Brazil took part of this research, alongside which was carried out a semi-structured interview, which had its road map evaluated by the opinion of professionals in the subject field. After collecting the data, these were transcribed and systematized by the methodological basis of the Collective Subject Discourse (CSD), and the data subsequently confronted with the Participant Systematic Observation report. It was identified two antagonistic central ideas: "Proper communication" and "Improper communication" which rose from the CSD analysis on the communication issue. As to the participant systematic observation it was evident about this theme that the staff does not accept well the criticism which arises from the users and this interferes the communication with them; occurring incorporation of strategies that can stimulate the interpersonal relationship. In the context of the information, two opposing central ideas have been identified, the first being "appropriate information" and the second "inadequate information". It could be observed that the individuals have greater freedom to present the inquiries with the nursing category, considering the outcomes of the participant systematic observation in the context of information; appropriate information can be compromised by the professional work overload. In the scenario of autonomy, considering the discourse of the collective subject this study found three ideas: "participation in treatment", "imposition" and "trust on the professional. Yet the participant systematic observation in the subject autonomy showed that the professionals promote little incentive to the empowerment of their patients. Concerning the users' perception of their care, with the use of the discourse it could be identified two central ideas: "Competence" and "Satisfaction." Still analyzing the user's perception of their care emerged with the use of the participant systematic observation, the dissatisfaction of patients with nursing professionals. Thus, even though the study found a positive user perception about the care received from them, the active professionals in this scenario partially incorporate the recommendations proposed by the National Humanization Policy. Therefore, it was concluded that it is still necessary to invest efforts in order to, enhance the behaviors that prioritize the humanized quality care, since its absence may compromise the therapeutic admission, weakening the patient and triggering emotional impacts to the individual. This study is important because it enables the expanding and creation of new knowledge on oncology field, enabling some thought by the professionals who work in the area and possible incorporation of these skills on daily practice. Moreover this study is contemporaneous, since it is necessary at the time and to the place, but also includes the human aspect, by having practical application which will enable benefits to users.

Keywords: Humanization of assistance, Nursing, Oncology

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSC	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
DEPQI	DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E QUALIDADE INSTITUCIONAL, COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA.
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
HRMS	HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL
IAD	INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO
OSP	OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA PARTICIPANTE
NK	NATURAL KILLER
PNH	PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
SIGPROJ	SISTEMA DE INORMAÇÃO E GESTÃO DE PROJETOS
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UFMS	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

SUMÁRIO

INVENTÁRIO PESSOAL E O MESTRADO DE ENFERMAGEM DA UFMS....	11
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REVISÃO DELITERATUTA.....	15
3 OBETIVOS.....	34
3.1 Objetivo Geral.....	34
3.2 Objetivos Específicos.....	34
4 METODOLOGIA.....	35
4.1 Tipo de estudo e contexto	35
4.2 Elaboração do instrumento de pesquisa.....	36
4.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	37
4.4 Processo de obtenção dos dados.....	37
4.5 Organização e análise dos dados	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
6 CONCLUSÕES.....	60
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICES	
Apêndice A - Roteiro da Entrevista.....	66
Apêndice B - Avaliação do Roteiro de Entrevista	67
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70
Apêndice D - Instrumento de análise de discurso.....	72
Apêndice E - Quadro Síntese dos DSC.....	73
Apêndice F - Roteiro da Observação Sistemática Participante.....	74
Anexo A - Parecer do Comitê de ética em Pesquisa.....	75

INVENTÁRIO PESSOAL E O MESTRADO DE ENFERMAGEM DA UFMS

O meu interesse em cursar o mestrado foi fruto de certa insatisfação quanto ao cenário profissional no qual eu estava inserida. Sou Enfermeira, que incorpora e ama grandiosamente a profissão, no entanto, problemáticas recorrentes na área, como sobrecarga de trabalho, desvalorização salarial e a prática do cuidado, me motivaram a explorar outras possibilidades de atuação profissional, todavia, estas novas possibilidades requerem o percurso de novos caminhos.

Ainda no contexto profissional, atuo no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS), na área da Oncologia infantil há nove anos e, mais recentemente, há três anos, assumi o setor da Oncologia do adulto. Desta forma, fui envolvida integralmente à Cancerologia que é uma especialidade pela qual tenho grande afinidade. A vivência nesta área desencadeia grandes dilemas e na reflexão destes, acho que tenho conseguido compreender melhor as pessoas, a mim mesma e a vida. Por isso tudo, relaciono muito do meu crescimento pessoal e profissional com a experiência que a vivência no setor da oncologia me possibilitou, logo a ela tenho imensa gratidão.

Considerando as influências que o âmbito pessoal faz sobre nossas escolhas acho oportuno a apresentar sucintamente minha trajetória pessoal também. Sou gaúcha, de uma pequena cidadezinha do interior, filha de uma funcionária pública estadual e de um autônomo. Minha infância foi vivenciada na simplicidade de uma pequena cidade por meio de brincadeiras genuínas. A minha adolescência, reconheço como um momento saudável sem grandes conflitos habituais da fase. Já na minha graduação, tive a percepção mais clara das diferenças pessoais que marcam cada indivíduo e fazem a construção dos pequenos grupos sociais. Considerando ainda o meu pretérito na vivência acadêmica, adorava a disciplina de Oncologia e o estudo da Cancerologia, tanto que tal afinidade me motivou a realizar Especialização em Oncologia e também em Cuidado de Doenças Crônicas, no intuito de compreender melhor a dinâmica esta especialidade.

Posteriormente, constatando fragilidades na continuidade do cuidado ao paciente que tinha alta e retornava ao domicílio, senti a necessidade que ampliar os meus conhecimentos na atenção básica. Esta necessidade me impulsionou a buscar uma Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, que me proporcionou ampliação dos conhecimentos na saúde que anteriormente eram restritos à atenção terciária. Com a incorporação destes novos

conhecimentos, consegui participar do Mestrado de Enfermagem da UFMS de uma forma mais efetiva e construtiva.

Quanto às influências pessoais que me motivaram na escolha da temática da pesquisa no mestrado, posso correlacionar a uma inquietação pessoal que desencadeou em mim uma reflexão profissional, onde eu mesmo percebia que a minha prática não estava em consonância a um cuidado humanizado. A partir de então para amparar esta reflexão, senti a necessidade de conhecer esta temática e para isso é necessário à produção de conhecimento. Logo, minha pretensão com esta pesquisa é subsidiar a minha reflexão ou de outros profissionais que como eu, estejam dispostos a refletir e rever sua atuação profissional.

Finalizo esta apresentação sentindo muita dificuldade de falar de mim mesma, pois falar de si, de suas escolhas e de sua trajetória não é um exercício fácil, ademais reconheço limitação nas palavras para ilustrar quem sou de fato, logo empregarei algumas imagens que podem me auxiliar neste processo e na representação do que sou, do que acredito, e do que penso.



Fonte : Melvin Sokolsky, 1963.



Fonte: Joao Roberto Ripper, 2014.



Fonte: Alex Boyd, 2011.

1 INTRODUÇÃO

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, o câncer é um dos maiores causadores de óbito na humanidade, sendo responsável por 12,5% das mortes por ano no mundo. Do total de óbitos por doença oncológica, mais de 70% ocorrem em países de baixa e média renda. Cerca de 11 milhões de pessoas são diagnosticadas com neoplasia a cada ano, e estima-se mais de 16 milhões de novos casos de câncer para 2020, sendo que 60% destes ocorrerão em países em desenvolvimento (BRASIL, 2004).

Para além do efeito clínico, esta doença é acompanhada de percepções criadas historicamente pela sociedade, como um mal doloroso e incurável (SILVA, 2005), sendo que seu diagnóstico desencadeia reações tanto no âmbito orgânico como no emocional, provocando sentimentos, desequilíbrios e conflitos internos, além de causar sofrimento que pode acarretar desorganização psíquica (SILVA, 2005; TAVARES, 2005).

O diagnóstico de câncer é experimentado como um momento de muita angústia e ansiedade, haja vista que esta patologia é intimamente associada à dor e morte. Não só no momento da revelação do diagnóstico, mas também ao longo de todo o tratamento, o paciente e sua família vivenciam incertezas em relação ao seu futuro (VENÂNCIO, 2004).

O choque emocional diante da revelação do câncer pode acarretar respostas como ansiedade, raiva e depressão. Assim, torna-se essencial uma atenção especial para essas reações, visto que, com o advento da tecnologia na medicina, estas necessidades foram sendo negligenciadas (VENÂNCIO, 2004).

A pessoa com câncer não deve ser considerada apenas como mais um caso, seu atendimento requer visão holística e multidisciplinar, buscando compreender o paciente nas suas múltiplas reações para promover uma abordagem profissional humanizada e solidária, geradora não só de saúde, mas principalmente de vida (PESSINI, 2007).

Identificar as percepções que o paciente oncológico apresenta acerca do cuidado na cancerologia torna-se importante, pois possibilita a ampliação e geração de novos conhecimentos na área da oncologia, fomentando a reflexão por parte dos profissionais atuantes na área e a possível incorporação dos referidos conhecimentos na prática diária. Ademais, este estudo é contemporâneo, visto que é necessário à época e ao local em que foi

realizado, como também contempla o aspecto humanista¹, por ter aplicação prática que possibilitará benefícios aos usuários.

¹ O humanismo é uma postura de vida democrática e ética que afirma que os seres humanos têm o direito e a responsabilidade de dar sentido e forma às suas próprias vidas. Defende a construção de uma sociedade mais humana através de uma ética baseada em valores humanos e outros valores naturais, dentro do espírito da razão e do livre-pensamento, com base nas capacidades humanas (IHEU, Minimum statement on humanism, 2007).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Considerando que o câncer é uma doença que envolve diversas representações e incide em impactos tanto para os indivíduos acometidos, quanto para a família e para a equipe responsável pelo cuidado, segue revisão de literatura visando apresentar os distintos aspectos que podem manifestar-se na ocorrência deste agravo.

2.1 Aspectos emocionais

O câncer é percebido pelo indivíduo, como uma ameaça do destino, desencadeia uma série de sentimentos como impotência, desesperança, temor e apreensão, levando o diagnóstico a ser frequentemente acompanhado de depressão, consequência ocorrida pelo fato de o paciente não aceitar sua doença. Nesse sentido, a revelação da doença pode vulnerabilizar e fragilizar emocionalmente os pacientes e torna-se um fator de risco para suicídio (FILIBERTIL; RIPAMONTI, 2002).

O suicídio pode representar outra forma de reação ao diagnóstico e pode estar aliado a outros fatores, tais como o estado civil e o nível de sofrimento físico. Somado a isto, nota-se que a ansiedade e a depressão estão entre os problemas psicológicos mais frequentes entre os indivíduos com câncer. Entretanto, é necessário atentar-se, pois, em muitas ocasiões, a depressão pode passar despercebida, já que muitos dos seus sintomas como falta de apetite e pouca energia podem estar associados aos efeitos do tratamento ou às consequências da própria doença (AKECHI *et al.*, 2001; SPIEGEL, 2012).

No âmbito do cenário familiar, a experiência de uma doença oncológica é de muito sofrimento, tendo em vista que desencadeia mudanças radicais na vida dessas pessoas, alterando em algum nível seus papéis familiares e sociais. O câncer coloca os indivíduos e seus familiares em condição de fragilidade pelo próprio diagnóstico da doença, havendo dificuldade de lidar com a mesma, também devido ao estigma, que pode comprometer as relações familiares, dificultando a fala sobre o problema, o que é progressivamente maior frente ao avanço da doença. Pelo comprometimento do agravo em si, vivenciar esse processo pode significar privação da sociabilidade cotidiana, segregação, interrupção do curso normal da vida para os enfermos e familiares. A fragilidade imposta pela doença pode levar à exclusão social por terem que enfrentar uma sociedade que é excludente aos mais vulneráveis (CARVALHO, 2008).

O paciente em fase terminal tem necessidades especiais que podem ser atendidas se os profissionais tiverem tempo para a escuta qualificada. O trabalho com este paciente requer certa maturidade e é fundamental que se examine a postura dos profissionais desta área, acerca da morte e do morrer, para assegurar êxito nesta intervenção (SPIEGEL, 2012).

No estudo que possibilitou a avaliação da atenção básica pela perspectiva do usuário, obteve-se pior avaliação para o critério de abordagem dos profissionais médicos sobre as questões emocionais, o que demonstrou que tais aspectos estão sendo pouco contemplados nas consultas médicas (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013). Neste contexto, salienta-se que os aspectos emocionais são essenciais para a avaliação da qualidade de vida do paciente, visto que, permitem a identificação de fatores externos que eventualmente relacionam-se ao problema de saúde apresentado. Uma abordagem que favorece a relação profissional-paciente, consequentemente possibilitará a prática de um cuidado integral à saúde (POTT *et al.*, 2013; RENNÓ; CAMPOS, 2013).

As perturbações emocionais prejudicam o adequado funcionamento do sistema imunológico, causando alterações bioquímicas, constituindo assim um dos fatores responsáveis pela origem e desenvolvimento das doenças. A influência dos fatores psicológicos sobre os aspectos biológicos é demonstrada através de estudos com um tipo de célula produzida pelo sistema imunológico, a célula Natural Killer (NK), que apresenta uma associação entre algumas variáveis psicossociais e o seu funcionamento. Um baixo nível de ajustamento ao câncer, falha no apoio social, alto nível de estresse e presença de sintomas depressivos, diminuem a produção e atividade da NK. Sendo esta célula responsável pela vigilância imunológica sobre o câncer, controlando a difusão das células malignas, a paciente tenderá a ter um pior prognóstico. Logo, ficou evidente que o sistema imunológico é fortemente afetado por fatores emocionais e que determinadas atitudes psicológicas podem influenciar positivamente no sistema de defesa, favorecendo uma maior e melhor sobrevida (GLASER, 1989).

2.2 Comunicação como ferramenta de cuidado

Não só na oncologia, mas na saúde em geral, uma questão de grande relevância, capaz de mobilizar toda a assistência emocional que será prestada ao paciente com câncer e sua família, é a forma como a equipe se comunica e interage com estes. A comunicação, portanto, não deve ser encarada apenas como um processo de transmissão de informações,

mas compreendida como uma possibilidade de entendimento entre as pessoas (GOMES; ANSELMO; LUNARDI FILHO, 2000). A comunicação pode ser considerada como sendo um dos elementos fundamentais no processo de autonomia do ser humano (SOARES, 2000).

No intuito de promover o cuidado humanizado, a comunicação é essencial e inerente ao ser humano e permeia todas as suas ações no desenvolvimento de suas funções. É entendida como um processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas. Etimologicamente, o termo provém do latim *comunicare* e significa pôr em comum. A comunicação envolve competência interpessoal nas interações e é a base do relacionamento entre seres humanos, além de ser um processo vital e recíproco capaz de influenciar e afetar o comportamento das pessoas (COSTA, 2004).

A comunicação empática no ambiente hospitalar possibilita o cuidado autêntico e não um simples tratar, logo, permite ao paciente expressar suas necessidades na busca de soluções, com ênfase em sua individualidade, favorece o relacionamento interpessoal e pode minimizar a despersonalização diante da internação. Isso possibilita uma atenção integral em que se percebe o indivíduo como um ser humano biológico, social, psicológico e espiritual e não como um ser fragmentado em seus sistemas funcionais (FONTES; ALVIM, 2008).

A comunicação possibilita diminuir possíveis conflitos e sanar dúvidas, além de ser o instrumento básico da assistência efetiva, pois é apenas por meio dela que se pode compreender o doente como um todo e identificar o significado que o problema tem para ele. Os profissionais devem praticar a comunicação adequada visto que esta é mais um recurso ao seu favor, dando um enfoque mais humanístico à comunicação e as relações interpessoais na assistência (SILVA, 2002).

No estudo de Rennó e Campos (2013) que objetivou analisar as percepções dos clientes acerca da comunicação interpessoal, tendo como participantes 13 pacientes em um ambulatório de oncologia, identificou consenso quanto à importância atribuída à comunicação. Ela traz conforto, acalma, alivia sintomas, diminui angústias e equilibra. De maneira inversa os ruídos oriundos da má comunicação desencadeiam medos, angústias, ansiedade, entre outros sentimentos negativos. Os autores afirmaram que as relações interpessoais, nela incluída a comunicação interpessoal, são elementos fundamentais para o profissional da saúde que busca uma assistência humanizada e que tem o cliente como centro de suas atenções.

É necessário que os profissionais busquem se comunicar com o paciente de modo atencioso e respeitoso, utilizando uma linguagem acessível e genuína, oferecendo elementos necessários para a satisfação do paciente vulnerabilizado pelo processo de hospitalização,

propiciando um cuidado que estimule o mesmo a expressar sua vivência, priorizando o que ele sente e pensa. Para isso, é valioso o emprego de estratégias como: escuta atenta, sorriso que expresse confiança, toque carinhoso que proporcione apoio e conforto (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Alguns profissionais merecem especial atenção, pois se envolvem mais diretamente no processo de transmitir más notícias, os médicos, geralmente sofrem com tal processo e apresentam dificuldades neste momento. Com o propósito de minimizar essas dificuldades, Buckman apresentou, em 1992, o protocolo de SPIKES, que é uma das referências metodológicas mais adotadas, em nível internacional na comunicação de más notícias (BUCKMAN, 1992).

A proposta de Buckman emprega seis passos na comunicação de más notícias, sendo que o primeiro é denominado *Setting up*, que consiste na preparação da entrevista com escolha de local adequado e a forma como será apresentada a notícia ao paciente. O segundo passo é *Perception* que consiste em avaliar os conhecimentos e percepções prévias que o paciente detém de sua patologia. O terceiro passo, *Invitation*, seria a fase em que se avalia até que ponto o paciente deseja realmente saber de sua condição, para que o profissional não ultrapasse este limite e transmita detalhes que o paciente não desejava ouvir. O quarto passo, *Knowlegde*, seria o momento em que o profissional transmite de fato a má notícia. Neste momento é recomendado que não se empregue termos técnicos e difíceis. O quinto passo compreende *Emotions*, é a fase em que se trabalham as reações emocionais do paciente por meio de postura empática. O último passo é o *Strategy and summary*, momento em que se discutem as opções terapêuticas e o prognóstico, apresentando também as possibilidades de falhas no tratamento ou efeitos adversos, alimentando expectativas reais e considerando a autonomia do paciente na escolha do tratamento (BUCKMAN, 1992).

No cenário da comunicação, é crucial reconhecer a importância da comunicação não verbal, que é aquela que ocorre quando a interação com o outro é realizada sem a utilização de palavras, com significados tanto para o receptor, quanto para o emissor. Se expressa através de expressões faciais, gestos, pela maneira como os objetos são dispostos no ambiente e também por posturas corporais. Esse tipo de comunicação é empregada para complementar a comunicação verbal, substituí-la, contradizê-la ou demonstrar sentimentos e emoções (SILVA, 2002).

A ausência de comunicação, em suas distintas formas, durante as ações do cuidado remete a um dilema ético/moral no qual se negligencia a dimensão psicoespiritual e social do indivíduo cuidado, que mesmo quando impossibilitado de se expressar, ainda possui suas

peculiaridades, seus medos e anseios. O processo de comunicar-se adequadamente demonstra respeito do ser cuidador ao ser cuidado e se traduz em estabelecer um relacionamento efetivo com o indivíduo (POTT *et al.*, 2013).

Para aperfeiçoar a comunicação é importante que o profissional se atente para os sinais não verbais e tente compreendê-los, visto que, estes complementam o que é expresso verbalmente, oferecendo subsídios para que o profissional consiga compreender melhor o outro (SILVA, 2002).

O diálogo sempre foi fundamental nas relações humanas. Por meio dele, profissionais de saúde podem desenvolver uma escuta singular que permite aprender todas as demandas dos indivíduos. Na medida em que o diálogo avança, o vínculo profissional-paciente aparece e desse vínculo nasce à confiança tão necessária na relação de ajuda (RENNÓ; CAMPOS, 2013; POTT *et al.*, 2013).

A dificuldade que os profissionais têm para dar más notícias, foi observada no estudo de Trindade *et al.*, (2007) apresentou os seguintes dados: 60,5% dos profissionais informam o diagnóstico e o prognóstico da doença aos pacientes, no entanto, este número cai significativamente quando a situação do paciente torna-se terminal. Nestes casos, 50% dos estudados preferem transferir as informações exclusivamente à família, constatando-se que habitualmente a postura paternalista emerge quando os recursos terapêuticos se esgotam.

Este processo de revelação gera incertezas nos profissionais e está relacionado com alguns fatores como: baixo nível de compreensão do paciente, interferência da própria doença na comunicação, o estado emocional, receio de perguntas. No entanto, tais aspectos não são suficientes para justificar que o direito do paciente seja tolhido. É crucial colocar-se no lugar do paciente, uma vez que, esta atitude possibilita reconstruir os seus sistemas de significados na experiência que está vivenciando, quando há um profundo senso de inter-relacionalidade, precedida pela atenção, escuta, observação e respeito pelo outro (ZABOLI, 2006).

Revelar o diagnóstico para pacientes que não se vêm seriamente doentes é considerada, pelos profissionais, tarefa difícil, pois o medo, a inabilidade na comunicação e no apoio emocional, bem como a falta de tempo parecem ser barreiras que interferem na atuação desta atividade. Desta forma, reconhece-se a necessidade de planejar como a revelação ocorrerá. É essencial o preparo dos pacientes antes de revelar a má-notícia. Ademais a revelação rápida em local inapropriado que restrinja o diálogo, não é o que o paciente deseja. A forma como a comunicação é feita tem um significado particular para o

indivíduo e pode influenciar a capacidade de compreensão, recordação e a aceitação da informação que está sendo transmitida (SILVA; ZAGO, 2005).

Os serviços da oncologia são altamente especializados para o tratamento e correm o risco de cair na mera operacionalização técnica dos procedimentos, deixando de lado o ser humano envolvido no processo. O ser humano inserido neste cenário, ou seja, o doente, os familiares e os profissionais devem cuidar de si mesmos, para assim conseguir cuidar do outro (PESSINI, 2004; FONTES; ALVIN, 2008; RENNÓ; CAMPOS, 2013).

2.3 A informação aos pacientes institucionalizados

Outra questão geradora de análises é o direito à informação pelo paciente de saber seu prognóstico, diagnóstico e tratamento de maneira clara e verdadeira, para que possa tomar suas próprias decisões, exercendo assim o princípio da autonomia. Este momento pode desencadear stress nos profissionais, pois a idéia de que a informação correta e completa alivia a angústia e a ansiedade se contrapõe à possibilidade de que o conhecimento desta notícia poderá levar o indivíduo ao desespero extremo, tornando-o incapaz de decidir o que fazer, tornando ainda mais difícil essa situação (SANTOS; MASSAROLLO, 2004).

O estudo de Primo e Garrafa (2010) objetivou verificar como se dá a comunicação entre médicos e pacientes na informação sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico dos pacientes com câncer genital ou mamário, utilizando a bioética como referência, 73,3% dos pacientes consideraram negativa a qualidade da primeira informação que receberam sobre o diagnóstico de câncer, 54,2% entenderam as informações recebidas sobre diagnóstico e tratamento, 70% sabiam do prognóstico da doença e 10% não queriam ter mais outras informações. Neste estudo quase 40% dos participantes identificaram algum problema na comunicação com o médico sobre o processo que envolve o câncer.

A pessoa esclarecida e familiarizada com sua condição de ser com a doença crônica e, envolvida em seu tratamento, tende a se sentir mais segura e esperançosa quanto à evolução e prognóstico. Contrário a isso, o não conhecimento acerca de sua doença, leva os pacientes a não comprometerem-se com o tratamento (TADDEO *et al.*, 2012).

A informação do diagnóstico consolida os direitos e deveres que devem existir na relação entre profissionais e pacientes, além de garantir ao paciente o direito de exercer sua autonomia de forma consciente. Estudos concluíram que a maioria dos usuários deseja saber a verdade, podendo participar das escolhas sobre sua própria saúde (SILVA *et al.*, 2003; MIYATA *et al.*, 2005).

Um dos caminhos para o desenvolvimento do cuidado permanente é a abordagem dos usuários enquanto cidadão e protagonista. O autocuidado evidencia-se de forma relacional, sendo que o paciente e o profissional dependem um do outro para realizar o cuidado. Nesta vertente, o conhecimento e o acesso às informações são imprescindíveis para a realização de escolhas (TADDEO *et al.*, 2012; GUEDES *et al.*, 2013).

Com relação a informação sobre o diagnóstico do paciente, Gomes, Silva e Mota (2009) realizaram uma pesquisa com 396 pacientes e seus familiares com o propósito de analisar a conduta de médicos especialistas em oncologia e não especialistas quanto à comunicação do diagnóstico de câncer bem como as questões éticas relacionadas. Percebeu-se que o índice de omissão do diagnóstico foi de 28,5%, sendo que os médicos não especialistas deixaram de informar a 87,9% dos seus pacientes, enquanto que os especialistas omitiram o diagnóstico em 6,4% dos casos e os familiares dos pacientes não informados foram comunicados somente em 27,4% das vezes. No que tange à interferência da família no ato de informar o diagnóstico ao paciente, o estudo identificou que em 14,2% dos casos a família solicitou ao profissional que o doente não tomasse conhecimento da enfermidade. Diante disso, os autores identificaram que os profissionais especialistas foram os que mais informaram seus pacientes sobre o diagnóstico.

É importante salientar que existem diferenças entre os aspectos de informar diagnóstico e discutir prognóstico. Mesmo nos Estados Unidos, onde os médicos legalmente são obrigados a informar aos pacientes sobre o diagnóstico, ainda existe dificuldade com relação a dar informações acerca do prognóstico. A singularidade do paciente não pode ser desprezada, os benefícios oriundos da ação do profissional não devem se restringir a esfera terapêutica, não se pode separar o problema daquele que o possui (SILVA *et al.*, 2003; FURNARI, 2005; FONTES; ALVIN, 2008).

Sob a perspectiva da oncologia, nota-se que a relação paciente e profissional carrega peculiaridades que lhe são próprias. Por tratar-se de uma doença percebida como traumatizante perante o imaginário pessoal e coletivo, sua abordagem torna-se especialmente difícil. Angústias, medos e sofrimentos apresentam-se na vida dos pacientes, sendo necessário que se estabeleça vínculos com o profissional como coadjuvante terapêutico (TAVARES, 2005).

O avanço tecnológico e científico nem sempre vem acompanhado na mesma proporção por atitudes fundamentadas em valores humanitários. Temos recursos para ligar com cada fragmento do homem, mas é deficiente aos profissionais a habilidade para assistir este homem em sua totalidade (PESSINI, 2004; FURNARI, 2005; FONTES; ALVIN, 2008).

No estudo que avaliou a atenção básica pela perspectiva dos usuários nos grandes centros urbanos brasileiros, 38% dos participantes apresentaram satisfação sobre a explicação dos profissionais acerca de seus exames e 37% responderam “muito bom” sobre as informações recebidas sobre os sintomas da doença (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

2.4 Autonomia do paciente hospitalizado

O respeito pela autonomia do paciente é uma temática importante no debate ético contemporâneo e produz modificações significativas na conduta médica. Na análise desse fenômeno é relevante considerar que a pessoa só pode existir se preencher a condição de ser consciente de si e dos outros. Destaca-se também que a maturidade humana é alcançada, sobretudo, no estágio ético ou na condição em que o homem, autônomo e livre, age segundo valores adequados ao seu modo de existir (SANTOS *et al.*, 2013).

As relações de cuidado devem ser pautadas na convivência e interação saudáveis e não em relações de domínio de uns sobre os outros. Para essa boa convivência é imperativo que os profissionais de saúde modifiquem a forma de se posicionar diante da vida, dor e sofrimento do outro. No modelo humanista de assistência, os profissionais podem ouvir objetivamente o indivíduo, identificar suas necessidades e ajudar a encontrar as soluções a partir do aumento das informações de sua própria atividade mental, instrumentalizando-o para o agir (RENNÓ; CAMPOS, 2013).

O princípio da autonomia corresponde ao respeito pelo direito de cada pessoa de autogovernar-se, de tomar as decisões relacionadas com sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais. Nesse contexto, o indivíduo deve ser tratado como um ser autônomo (SILVA, 2010).

Habitualmente, no processo de adoecimento e hospitalização, os cuidados voltam-se à doença e não para o indivíduo doente. Assim, sua individualidade tende a ser silenciada, não havendo espaço para um cuidado que reconheça seus medos, inseguranças, preocupações, necessidades, incertezas e angústias, ou mesmo que garanta a participação do paciente como um indivíduo autônomo, que tenha a liberdade de expressar o que sente, percebe e pensa sobre sua condição de doente (TORALLES *et al.*, 2009; RENNO; CAMPOS, 2013).

Aliado a isso, evidencia-se que os profissionais não reconhecem o seu usuário como sujeito capaz de assumir a responsabilidade com o cuidado da própria saúde, e também não promovem a autonomia e a participação do usuário no seu processo de adesão ao

tratamento e suas práticas de prevenção e promoção da saúde (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). A baixa capacidade cognitiva do paciente para entender sua doença não elimina o direito do indivíduo de ser informado, apenas torna a comunicação mais difícil (SILVA *et al.*, 2003).

A revisão bibliográfica realizada por Silva, Sá e Miranda (2013) encontrou uma abordagem acerca da autonomia de forma tímida, relacionando o direito do paciente à informação sobre seu tratamento, com a defesa de sua participação sobre as decisões a respeito do processo de cuidado e com sua participação para a ação autônoma. Tais autoras identificaram que este conceito está relacionado ao direito de escolha e participação sobre o processo terapêutico, em que o sujeito seja reconhecido como cidadão e que seus direitos sejam respeitados. Há o desrespeito a estes direitos quando a dimensão singular do indivíduo é obscurecida em favor do cumprimento de rotinas estabelecidas sem a consideração das necessidades subjetivas daquele que a elas é submetido.

Onocko e Campos (2006) desvincularam a autonomia do conceito de independência absoluta, visto que, para eles, o indivíduo em seu processo de constituição subjetiva somente torna-se autônomo a partir da relação que estabelece com o outro. Dessa maneira, os graus de autonomia dependem do modo de funcionamento das organizações de saúde e dos valores que lá são veiculados, mas também da cultura em que a pessoa está inserida.

O respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomicamente, enquanto que o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam e degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam a igualdade mínima entre as pessoas (BARBOSA; SILVA, 2007). Para assegurar o exercício da autonomia é oportuno eliminar posturas paternalistas dos profissionais, que promovem a fragilização do cliente, subestimando a capacidade do mesmo em fazer julgamentos com relação a si e sua saúde (BARBOSA; SILVA, 2007).

Relacionado com a autonomia, está o empoderamento dos pacientes e esta foi a temática abordada por Taddeo *et al.*, (2012) que analisaram a percepção dos usuários com doença crônica atendidos na estratégia de saúde da família, e encontraram que os profissionais de saúde parecem não reconhecerem seus pacientes como capazes de realizar seu próprio cuidado, deixando, assim de orientá-los, informá-los e de realizar práticas de educação em saúde que promovem o empoderamento em sua interação clínica. Perdem a oportunidade de conhecer histórias de vida, assim como os problemas vivenciados, causando grandes lacunas na relação profissional-paciente (TADDEO *et al.*, 2012).

Existem empecilhos próprios à dinâmica social que interferem na efetivação de um cuidado mais solidário e produtor de autonomia, que atravessam toda a vida contemporânea (inclusive nos serviços de saúde) reforçando modos de subjetivação e sociabilidade pautados na autossuficiência e na negação de desqualificação do outro. Tais modos de subjetivação e sociabilidade geram impactos no cuidado à saúde, em especial quando se compreende que no fundamento do cuidado deve-se considerar a responsabilização por parte dos profissionais de saúde e gestores (BIRMAN, 2010).

A prática com foco na conformidade, em que a relação do profissional de saúde com o ser cuidado se reveste de autoridade que reduz a liberdade de escolha do paciente, é reconhecido como um agir clínico adequado para doenças agudas, entretanto, contrário ao empoderamento que propicia um processo de negociação, levando em conta as necessidades, as expectativas e a cultura do paciente (TADDEO *et al.*, 2012).

2.4.1 Interferências do paternalismo no exercício da autonomia

Na medicina latina, os profissionais rotineiramente posicionam-se como paternalistas, ocultando más notícias e protegendo seus pacientes destas, o que premia a beneficência paternalista em detrimento da autonomia do indivíduo. O usuário é visto como sem condições de tomar suas decisões (TRINDADE *et al.*, 2007).

Puplaksis e Ramos (2006) argumentaram que o paternalismo no Brasil é facilitado devido à baixa escolaridade das pessoas que utilizam os serviços de saúde e que não detém pleno conhecimento de seus direitos. Os profissionais latinos têm uma forte raiz humanista, explicada pela tradição católica, fortemente misericordiosa e paternalista (SELLETI; GARRAFA, 2005).

Trindade *et al.* (2007) realizaram um estudo que tendo como objetivo avaliar a postura dos médicos frente a informação do diagnóstico e prognóstico de câncer aos pacientes, familiares ou ambos, incluindo uma análise bioética do conflito verificado entre beneficência, respeito a autonomia do paciente e paternalismo. O referido estudo detectou que os profissionais confundem beneficência com paternalismo e que embora 97,4% dos médicos informam o diagnóstico aos seus pacientes, 50% deles valem-se da família como apoio. Estes autores destacam que o número de médicos que acreditam no paternalismo como forma de beneficência é ainda representativo.

É importante destacar que a hospitalização, pode desencadear a fragilização do indivíduo e comprometer a autonomia do paciente, assim como o posicionamento paternalista

do profissional que subestima a capacidade do doente em fazer julgamentos em relação a si e a sua saúde (MIRANDA, 2000).

Outros aspectos que influenciam a adoção de postura paternalista pelos profissionais relacionam-se aos grandes avanços na tecnociência, principalmente a partir dos últimos cinquenta anos, visto que, estes avanços deslocaram o foco de atuação dos profissionais às tecnologias duras e leve-duras, desconsiderando as tecnologias leves de cuidado. Ademais, a visão de que os profissionais de saúde são detentores de poder em relação ao ser cuidado, levam ao esquecimento da dignidade humana, que é o princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização como meio (BARBOSA; SILVA, 2007).

Desse modo, o cuidado frequentemente é verificado apenas na aplicação de um procedimento técnico para cumprir um objetivo puramente mecanicista, sem percepção da integridade do ser humano. É valioso, acrescentar que cuidar é mais que um ato, visto que, engloba uma atitude de ocupação, preocupação de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2001; BARBOSA; SILVA, 2007).

Assim sendo, assumir uma postura reflexiva acerca do direito do paciente significa obter respostas que vão além do conhecimento técnico-científico, mensurável e hipocrático, pois engloba o conhecimento estético e ético. Este possibilita o reconhecimento do indivíduo como um ser humano autônomo, multidimensional, com suas especificidades e que vivencia um momento atípico e frágil de sua vida. Salienta-se a importância de refletir sobre a autonomia do paciente oncológico, pois o adoecimento traz, muitas vezes, limites ao pleno exercício deste direito (CAMACHO, 2002).

2.5 Benefícios do cuidado humanizado

Humanizar significa acolher o paciente em sua essência, a partir de uma ação efetiva traduzida na solidariedade, na compreensão do ser doente em sua singularidade e na apreciação da vida. É abrir-se ao outro e acolher de forma solidária e legítima a diversidade, tornando o ambiente mais agradável e menos tenso, de forma a proporcionar ao paciente um atendimento mais seguro, afetuoso e terno (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006; BRASIL, 2008).

As iniciativas de humanização da assistência passaram a ganhar mais expressão, entrando inclusive na pauta da 11^a Conferência Nacional da Saúde, ocorrida no ano de 2000, a qual teve como tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à

Saúde com Controle Social”. A partir desse momento começa a surgir uma série de experiências de humanização da assistência, sendo seguidas de iniciativas no campo político-normativo. Como exemplificação de tais iniciativas é possível apresentar o Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH) em 2001, sendo substituído em 2003 pela Política Nacional de Humanização (PNH) que traz entre outras propostas, a produção da autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados no processo saúde-doença bem como a valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão da saúde (BRASIL, 2010).

No cenário da humanização existem alguns desafios a serem enfrentados, como: trabalhadores desvalorizados em seu cotidiano institucional, precarizados e baixo investimento em educação permanente. Os serviços de saúde ainda mantêm a padronização de condutas e o fazer técnico como forma de organização dos serviços em detrimento ao acolhimento e integralidade do cuidado. Neste contexto, a busca é por formar profissionais que, na sua atuação, articulem ações de eficiência técnica e científica, postura ética, mas respeite a necessidade e singularidade de cada usuário, sabendo que esta convivência é imprevisível e é geradora de inovação nas práticas de saúde (BARBOSA *et al.*, 2013).

Na assistência ao paciente oncológico é importante a interação multiprofissional, visualizando o usuário como um todo, nos seus aspectos bio-psico-socio-espirituais, pois o cuidado à saúde transcende o simples ato de assistir centrado no fazer, nas técnicas ou nos procedimentos; significa também reconhecer os clientes e seus familiares como seres humanos singulares, vivenciando um momento difícil de suas vidas. A assistência humanizada à pessoa com câncer consiste no emprego de atitudes que permitem a expressão de seus sentimentos, identificando áreas potencialmente problemáticas, fornecendo informações e esclarecendo suas percepções, instrumentalizando-os para que tomem decisões sobre o tratamento proposto. Entre as múltiplas ações mencionadas, para propiciar um cuidado que privilegie entre outros, aspectos psicológicos, é necessário estar disponível à aceitação, escuta e criação/manutenção de um ambiente terapêutico (BRASIL, 2008).

Na revisão bibliográfica de Silva, Sá e Miranda (2013) observou-se que a transformação do modo como se dá o cuidado, em busca de solidariedade, cooperação e autonomia colocam em evidência a complexidade de realizar mudanças profundas nas organizações de saúde, sugerindo a existência de grande distância do que é proposto pelas políticas públicas e debatido no campo acadêmico, do que é possível de ser realizado por aqueles que executam essas políticas nos serviços de saúde.

O mesmo estudo identificou que a humanização da assistência está associada predominantemente à dimensão do atendimento e percebe-se propostas de democratização dos espaços de gestão, com criação de conselhos e colegiados de gestão, inclusão de diversos atores no processo de gestão, construção de projetos terapêuticos, ampliação do horário de visitas, formação de equipes interdisciplinares de referencias, com menor ênfase (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2013).

No estudo efetuado por Guedes, Henrique e Lima (2013) em um serviço de emergência com 382 usuários, que objetivou compreender como os usuários percebiam a atuação da enfermagem na realização do acolhimento, foi destacado que a carência de informação e de respeito no atendimento como maiores dificuldades. É fundamental a compreensão tanto dos profissionais, como dos usuários, que mais que a realização de técnicas e procedimentos, qualidade do cuidado baseia-se nas relações que são desenvolvidas e fortalecidas entre profissionais e usuários, verdadeiros parceiros na busca pela promoção da saúde.

A expressão humanizar vem sendo empregada no sentido de associação de recursos tecnológicos ao reconhecimento da individualidade do paciente, compreendido como um ser integral e ao mesmo tempo singular em suas necessidades. No âmbito do cuidado, a humanização encontra respaldo na prática profissional responsável, no esforço de tratar as pessoas respeitando suas reais e potenciais necessidades; reconhecendo o paciente como coparticipante em seu processo de cura e reabilitação (SILVA *et al.*, 2007).

Portanto, o cuidado humanizado pressupõe habilidade técnica do profissional de saúde no exercício de suas funções, além de competência pessoal evidenciada na capacidade de perceber e compreender o ser paciente em sua experiência existencial, satisfazendo suas necessidades intrínsecas, favorecendo sobremaneira um enfrentamento positivo do momento experimentado, além de preservar sua autonomia. Ou seja, o direito de decidir quanto ao que deseja para si, para sua saúde e seu corpo, por ser este direito diminuído ou perdido quando se adoece. O cuidado humanizado perpassa pelo respeito à individualidade da pessoa, ao mesmo tempo em que suscita uma percepção holística desse ser, extrapolando a compreensão biologicista da doença e contemplando os aspectos psicológicos, sociais e espirituais que, direta ou indiretamente influenciam a doença (FONTES; ALVIM, 2008).

Por meio de um estudo acerca do acolhimento em um serviço de emergência, Guedes, Henriques e Lima (2013) encontraram que a falta de humanização no atendimento prestado pelos profissionais de saúde foi marcante, desencadeando entraves na realização de um acolhimento efetivo. O mesmo estudo identificou relatos dos participantes de carência na

atenção, na humanização, respeito ao paciente, falta de educação dos profissionais, demonstrando que a mudança de postura profissional, por meio de um simples olhar, toque, palavra de apoio e orientação, é tão importante quanto o remédio e o exame. Logo transpor-se para o lugar do outro pode ser a grande resposta para o problema enfrentado por milhares de usuários dos serviços de saúde e para isso, não são necessários grandes recursos, apenas a conscientização e responsabilização para com o ser humano.

As iniciativas de humanização na saúde passaram a ganhar mais expressão a partir da 11^a Conferencia Nacional de Saúde, quando diversas iniciativas surgiram objetivando humanizar o cuidado. Um exemplo é a Política Nacional de Humanização (PNH) que traz como proposta o incentivo à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados no processo saúde-doença, bem como a valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de saúde (BRASIL, 2004).

Diante dos grandes avanços científicos, percebe-se a necessidade de resgatar a humanização na assistência. A ação do profissional, em face do ser cuidado não se resume a um diagnóstico ou a um fato biológico no cenário institucional, mas a uma pessoa singular inserida no mundo da vida de modo próprio, com hábitos, costumes e diferentes contextualizações da vida a partir do que é vivido. A ação de cuidar requer dedicação, paciência, sinceridade, confiança, humildade, esperança e coragem. Significa que para cuidar de alguém, é crucial conhecer quem é esse alguém, identificando seus poderes e limitações (PEGORARO, 2002).

Pott *et al.* (2013) avaliaram as ações de cuidado realizadas em um centro de terapia semi-intensiva na perspectiva da humanização e encontraram que as ações de cuidado continuam com um discurso ideal muito distante da realidade dos usuários e trabalhadores de saúde. O estudo destaca a mecanização dos cuidados diários, evidenciando que muitos profissionais ainda se detêm apenas ao tratamento e cura do corpo doente, sem considerar as demais dimensões que envolvem o indivíduo cuidado. Desta forma, as estratégias devem ser pensadas com intuito de proporcionar uma assistência mais humana que visualize o indivíduo, não apenas como mais um, e sim como um possuidor de experiências próprias. Para tanto, se faz necessário um processo reflexivo acerca de valores e princípios morais e éticos, que norteiam e conduzem o cuidado, com vistas a produzir uma realidade mais humana.

No entanto, em muitos momentos, cuida-se sem qualquer reflexão e utiliza-se na prática, rotinas hospitalares, que rapidamente são transformadas em grandes leis institucionais que não abrem espaço para um cuidar individualizado (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

É importante reconhecer o ser humano como alguém que não se resume meramente a um ser com necessidades biológicas, mas como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, devendo ser garantida sua dignidade ética, em direção à humanização dos cuidados em saúde (PESSINI, 2004).

No estudo de Rennó e Campos (2013) percebeu-se que a relação entre pacientes e profissionais apresenta variações relacionadas à categoria profissional, neste contexto, o estudo evidenciou uma relação bastante técnica entre médico e cliente, porém uma relação mais afetiva e próxima com a enfermagem. Neste estudo percebeu-se que toda a equipe de enfermagem sabia de detalhes do cliente, sua vida pessoal, contexto familiar, estado emocional, situação econômica, dificuldades no tratamento. Este relato demonstra que a enfermagem parece ir além dessa objetividade técnica, dando oportunidade ao cliente de compartilhar suas necessidades.

Os estudos analisados pela pesquisa de Silva, Sá e Miranda (2013) demonstraram que a qualificação do cuidado humanizado depende mais da vontade de cada um e, principalmente da capacidade a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde. Entretanto, tal capacidade é referida sem uma problematização acerca das condições subjetivas, organizacionais/político-institucionais e sociais que as subjazem; não havendo, por exemplo, uma discussão para o seu fortalecimento nos serviços de saúde.

O processo de humanização sofre interferências relacionadas ao local da prática em saúde, neste sentido em um estudo realizado no setor de emergência, evidenciaram-se barreiras a serem vencidas quanto à humanização. A grande demanda e a necessidade de agilidade no atendimento não permitem que ocorra um atendimento diferenciado, voltado para a totalidade do indivíduo e que além de identificar os processos patológicos, busque acolher o usuário, identificando as necessidades implícitas. Com a análise das percepções dos usuários, identificaram-se queixas de maus tratos, desrespeito e falta de humanidade (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

O estudo de Chernicharo, Freitas e Ferreira (2013) evidenciou expressões que denotam a não humanização, expondo a complexidade desse processo que requer a necessário investimento que se deva ter no campo das relações entre profissionais e usuário na prática clínica do atendimento. Este investimento objetiva fomentar o adequado preparo dos profissionais para que estes tenham uma abordagem mais humana e menos protocolar que em nada facilita a aproximação do usuário e, portanto, dificulta a criação de vínculo e relação de confiança. O mesmo estudo trouxe como resultado a forte influencia da vertente de cunho

político no contexto da humanização hospitalar, não se restringindo ao campo das relações interpessoais e individuais.

Os profissionais atuantes no tratamento de neoplasias devem lembrar que o sofrimento dos pacientes provocado pela dor e pelos efeitos das medicações são compartilhados por ele com a equipe, pelo usuário e pela sua família. Neste íterim, enfatiza-se que tais profissionais necessitam de um preparo psicológico que os auxiliem no manejo desses sentimentos, que foram provenientes da interação com o indivíduo em um momento de fragilidade (RENNÓ; CAMPOS, 2013).

A pesquisa de Pott *et al.* (2013) evidenciou que o aspecto humano do cuidado é desconsiderado durante a assistência dispensada ao indivíduo, o que pode ser relacionado às altas tecnologias que permeiam os ambientes críticos. O distanciamento entre equipe, paciente e familiar compromete a qualidade da assistência, remetendo ao paciente o papel de objeto a ser manipulado.

2.6 Atitude dos profissionais na atenção à saúde

A diversidade cultural dos pacientes é uma realidade com a qual os profissionais devem se habituar na sua prática. Essa diversidade exige que o trabalhador seja capaz de aprender novos valores e desenvolver outras percepções de saúde-doença. Trata-se de um aprendizado indispensável para uma intervenção eficiente, que perceba o processo do adoecer para aquele paciente que se insere numa experiência de fragilidade e ameaça seu estado de ser saudável e ativo. Considerando que a não concordância entre profissional e paciente decorrente de divergências de valores e crenças pode desencadear a não aderência terapêutica. É essencial que o trabalhador em saúde busque articulação de seu conhecimento científico ao sistema de representações populares da saúde-doença (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Na realização do cuidado é necessário que os profissionais desenvolvam as habilidades emocionais e que sejam capazes de sensibilizar-se com as situações vivenciadas em seu cotidiano, minimizando a postura tecnicista e oferecendo um cuidado provido de humanização, sem exploração, desconfiança ou domínio (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006).

Na oncologia, é rotineira a abordagem ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, o que representa grande proximidade com a morte. Entretanto, é frequente a identificação do despreparo dos profissionais para lidar com a morte. Uma das causas deste despreparo, além dos aspectos culturais e espirituais, é o ensino nos cursos da

área da saúde que enfatizam a formação técnico-científica dos futuros profissionais, propiciando reduzido espaço para a abordagem de aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano. Neste contexto, muitas vezes a morte do paciente pode representar derrota, frustração, perda - o oposto da filosofia adotada pelos cursos de saúde, que é a cura (PERDICARIS, 2000).

Durante muito tempo no Brasil, o modelo de atenção à saúde abordado na graduação baseava-se na prevenção, diagnóstico, tratamento efetivo e cura de doenças. Entretanto, em especial diante de uma situação de incurabilidade, esse modelo é ineficaz. Na ausência de possibilidades de cura, as doenças precisam ser “administradas” até o final da vida do paciente. Logo, o enfoque que deve prevalecer é atenuar os sintomas, retardar o declínio físico e mental, ajudando o paciente a manter uma perspectiva positiva e evitar que a doença assuma o controle da vida (LOWN, 1997; PERDICARIS, 2000).

O cuidado em saúde implica na utilização das tecnologias leves, que conseguem facilitar a relação entre usuário e profissional. Alguns exemplos dessas tecnologias são o acolhimento, vínculo, enfim são as formas de cuidado, que incorporem uma atuação criativa e ajudem a fomentar a autonomia do sujeito em relação ao contexto de sua saúde e a do ambiente em que vive com os demais sujeitos (coletividade). Estas tecnologias são a base do cuidado, pois consideram o bem do sujeito como o fim último do cuidado (MERHY, 2002). Todavia muitos profissionais desconsideram estas tecnologias, que são essenciais para o desenvolvimento do vínculo no cotidiano do trabalho vivo em ato, as quais permeiam todo entendimento dos princípios da bioética como essenciais para o desenvolvimento do cuidado em saúde de forma inclusiva e atenta aos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença (MERHY, 2007).

A natureza da interação entre profissionais e pacientes depende de como acontece o encontro entre ambos. Este encontro é influenciado por vários fatores, como: o “setting” terapêutico, os aspectos psicosociais do paciente com seu adoecer (suas expectativas, medos, ansiedades), suas experiências anteriores, bem como, pelos próprios profissionais, com sua personalidade, seus fatores psicológicos (estresse, ansiedade, frustração) e seu treinamento técnico (experiência profissional e habilidades comunicacionais) (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

O profissional deveria estar preparado, por meio de seus conhecimentos e juízos de valor, para medir a capacidade de compreensão e discernimento dos fatos, de forma que o paciente possa exercer sua verdadeira autonomia. Em algumas situações, não é possível contemplar, todos os princípios da bioética no cuidado, pois um princípio bioético pode se

sobrepôr ao demais, ou mesmo terem conflitos entre eles. Considerando que não existe uma regra geral para a aplicação dos princípios bioéticos, muitas vezes o profissional encontra dificuldades na hora de fazer as suas escolhas (BODY, 2005).

Considerando ainda o posicionamento do profissional e as escolhas deste, reconhecemos que o encontro entre profissional e indivíduo é um encontro intercessor que pode alterar a lógica de atendimento e cuidado, visto que, neste encontro é possível a transformação de ambos os personagens em virtude da influência exercida pelo outro (FRANCO; MERHY, 2013).

Em decorrência das novas e sofisticadas técnicas de elucidação de diagnósticos e tratamentos, diminui-se a atenção para as experiências do paciente e sua subjetividade. Na cancerologia, como ocorre grande impacto emocional, este aspecto não pode permanecer desassistido, deve-se intensificar o cuidado ao paciente e não apenas à doença. É essencial que a equipe apresente-se de forma multiprofissional, para abordar o seu cliente em uma dimensão biopsicossocial, com a finalidade de assegurar sua qualidade de vida e não apenas a cura da doença (RODRIGUES, 2004; CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Nesta área, assim como nas demais áreas da saúde, é crucial que os profissionais sejam sensíveis às necessidades do indivíduo/população, que visem atender à pessoa doente mais que à doença, que se mobilizem para uma assistência mais humanizada (estimulada na academia), fortalecendo o ensino centrado na pessoa do doente e na família. Na academia, o estudante deve vivenciar um processo de aprendizagem no qual seja possível desenvolver atitudes de respeito, acolhimento, além de adquirir valores referentes à vida humana que, agregados aos conhecimentos científicos, vão subsidiar uma prática humanizada (RODRIGUES, 2004).

Com relação à atitude do profissional no seu trabalho é importante considerar a capacidade de autogoverno, mencionada por Franco e Merhy (2013). Através do autogoverno, o trabalhador por mais que esteja capturado pelo fazer instituído pelo modelo dominante, fabrica linhas de fuga a partir das afetações que emergem do encontro intercessor com o usuário. Outro aspecto que interfere na atuação profissional é a singularidade própria de cada indivíduo, logo, mesmo que os indivíduos estejam sob a mesma diretriz normativa, a sua ação na produção do cuidado é singular.

Ademais a atuação dos profissionais de saúde, na ação de cuidar, deve pautar-se na autonomia dos usuários, reconhecendo que muitas vezes, esta é um por vir que requer uma construção em ajuda mútua e solicitude solidária. Vulneráveis, tanto quem cuida como quem

é cuidado, juntos são capazes de grandes transformações, mas isolados, somente conseguirão a cristalização do que já está posto na sociedade (ZABOLI, 2007).

É comum os pacientes com de doenças crônicas aguardarem o momento da consulta para externarem suas angústias relativas á doença, porém em alguns momentos não conseguem espaço para o diálogo e a relação profissional-paciente não se concretiza, o que repercute negativamente na continuidade do tratamento. Os profissionais de saúde não dão a devida importância ao paciente que está a sua frente com suas dúvidas e medos, visto que, os profissionais não demonstram disposição para tirar dúvidas e explicar os procedimentos e cuidados que serão realizados (TADDEO *et al.*, 2012).

Considerando os aspectos mencionados e a interferência que a prática profissional pode desencadear no emocional e no curso da doença, é essencial estudar e explorar esta temática na perspectiva dos pacientes, com o intuito de, ampliar os conhecimentos na área de oncologia e possibilitar a reflexão dos profissionais atuantes nesta área.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Compreender as percepções dos pacientes oncológicos acerca do seu cuidado.

3.2 Objetivos Específicos:

- A) Averiguar, junto aos pacientes, como ocorre a comunicação dos profissionais na realização do cuidado;
- B) Identificar, pela ótica do paciente, como os profissionais realizam a informação do diagnóstico, tratamento e prognóstico da doença;
- C) Identificar como os profissionais promovem ou não o respeito à autonomia.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo, Local e Contexto

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, que empregou os métodos do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e da Observação Sistemática Participante (OSP).

A abordagem qualitativa do trabalho apresentou-se como suporte para a investigação, considerando que o estudo foi direcionado a um local com realidade complexa. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e também se preocupa com aspectos que não podem ser quantificados. Ou seja, este tipo de abordagem trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007).

Utilizou-se como fonte os dados primários obtidos por meio de entrevista semiestruturada (Apêndice A), que foi realizada junto aos pacientes internados na Oncologia do HRMS. Tais dados foram confrontados com aqueles obtidos por meio de uma OSP (Apêndice F), pois como mencionado por Belei *et al.* (2008) abordar mais de um recurso metodológico permite novos caminhos, reforçando aspectos qualitativos da pesquisa, sem desconsiderar a fidedignidade.

Neste estudo, empregaram-se duas de fontes de dados (entrevista/ OSP), configurando um dos tipos de triangulação, recurso que objetiva enriquecer e complementar os resultados e superar os potenciais epistemológicos, habitualmente limitados do método individual. A triangulação que pode se manifestar de diferentes formas e visa fundamentar ainda mais o conhecimento obtido por meio de métodos qualitativos, não significa avaliar ou validar os resultados e procedimentos, mas sim ampliar e complementar sistematicamente as possibilidades de produção do conhecimento (FLICK, 2009).

A triangulação é classificada com algumas variações que demonstram de onde partiu a potencialização do conhecimento e pode ser classificada como: triangulação de dados, do investigador, da teoria e da metodologia. Considerando este estudo e o conceito que apresenta a integração de várias fontes de dados, diferenciadas pelo tempo, lugar e pessoa é possível verificar nesta pesquisa a manifestação da triangulação de dados (FLICK, 2009).

A pesquisa foi realizada no setor da Oncologia no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Rosa Maria Pedrossian. Esta é uma instituição pública de saúde (vinculada ao SUS) e de ensino, com 320 leitos, 45 especialidades médicas, atendimentos em esferas de cuidados Cardiovascular, Clínica Médica, Materno-Infantil, Nefro-Urológica, Oncologia, Pacientes Críticos e Semi-Críticos.

O setor de oncologia é composto por 14 enfermarias simples e duas enfermarias de isolamento, as enfermarias simples acomodam dois pacientes enquanto que as de isolamento são direcionadas à apenas um paciente. A capacidade total de acomodação deste setor é de 30 pacientes, possui 11 profissionais médicos vinculados ao cuidado, 20 profissionais de enfermagem de nível técnico e cinco enfermeiros. Os demais profissionais como, fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição não tem vínculo exclusivo com o setor e realizam suas ações mediante solicitação. Os profissionais atuantes na Oncologia do HRMS tem grande experiência na área e são formados há bastante tempo, maioria há mais de 10 anos.

Não são realizadas ações de Educação Permanente no setor. A instituição promove algumas ações de educação continuada, por meio de capacitações direcionadas aos trabalhadores, no entanto, é comum certa resistência quanto às novas informações recebidas e também a argumentação dos profissionais em deixar suas atribuições, provocando acúmulo de atividades, para dispensar o seu tempo ao encontro de capacitação. Os encontros de aprimoramento ocorrem no horário de trabalho, pois se for agendado fora deste, existe pouca adesão. Para tais ações, o setor dispõe de amplo espaço refrigerado que acomoda confortavelmente aproximadamente 10 pessoas.

4.2. Elaboração do instrumento de pesquisa

A opção pela entrevista semiestruturada como instrumento de obtenção de dados se deu, tendo vista que tal estratégia possibilita que o indivíduo se expresse mais livremente, favorecendo a obtenção de um discurso. Considerando que a “pergunta ideal” leva o entrevistado à produção de um discurso, pretende-se que o participante responda com exatidão aquilo que o pesquisador está investigando; o entrevistado deve responder o que ele acha e não o que o pesquisador pensa, sendo, portanto, compreensível, clara e pré-testada (LEFÈVRE, 2005).

No propósito de assegurar que o instrumento fosse construído com a supracitada “pergunta ideal”, alguns processos foram empregados. Primeiramente foi construído um instrumento

diretamente relacionado com os objetivos do trabalho. Posteriormente, o mesmo foi encaminhado para análise de profissionais conhecedores do assunto e com experiência em pesquisa científica, que foram convidados a avaliar o instrumento mediante carta convite que apresentava os objetivos da pesquisa. No formulário de avaliação, os profissionais analisaram cada questão, observando se a mesma possibilitaria o entendimento do que se pretendia perguntar aos sujeitos da pesquisa, favorecendo o alcance dos objetivos da pesquisa. Na discordância do profissional quanto à formulação da determinada pergunta, o formulário de avaliação (Apêndice B) apresentava um espaço para sugestões. Após análise das avaliações realizadas pelos profissionais, foram feitas as adequações no roteiro de entrevista e subsequentemente a realização do pré-teste. Os profissionais que participaram da avaliação semântica de conteúdo do instrumento foram: um cirurgião dentista, três enfermeiros, duas psicólogas e duas psiquiatras, todos com experiência na área.

A versão final do roteiro de entrevistas contemplou os aspectos referentes à percepção do usuário acerca do cuidado recebido, comunicação com os profissionais da saúde, informação sobre o diagnóstico e prognóstico e autonomia (Apêndice A).

Os aspectos abordados nas entrevistas foram também submetidos a uma observação, por meio do emprego do roteiro (Apêndice F) que norteou a observação sistemática participante e este, foi construído com vistas aos objetivos do estudo, contemplando os seguintes temas: comunicação, informação, autonomia e percepção do usuário sobre o cuidado.

4.3 Critérios de inclusão e não inclusão

Participaram da pesquisa os pacientes maiores de 18 anos, internados no setor de Oncologia adulto e com adequado nível de consciência.

Não foram incluídos na pesquisa os indivíduos menores de 18 anos, os pacientes que apresentavam dificuldade de fala, compreensão, expressão, presença de desconforto (dor, náuseas, tontura, êmese).

4.4 Processo de obtenção dos dados

No momento da coleta de dados, procurou-se estabelecer vínculo favorável entre pesquisadora e participantes, visto que a manifestação da percepção, foco do presente estudo, requer ambiente propício para sua expressão.

Antecedendo a realização da entrevista todos os participantes convidados foram informados sobre a pesquisa, os objetivos, a metodologia empregada, a inexistência de riscos severos atuais ou potenciais, benefícios previstos, a razão de sua escolha como participante e a necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponível no apêndice C.

Diante da concordância em participar do estudo, seguiu-se com a entrevista, sendo que esta foi registrada por meio do uso de gravador. Antecedendo cada entrevista o equipamento foi devidamente testado em todas as ocasiões, no intuito de, assegurar que nenhum registro fosse perdido.

Na identificação de dificuldade para responder alguma pergunta, a pesquisadora exemplificou e detalhou aspectos que poderiam facilitar a compreensão do entrevistado. Entretanto, quando mesmo após estes procedimentos, persistiu o receio do sujeito em responder, a pergunta permaneceu em aberto, sem resposta e prosseguiu-se com a entrevista fundamentada nas questões seguintes.

Quanto ao local da entrevista, foi disponibilizada oportunidade de escolha ao sujeito. A pesquisadora indagou ao participante quanto a sua preferência sobre o local da entrevista, disponibilizando a opção de permanecer em seu leito ou ser entrevistado em local com maior privacidade (sala de enfermagem). Também houve a preocupação com ruídos ambientais (ventilador, pessoas falando, monitores apitando) no propósito de assegurar que não houvesse comprometimento da qualidade da gravação.

Foram entrevistados 25 indivíduos em tratamento no setor de oncologia do HRRMP. A coleta dos dados foi interrompida no momento em que os objetivos do estudo foram alcançados.

Outro recurso empregado na obtenção dos dados foi a OSP. Optamos por este procedimento por sua aplicabilidade no campo acadêmico-científico quando se trata de pesquisas qualitativas na área da saúde, cuja proposta, não é uma simples observação, mas uma observação sistemática, com arrimo em princípios teóricos filosóficos que promove a participação do pesquisador nas vivências do grupo para melhor compreendê-los (QUEIROZ *et al.* (2007).

A OSP, na concepção de Minayo (2007), é um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica, na qual o observador está “face a face” com os observados. Ao participar da vida deles, no seu

cenário cultural, o pesquisador colhe os dados e se torna parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este.

Em revisão bibliográfica, Queiroz *et al.* (2007) destacou a contribuição da observação sistemática nas investigações científicas, pois ela é capaz de promover uma visão ampla e detalhada da realidade, resultante da interação do pesquisador com o meio, podendo inclusive fundamentar as ações de planejamento para o desenvolvimento da comunidade em estudo. Neste mesmo estudo o autor encontrou consenso de outros pesquisadores quanto à capacidade do método em promover a reafirmação de fatos, visto que, tem a vivência de situações específicas por parte do observador, em que o pesquisador é capaz de sentir intensamente as dificuldades e facilidades das situações vivenciadas.

Ademais, durante a observação é possível à obtenção dos dados no momento em que ocorre o fato na presença do observador, além disso, é o meio mais direto de se estudar uma ampla variedade de fenômenos, destacando que a grande maioria dos aspectos do comportamento humano, só podem ser estudados satisfatoriamente mediante a observação (WOOD-LOBIONDO; HABER, 2001).

A OSP foi efetuada tanto no período diurno quanto no período noturno, porém houve predomínio de observação neste último. Totalizou-se 40 horas de observações que foram registradas logo após as circunstâncias observadas. A observação foi registrada em instrumentos separados de acordo com a temática observada.

4.5 Organização e análise dos dados

A pesquisa teve fundamentação metodológica no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que visa dar luz ao conjunto das individualidades semânticas componentes do imaginário social, destina-se a dar voz à coletividade. O DSC é uma estratégia metodológica que faz o social falar como se fosse um indivíduo, através de rigor científico, empregando procedimentos explícitos, transparentes e padronizados, construindo a fala do social com o material empírico obtido proveniente das falas, buscando nas Idéias Centrais (IC) e Expressões-chave (ECH) coincidentes ou semelhantes de discursos existentes, um discurso compartilhado (LEFEVRE, 2005).

O DSC é uma técnica de construção do pensamento coletivo que visa revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam os seus posicionamentos sobre

determinado assunto. Refere-se a um compartilhamento de ideias dentro de um grupo social (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Assim, o DSC constitui uma forma de resgate e apresentação “das opiniões como elas de fato são praticadas por coletividades de atores sociais”, aqui entendidos como indivíduo/coletivo e sujeito falando/falado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014; p. 503).

Metodologicamente, o DSC é uma forma de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos por meio de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas, *papers*, entre outros. Para sistematizar e construir os DSC são utilizados trechos dos discursos que são reveladores da essência do conteúdo e são na metodologia reconhecidos como Expressões-chave (ECH). A partir destes, são identificadas as ideias centrais (IC) que são expressões linguísticas que revelam de maneira sucinta o sentido presente nos depoimentos. Em posse das ECH e das IC os dados são sistematizados e organizados nos mapas denominados Instrumentos de Análise do discurso (IAD). Na ocorrência de discursos contraditórios sobre a mesma questão, são construídos DSC para as falas concordantes e discordantes (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A organização dos dados foi realizada respeitando-se as padronizações científicas, com a sistematização do Instrumento de Análise de Discurso (IAD) (Apêndice D) que foi construído de acordo com o eixo temático do discurso, com a identificação das ECH e IC. Posteriormente efetuou-se a elaboração dos DSC, que foram registrados no quadro síntese (Apêndice E).

Os participantes que contribuíram para a construção dos DSC foram apresentados com o emprego de letra “P” (que remete a palavra “participante”), seguido pelos numerais que identificam a ordem em que ocorreu a entrevista (Ex: P1, P2, P3...).

A análise do conteúdo da observação sistemática foi feita mediante a leitura do instrumento em que as informações foram registradas, com a subsequente identificação dos trechos mais relevantes que foram separados, apresentados na íntegra e confrontados com o DSC e a literatura.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o protocolo número 890.370 de 27/11/2014, disponível no anexo A, respeitando os aspectos éticos e a resolução nº466/12.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na saúde em geral e em especial no cenário da cancerologia, onde existe grande impacto emocional, é essencial que o profissional direcione ao paciente uma abordagem profissional humanizada e solidária, geradora não só de saúde, mas principalmente de vida, que transcende o simples assistir centrado nas técnicas e promova a aceitação, escuta e criação/manutenção de um ambiente terapêutico.

No intuito de conhecer como é a prática dos profissionais relativas ao cuidado dos pacientes com câncer e de verificar se estas promovem um cuidado humanizado, este estudo apresenta seus resultados em eixos temáticos que são premissas para um cuidado qualificado. Os eixos temáticos foram representados da seguinte maneira: Comunicação, Informação, Autonomia, Percepção do cuidado.

5.1 COMUNICAÇÃO

No contexto da comunicação, foi possível obter dois DSC antagônicos. No primeiro, que teve como IC a “comunicação adequada”, foi possível identificar a manifestação de uma boa comunicação no cenário explorado, conforme pode ser evidenciado a seguir:

“A comunicação aqui é boa. Quando eu descobri a doença a médica conversou muito comigo, me acalmou e me apoiou. Quando converso com ela, eu fico melhor. E o bom é que eles sempre informam tudo o que estão realizando, são francos e honestos comigo” (P1, P2, P9, P10, P14, P18, P20, P21, P19).

Foi possível identificar os aspectos positivos que uma comunicação adequada pode promover, visto que além de aliviar os sintomas, acalmar e trazer o conforto constitui-se como um elemento fundamental para o profissional da saúde, que busca uma assistência humanizada e que tem o cliente como centro de suas atenções, minimizando a despersonalização do indivíduo frente à hospitalização (FONTES; ALVIM 2008; RENNÓ; CAMPOS, 2013).

Analisando o discurso supracitado, no seguinte trecho “...quando eu descobri a doença a médica conversou muito comigo, me acalmou e me apoiou...”, percebe-se que a profissional trabalhou adequadamente a fase *Emotions*, apresentada por BUCKMAN (1992) na qual se explora as reações emocionais do paciente por meio de postura empática, além de

demonstrar respeito ao usuário e favorecimento do estabelecimento de relacionamento efetivo com o indivíduo (OLIVEIRA *et al.*, 2006; POTT *et al.*, 2013; RENNÓ; CAMPOS, 2013).

Neste discurso observamos que o profissional, deu ênfase as tecnologias leves de cuidado, e neste cenário vale destacar o raciocínio de Franco e Merhy (2013), estes salientaram que o processo de trabalho envolve o trabalho morto, representado pelos instrumentos e formados a partir de um trabalho pregresso, e o trabalho vivo que é um trabalho em ato e campo próprio das tecnologias leves. Ainda considerando a relação entre trabalho vivo e trabalho morto, teremos o que é definido pelos autores de Composição Técnica de Trabalho (CTT), ou seja, a razão entre trabalho vivo e trabalho morto. Considerando o discurso anterior percebeu-se que a razão da CTT está centrada no trabalho vivo nesta circunstância.

Vale destacar que o emprego das tecnologias leves, que ficou evidente no discurso anterior, desencadeou boas reações nos indivíduos, como podemos verificar no trecho a seguir: “...quando converso com ela eu fico melhor...” em posse desta constatação, é possível evidenciar os benefícios de um cuidado subsidiado pelas tecnologias leves. Vale ainda destacar que em muitos momentos a palavra promove efeitos tão ou mais positivos quanto à administração de medicamentos, pois como evidenciado no trecho acima, a conversa promoveu a melhora dos indivíduos.

Diante destas observações é válido considerar a relevância tanto das tecnologias leves, quanto das duras ou leves duras. Entretanto os profissionais devem aplicar tais tecnologias com equilíbrio, considerando as necessidades do usuário, sem sobreposição de uma em detrimento de outra.

Com vistas ao discurso anterior, outro aspecto tem grande relevância, é a valorização dos usuários quanto à sinceridade do profissional, como pode ser evidenciado no seguinte trecho: “...o bom é que eles sempre informam tudo o que estão realizando, são francos e honestos comigo”..., considerando esta informação, observa-se que os trabalhadores são verdadeiros e honestos com os pacientes e tal posicionamento favorece a relação de confiança que é essencial no cuidado. Entretanto, situação contrária foi encontrada por Gomes, Silva e Mota (2009) no seu estudo, em que obtiveram um índice de omissão de diagnóstico de 28,5%, sendo que a omissão é maior nos médicos não especialistas, pois 87,9% deixaram de informar adequadamente os seus pacientes, enquanto que para os médicos especialistas a omissão foi menor (6,4%), mas ainda presente.

Ainda explorando o eixo temático da comunicação, foi identificado outro DSC que teve como ideia central a “Comunicação Imprópria” e pode ser visualizado a seguir:

“Eu acho que eles são secos, estúpidos e falam muito pouco. Chegam fazendo e não dizem nada e quando falam é muito difícil e a gente não entende. A comunicação tem que melhorar, a enfermeira fica falando dos outros pacientes e outro dia o médico tava falando com os alunos de mim no corredor e eu escutando daqui.”(P1, P3, P11, P14, P17, P25).

Nesse alinhamento, identificamos inadequações em diferentes aspectos, como: postura desrespeitosa dos profissionais, emprego de termos incompreensíveis pelo usuário e falhas éticas. Tal fato indica um posicionamento profissional que compromete o cuidado, e que, em relação ao quesito comunicação, promove a persistência de problemas na relação profissional, em especial em situações que envolvem o câncer (PRIMO; GARRAFA, 2010), tendo em vista o cenário de incertezas e sofrimento comuns nestes casos.

O posicionamento do profissional envolvido neste discurso mostra a valorização dos procedimentos e a não utilização das tecnologias leves para o cuidado, logo este encontro, possivelmente produzirá sofrimento adicional ao paciente, sofrimento este que não tem a ver com a doença, mas sim com o cuidado. Neste cenário Franco e Merhy (2013) salientaram que práticas fundamentadas em saberes técnicos onipotentes são pouco eficazes na satisfação das necessidades do usuário. Outra repercussão que tal postura pode desencadear é a produção de sentimentos negativos, que podem inclusive interferir no resultado do processo terapêutico e na cura da doença.

Diante deste raciocínio, é importante questionarmos se os trabalhadores envolvidos na assistência em saúde, em especial na cancerologia, tem compreensão das repercussões que posturas desta natureza podem desencadear, em âmbito físico e emocional, nos indivíduos que estão sob os seus cuidados.

Observando este discurso, observa-se outro aspecto, pois os entrevistados, ao relatarem que os profissionais “...não dizem nada e quando falam é muito difícil e a gente não entende...”, evidenciam a ausência de linguagem apropriada. Isto compromete a compreensão do usuário e subsequentemente a adesão ao processo terapêutico, assim como seu bem estar psíquico. Este padrão de conduta pode produzir reflexos no paciente, favorecendo a sedimentação de perfis nebulosos referentes ao desfecho da doença (que são inerentes a qualquer quadro patológico, mas que nos casos de câncer se tornam mais acentuados), ao andamento do tratamento, à aceitação da doença, dentre outros aspectos. Assim, tais fatores provavelmente permanecerão como estressores contínuos, que são a base de um sofrimento psíquico que, talvez, pudesse ser evitado, desde que o profissional se comunicasse de forma clara, respeitosa, acessível e genuína (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Sabendo que a informação, favorece o exercício da autonomia e promove segurança ao indivíduo é essencial que os profissionais se preocupem com a compreensão do usuário acerca das informações fornecidas. Neste contexto, é conveniente que o trabalhador oportunize um momento para os questionamentos do usuário e também que se certifique se as informações foram adequadamente compreendidas. Provavelmente a falta de entendimentos destes usuários ocorra pelo posicionamento do profissional, que não verifica o grau de entendimento das informações transmitidas. Caprara e Rodrigues (2004) constataram que 39,1% dos médicos não explicavam de forma clara e compreensiva o problema, bem como em 58% das consultas o médico não verificava o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico, e em 53% das situações não havia verificação da compreensão sobre as indicações terapêuticas.

Considerando ainda este discurso é necessário refletir: Por que os usuários não questionam os profissionais, para compreender melhor as informações que estão sendo fornecidas?

Muito provavelmente a timidez do usuário em debater e tirar as suas dúvidas se façam fundamentadas num imaginário social, que coloca os profissionais da saúde, em especial o médico, numa posição de superioridade e pouco acessíveis. Ademais, é possível que indivíduo tenha receio em manifestar seu desconhecimento ou ignorância, ou ainda não perceba que a informação clara é seu direito, e um dever dos trabalhadores da saúde.

Ainda considerando este DSC, na seguinte fala: “...*chegam fazendo e não dizem nada....*”, fica clara a falta de comunicação, que implica falha ética do trabalhador. Neste contexto, a ausência de comunicação, em suas distintas formas, durante as ações do cuidado, remete a um dilema ético/moral no qual se negligencia a dimensão psicoespiritual e social do indivíduo cuidado, que mesmo muitas vezes, impossibilitado de se expressar, ainda possui suas peculiaridades, seus medos e anseios (POTT *et al.*, 2013).

Neste DSC outro aspecto merece atenção é o que está exposto no trecho a seguir “...*outro dia o médico tava falando com os alunos de mim no corredor e eu escutando daqui...*”. Infelizmente ainda são comuns situações dessa natureza em serviços que atuam como espaços de formação na saúde. Refletem a ausência do debate da importância da utilização das tecnologias leves, do respeito ao usuário e da preocupação com o outro durante a formação dos profissionais de saúde. Tais práticas são preocupantes, uma vez que podem ser perpetuadas pelos profissionais que estão em formação.

No intuito de assegurar maior confiabilidade aos achados, os dois discursos antagônicos do eixo temático da comunicação foram confrontados com os dados obtidos por meio da OSP:

“Quanto à comunicação relacionada à socialização/educação dos profissionais para com os pacientes, foi possível observar o predomínio de postura positiva, visto que a maioria dos profissionais adentra na enfermaria com bom-humor, educação, cumprimentando os pacientes, perguntando como estão se sentindo. Em alguns casos, quanto houve alguma reclamação ou reivindicação do usuário para com relação à equipe, identificou-se claro ressentimento desta e subsequentemente prejuízo nesta categoria de comunicação. Os pacientes internados neste setor têm oscilação do humor e frequentemente ficam calados e pouco comunicativos. Diante destas manifestações, habitualmente os profissionais não entendem e reclamam da postura do paciente, mas como o “canal” da comunicação está “fechado” por parte do paciente, os profissionais, minimizam a comunicação”(OSP).

Observando o trecho desta OPS, percebe-se que a equipe não recebe bem as críticas que emergem dos pacientes, fica ressentida com o usuário e muda o seu relacionamento com o mesmo, comprometendo a comunicação relativa à sociabilização. Neste sentido, percebe-se que a equipe incorporou a postura paternalista mencionada por Miranda (2000), como única detentora de poder e conhecimento, subestimando a capacidade do paciente em fazer julgamentos.

Vale destacar que no cenário explorado não existe ação institucional educativa que interfira junto aos trabalhadores quanto ao posicionamento apresentado. O que existe é a ação individual de alguns profissionais que se sensibilizam com a questão. Desta forma, em virtude das intervenções ainda pouco frequentes, nota-se que as críticas que emergem da clientela estão gerando “afetações” nos profissionais e tais, estão interferindo em sua atuação, comprometendo a comunicação com o indivíduo.

Diante da análise desta situação, nota-se que equipe se posiciona de forma hierarquizada e distante do usuário. Considerando que uma relação horizontal e respeitosa favorece o vínculo, aspecto essencial no cuidado, nota-se que a equipe atuante neste cenário está comprometendo o estabelecimento do mencionado vínculo.

O fato de que os pacientes *“... frequentemente ficam calados e pouco comunicativos. Diante destas manifestações, habitualmente os profissionais não entendem e reclamam da postura do paciente...”* revela que alguns aspectos permaneceram ocultos nos DSC desta temática, tendo em vista que o relatório expôs como a postura de um dos membros envolvidos na comunicação pode influenciar negativamente na relação entre os indivíduos.

Esta realidade é comum nos ambientes hospitalares, especialmente nos setores de cuidado oncológico, e podem ser potencializadas pela manifestação de um “ruído” na comunicação, que é representado pela alteração de humor e ou ocorrência anterior de algum atrito com o trabalhador (RENNÓ; CAMPOS, 2013).

Por outro lado, se “... *Os pacientes internados neste setor têm oscilação do humor e frequentemente ficam calados.....os profissionais reagem respeitando o momento do indivíduo, minimizando a comunicação*”, percebe-se que houve uma modificação na postura do profissional para com o usuário e isto corrobora com aspectos mencionados por Costa (2004), que destacou que a capacidade da comunicação influencia e afeta o comportamento das pessoas.

Considerando o trecho inicial do relatório, em que “...*a maioria dos profissionais adentra na enfermaria com bom-humor, educação, cumprimentando os pacientes, perguntando como estão se sentindo...*” observa-se que os profissionais adotaram uma estratégia que estimula a relação interpessoal. Vale destacar que algumas estratégias, como escuta atenta, sorriso que expresse confiança, toque carinhoso que proporcione apoio e conforto favorecem a relação interpessoal (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Ainda com vistas ao que foi obtido por meio da OSP:

“Quanto à comunicação relacionada à administração de medicação, é possível visualizar predominantemente prejuízo da comunicação, pois os profissionais rotineiramente não informam o fármaco que estão ministrando. Habitualmente, quando não ocorre contato entre os envolvidos, a comunicação é inadequada. Alguns funcionários até expõem que só informam o que estão ministrando diante do questionamento por parte do paciente. Já a comunicação que antecede o toque entre os indivíduos, na realização de procedimentos frequentemente é feita de forma adequada”(OSP).

Analisando este relato, percebe-se que a própria manifestação do usuário sobre a comunicação não faz referência a algumas circunstâncias, pois este achado não foi evidenciado nos DSC, mas somente por meio da OSP. Desta forma, verificamos que a comunicação que antecede a realização dos procedimentos comumente é adequada somente quando envolve o toque, e inadequada no momento da administração dos fármacos, isto compromete a relação de confiança tão necessária na relação de ajuda (OLIVEIRA *et al.*, 2006; RENNÓ; CAMPOS, 2013).

O relatório proveniente da OSP, também traz importantes aspectos, no que tange à comunicação de informações sobre a doença, tratamento e prognóstico, pois quanto:

“...à comunicação relacionada à informação da doença, tratamento e prognóstico, percebe-se que existe aparente relação com questões culturais e sociais. Pacientes com baixo nível social são frequentemente pouco informados, estes habitualmente não apresentam questionamento algum e subsequentemente não ocorre estímulo/motivação da comunicação neste aspecto. De forma contrária, os pacientes com melhor nível social e cultural são esclarecidos de forma mais atenciosa por parte dos profissionais”(OSP).

Embora o instrumento da OSP não tenha contemplado a verificação do nível de social e cultural, mas, sendo a OSP um procedimento observacional, e, portanto, dependente do “olhar” do observador, julgamos pertinente problematizarmos esta questão. Dessa forma, a OSP, ao potencializar a possibilidade de ampliar os resultados da pesquisa, complementando a coleta de dados junto ao cenário/participantes da pesquisa, foi capaz de desvelar aspectos que não foram mencionados nos discursos, como a relação do nível social e cultural com a comunicação.

Assim, há que se considerar a possibilidade de que este achado indique que os aspectos culturais e socioeconômicos influenciam a comunicação. Neste contexto, o baixo nível de compreensão, interferência da doença, o estado emocional e o receio de perguntas, não podem justificar que o direito do paciente quanto às informações seja tolhido, sendo dever do profissional reconhecer o direito do indivíduo de saber seu prognóstico, diagnóstico e tratamento de maneira clara e verdadeira (ZABOLI; SARTÓRIO, 2006). Ademais, o não conhecimento acerca de doença, pode levar os pacientes a não comprometerem-se com o tratamento (OLIVEIRA, 2006; TADDEO *et al.*, 2012). Esta possibilidade também é suportada pelo fato de que o grau de instrução, assim como idade e condição socioeconômica, é fator individual que influencia diretamente a revelação diagnóstica ao paciente e propicia ao médico maior facilidade de informar o mesmo sobre a doença (SILVA *et al.*, 2011).

A valorização da comunicação por parte dos usuários já ficou evidente no primeiro DSC desta temática, demonstrando inclusive a melhora geral dos indivíduos, desta forma, é essencial que os profissionais comuniquem-se adequadamente com seus pacientes. Os aspectos culturais e sociais não devem prejudicar a comunicação, devem apenas ser considerados para subsidiar o planejamento do profissional na definição de estratégias de comunicação que realmente promovam a compreensão do usuário.

Considerando que ficou evidente a influência do nível social e cultural na postura do profissional quanto à comunicação, é oportuno destacar que todos os profissionais devem dirimir as dúvidas dos pacientes dentro de suas possibilidades e conhecimentos, mesmo aqueles que tenham maior dificuldade de compreensão.

5.2 INFORMAÇÃO

Seguindo com o segundo eixo temático, que versa sobre a informação acerca do diagnóstico tratamento e prognóstico, este estudo obteve dois DSC com idéias distintas, o primeiro, que teve como IC a “Informação Adequada”, apresenta-se a seguir:

“Eu sei de todo o tratamento, me explicaram tudo certinho: riscos, reações e que iria deprimir o meu sistema imunológico. Fui informada logo no início, ela olha no meu olho e não consegue mentir, não fiquei com dúvida, pois foram bem claros e precisos comigo” (P2, P3, P6, P9, P10, P11, P14, P17, P24).

O discurso apresenta a satisfação dos usuários, visto que foram informados adequadamente sobre sua patologia. Brandão, Giovanella e Campos (2013) em sua pesquisa identificaram a satisfação dos participantes em 38% sobre a explicação dos profissionais acerca de seus exames e 37% responderam “muito bom” sobre as informações recebidas sobre os sintomas da doença.

A postura dos profissionais, observadas no referido DSC, demonstra o respeito aos direitos dos pacientes, os quais poderão exercer sua autonomia de forma consciente e com adequado nível de esclarecimento, tendo em vista que, neste contexto, a maioria dos pacientes deseja saber a verdade, podendo participar das escolhas sobre sua própria saúde (SILVA *et al.*, 2003; MIYATA *et al.*, 2005).

Ainda analisando este discurso, por meio da observação do seguinte trecho: “...*ela olha no meu olho e não consegue mentir...*”, destaca-se a relação de vínculo entre profissional e paciente, que no contexto terapêutico, pode influenciar tanto no desenvolvimento quanto na qualidade no tratamento (SILVA, *et al.*, 2011; RENNÓ; CAMPOS, 2013).

Com vistas, ao quesito informação, foi possível observar também discurso antagônico, que teve como ideia central “Informação Inadequada”:

“Fiquei sabendo que eu tinha leucemia no transporte do SAMU, dentro da ambulância. Só falaram que iam me internar e não falaram as coisas, o que sei é dos outros pacientes, ou por que eu pesquisei. Não sei o que está acontecendo, estamos na expectativa e assustados. Sou informada depois que as coisas acontecem” (P1, P2, P3, P4, P8, P11, P12, P13, P15, P19.)

Analisando este DSC, constatamos que o tratamento não foi discutido com o paciente, desrespeitando-se a fase *Strategy and summary* que é recomendada pelo protocolo de SPIKES. Nesta fase, que representa o sexto e último passo do protocolo, o profissional

deveria discutir as possibilidades terapêuticas e prognóstico, apresentando também as possibilidades de falhas terapêuticas ou efeitos adversos, alimentando expectativas reais e considerando a autonomia do paciente na escolha do tratamento (BUCKMAN, 1992).

Dessa forma, fica nítido que a informação acerca da doença não foi planejada e ocorreu em local impróprio, fato que evidencia o descumprimento da segunda fase do referido protocolo, denominada *Setting up*, que consiste na preparação da entrevista com escolha de local adequado e a forma como será apresentada a notícia ao paciente (BUCKMAN, 1992).

Este achado sinaliza para a necessidade de investimento nas estratégias de melhoria de relação profissional-paciente no quesito informação, a fim de que hábitos que já são cristalizados na prática profissional sejam transpostos, com o objetivo de superação das limitações de informação quanto ao diagnóstico, prognóstico e tratamento. Esta mesma realidade foi evidenciada por Primo e Garrafa (2010), quando identificaram que 73,3% dos pacientes envolvidos em seu estudo consideraram negativa a qualidade da primeira informação que receberam sobre o diagnóstico de câncer, o que denota infração de aspectos éticos relacionados produção do cuidado durante o encontro profissional-paciente.

Considerando o referido protocolo de SKIPES, que auxilia e norteia os profissionais na comunicação de más notícias, vale destacar que a percepção, respeito e cuidado com este momento, deveriam ser algo natural e intrínseco ao profissional, no entanto, detectando que esta preocupação não é incorporada naturalmente pelo profissional se faz necessária a arbitrária criação de um protocolo. Isso demonstra, não apenas lacunas na formação pessoal do indivíduo, como também na formação acadêmica. Desta forma, como mencionado por Caprara e Rodrigues (2004) percebe-se uma demanda que exige implementação de mudanças visando à aquisição de competências na formação dos trabalhadores.

Em relação à informação, segue o trecho do relatório proveniente da OSP:

“A informação do diagnóstico, tratamento e prognóstico ocorre de forma limitada; habitualmente os pacientes que estão mais informados são os que apresentam melhor nível cultural, social. Nota-se os profissionais passam a visita e realizam os cuidados com bastante pressa, possivelmente em virtude de sobrecarga de trabalho na própria instituição ou por terem outros compromissos em outros espaços de trabalho, comprometendo este item, pois o tempo necessário para promover adequada informação é significativo. Outro aspecto evidente é o receio dos usuários em questionarem os profissionais médicos. Os médicos são os principais envolvidos na transmissão das informações e os profissionais da enfermagem são os que são procurados para esclarecimentos e retirar as dúvidas.

Também é evidente que a informação é apresentada de forma parcial, visto que, existem muitas dúvidas”(OSP).

Neste cenário, novamente verificamos a interferência do nível social e cultural na postura do profissional quanto à disponibilização adequada das informações, pois a informação aos indivíduos menos esclarecidos é claramente mais difícil de ser realizada (SILVA *et al.*, 2003). Entretanto, não é aceitável infringir o direito do paciente quanto à informação (ZABOLI, 2006).

Possivelmente a existência das dúvidas, mesmo após as informações, tenha relação com a afirmação de Silva *et al.* (2003), que salientaram as diferenças entre informar diagnóstico e discutir prognóstico, neste sentido os médicos norte-americanos experimentam dificuldade com relação a dar informações acerca do prognóstico.

Outro aspecto que foi constatado no relatório da OSP, sobre informação, foi a maior liberdade do usuário com os profissionais da área da enfermagem para retirar as dúvidas, o que sugere uma relação profissional-paciente mais técnica com os médicos e mais afetiva com os profissionais da enfermagem (RENNÓ; CAMPOS, 2013).

Vale considerar ainda outro aspecto no cenário da informação: a falta de tempo dos profissionais que habitualmente têm uma rotina exaustiva com grande demanda de trabalho. A falta de tempo dos profissionais, medo, inabilidade na comunicação e no apoio emocional foram hipóteses também consideradas por Silva e Zago (2005) ao estudarem a revelação do diagnóstico de câncer para o paciente e os profissionais de saúde.

Neste contexto é conveniente a reflexão de quais são os aspectos que podem ter prejudicado a informação aos pacientes no cenário estudado. Será o receio e inabilidade em lidar com as emoções e reações que poderão emergir desta informação? Será a excessiva demanda de trabalho que impossibilita o profissional de dispensar adequado tempo ao momento das informações? Será a desvalorização desta questão por parte dos profissionais, que não a julgam um aspecto importante no cuidado?

5.3 AUTONOMIA

O conhecimento e o acesso às informações sobre a sua doença são imprescindíveis para a realização de escolhas e o exercício da autonomia; entretanto, a ausência de conhecimento pode levar os pacientes a não comprometerem-se com o seu tratamento (SOARES, 2000; TADDEO *et al.*, 2012; GUEDES, 2013;). Seguem os DSC obtidos acerca desta temática, sendo que o primeiro foi construído com a IC “Participação no tratamento”:

“Eu me envolvo bastante. Às vezes eu acho que até incomodo um pouco. A dieta mesmo eu interfiro bastante e outro dia eu falei que não queria que pegasse veia no meu pescoço e eles concordaram e também eu pedi pra sair que tinha que ir ao INSS e eles me liberaram.” (P1, P2, P6, P9, P12, P14, P15, P18).

Com a observação deste DSC, foi possível identificar um posicionamento que favorece o exercício da autonomia e vai ao encontro da afirmação de Silva (2010) que confere ao indivíduo autônomo o respeito pelo direito de autogovernar-se, de tomar as decisões relacionadas com sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, e suas relações sociais. Considerando que o respeito aos direitos do paciente vão além do conhecimento técnico-científico, mensurável e hipocrático, aqui foi possível detectar uma prática fundamentada no conhecimento estético e ético (CAMACHO, 2002).

Com esta postura os profissionais responsáveis pelo cuidado possivelmente reconheceram o indivíduo como autônomo, multidimensional, com suas especificidades e que vivencia um momento atípico e frágil de sua vida. No discurso exposto, o perfil paternalista e hipocrático (CAMACHO, 2002; TRINDADE *et al.*, 2007) que é enraizado no pensar e agir do profissional de saúde, ficou ausente, demonstrando que talvez, nesse sentido, a prática profissional esteja contemplando aspectos importantes relativos ao respeito ao usuário, para além de ações prescritivas, autoritárias e que desconsideram as necessidades do paciente.

Se considerarmos que a fragilização do paciente mediante a hospitalização desfavorece o exercício da autonomia (MIRANDA, 2000), neste estudo verificamos que esta habitual fragilização não comprometeu completamente a autonomia dos indivíduos, tendo em vista que os mesmos permaneceram manifestando algumas vontades e necessidades, relacionados ou não ao cotidiano de sua permanência em ambiente hospitalar.

De forma oposta, no segundo discurso sobre a temática, que teve como idéia central “Imposição”, ficou evidente o desrespeito ao princípio da autonomia:

“Muitas vezes eu não quis fazer a quimioterapia, mas a doutora me convenceu, disse que eu tinha que seguir o protocolo. O tratamento não foi explicado para mim, não tive muita escolha, as coisas vão acontecendo e depois que eu fico sabendo” (P3, P13, P14, P15, P18, P20, P25).

Com estas falas, demonstra-se prejuízo ao exercício da autonomia em virtude de posturas que priorizam ações respaldadas em protocolo, consolidando o fato de que, não raramente, o cumprimento de rotinas obscurece a dimensão singular do paciente e é um desrespeito aos seus direitos (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2013). Além disso, fica clara a relação de poder que ainda se faz presente na relação profissional-paciente, quando esta

deveria ser pautada na convivência/interação saudáveis e não em relações de domínio de uns sobre os outros (TORALLES *et al.*, 2009; RENNÓ; CAMPOS, 2013).

Percebendo que a autonomia dos indivíduos envolvidos neste DSC foi tolhida, vale refletir no questionamento a seguir: Quais são as repercussões disto em uma pessoa que anteriormente à manifestação da doença e do tratamento, tinha total controle pela sua vida?

Neste sentido ainda podemos considerar que tal achado é preocupante, pois revela a conhecida postura autoritária dos profissionais de saúde, que, ao embasarem o cuidado em ações autoritárias, reduzem a liberdade de escolha do paciente, o que, até certo ponto é adequado para doenças agudas, mas que não são justificáveis para patologias crônicas como é o caso do câncer (TADDEO *et al.*, 2012). Logo, o posicionamento evidenciado neste DSC contrapõe-se ao recomendado pela literatura e não é o indicado ao perfil de pacientes atendidos no cenário analisado.

No propósito de refletirmos como é possível modificar este posicionamento que está comprometendo a exercício da autonomia é válido destacar a necessidade de mudança dos profissionais. Explorando o processo de mudança na saúde é oportuno analisar o raciocínio de Franco e Merhy (2013) sobre este aspecto, pois segundo os mesmos a mudança pressupõe a desterritorialização, ou seja, a ruptura com o velho território e o movimento de reterritorialização, buscando novas identidades existenciais que vão pedir novas práticas de cuidado. Ainda considerando as possibilidades que podem favorecer as mudanças e, subsequentemente, diminuir as agressões na autonomia do usuário, é valioso considerar o desejo que é a força motriz de construção da sociedade. O desejo é revolucionário, como produção, tem a energia para a invenção da realidade social e a criação de um novo devir para o mundo da vida (FRANCO; MERHY, 2013).

Fundamentado por este raciocínio nota-se que o próprio profissional a partir do seu desejo poderá mudar a forma como se faz o seu cuidado. Ademais, ainda destacando a importância do trabalhador na definição do perfil do cuidado ofertado, Franco e Merhy (2013) salientaram que não é o lugar físico que define o cuidado, mas sim o território existencial no qual o trabalhador se inscreve como sujeito ético-político e que o mantenha onde ele estiver.

Mesmo reconhecendo que o profissional em si, a partir de seu desejo, oriundo de uma afetação ou por meio da reflexão, é o maior responsável pela forma como o cuidado se apresenta, é valiosa a intervenção da instituição, no âmbito de disponibilizar espaços de discussão e formação aos envolvidos com o propósito de sensibilizá-los quanto a sua importância e potência neste contexto. Pois atualmente estas intervenções institucionais apresentam-se de forma tímida no local explorado.

Em contrapartida, ainda na temática que explora a autonomia, este estudo obteve um terceiro discurso, que teve como idéia central “Confiança no profissional”:

“Eles que estão sabendo o que estão fazendo, pois eles é que estudaram e eu não posso interferir; eles até me escutam, mas é eles que decidem de fato. Também não quero ultrapassar o limite profissional, pois acho que é só a médica que tem que decidir estas coisas e a gente tem que fazer o que eles dizem, pois é por causa dela que eu estou viva ainda” (P3, P7, P11, P17, P18, P21, P23).

Neste discurso ficou evidente o exercício da autonomia de forma peculiar, em que os participantes manifestaram o desejo de não interferir. Houve uma manifestação consciente e autônoma fundamentada na confiança pelo profissional, possivelmente desvinculada do conceito de independência absoluta, habitualmente preconizado, considerando-se que o indivíduo torna-se autônomo a partir da relação que estabelece com o outro (ONOCKO; CAMPOS, 2006), que neste caso foi a relação de confiança. Dessa maneira, estes autores afirmaram que os graus de autonomia dependem do modo de funcionamento das organizações de saúde, dos valores que lá são veiculados e também da cultura em que o sujeito está inserido.

No cenário da autonomia, o relatório de OSP reforça achado do segundo DSC desta temática, conforme pode ser observado a seguir:

“Neste serviço, não ocorre estímulo ao empoderamento dos pacientes, visto que estes não têm espaço para se manifestarem. Os profissionais apresentam as possibilidades terapêuticas já com discurso de convencimento que enfatiza a importância de seguir o protocolo para assegurar a cura da doença. Também não é evidente o estímulo à apresentação das dúvidas do usuário”(OSP).

Esta constatação corrobora com o fato de que os profissionais de saúde não reconhecem os pacientes como capazes de realizar seu próprio cuidado, deixando, assim, de orientá-los, informá-los e de realizar práticas de educação em saúde (TADDEO *et al.*, 2012), o que pode ser observado pela postura autossuficiente do profissional, valorização de protocolos e desqualificação do outro (BIRMAN, 2010).

Considerando que o Ministério da Saúde preconiza na Política Nacional de Humanização (PNH) o incentivo à autonomia e protagonismo dos indivíduos (BRASIL, 2004), salienta-se que, no cenário estudado, os profissionais não incorporaram os preceitos da referida política, o que pode estar repercutindo negativamente na adesão ao tratamento e implicando inexistência de espaço e oportunidade para a manifestação do usuário (TADDEO *et al.*, 2012).

Anteriormente foi apresentada uma reflexão que destaca a importância do desejo do indivíduo no processo de mudança, logo, percebe-se que mais do que ações institucionais ou políticas públicas de saúde, o próprio profissional é capaz de melhorar o cuidado nos espaços de produção de saúde.

5.4 PERCEPÇÃO DO CUIDADO

No propósito de compreender a opinião dos sujeitos sobre o cuidado, obtivemos a quarta temática explorada neste estudo, que é a percepção sobre o cuidado recebido. Nesta, emergiram dois DSC, sendo que ambos representam visões positivas quanto ao aspecto analisado. O primeiro discurso desta temática foi construído a partir da ideia central “Competência”:

“Nossa! Aqui neste setor eles são muito bons, são excelentes. Acho que são profissionais muito competentes, também vejo que são capacitados e treinados”
(P1, P11, P19).

Este discurso demonstra a valorização que o paciente dá ao conhecimento técnico e aos procedimentos, embora a pergunta faça referência aos cuidados, eles remetem este, à competência para a realização de procedimentos técnicos. Identificamos o reconhecimento dos usuários quanto à capacidade técnica dos trabalhadores, que vai ao encontro dos pressupostos do cuidado humanizado quando contempla a importância das ações de eficiência técnica e científica, em consonância com a postura ética (BARBOSA *et al.*, 2013). Esta última não foi evidenciada neste discurso. Neste contexto, embora os participantes da pesquisa tenham valorizado a competência técnica, é válido destacar que o cuidado à saúde transcende o simples agir fundamentado na capacidade técnica, centrado no fazer ou nos procedimentos. É essencial que os profissionais saibam reconhecer os pacientes e seus familiares como seres humanos singulares e promovam a articulação de seu conhecimento científico ao sistema de representações populares e individualizadas da saúde-doença (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; BRASIL, 2008).

Com vistas ao DSC supracitado, podemos verificar que existe predomínio da valorização das tecnologias leve-duras de cuidado. Entretanto, não foi possível identificar a manifestação dos usuários reconhecendo as tecnologias leves como parte do cuidado recebido, embora nos discursos anteriores tal reconhecimento tenha ficado evidente. As tecnologias leves do cuidado são essenciais na construção de vínculo, tem relação com o

posicionamento ético do profissional e não podem ser desconsideradas no exercício do cuidado (MERHY, 2007)

Mesmo verificando uma percepção positiva por parte usuário ao ser questionado sobre o cuidado recebido, a referência destes participantes apenas à capacidade técnica pode sugerir que neste local exista predomínio do modelo flexneriano, contrariando o pressuposto de que o cuidado deve extrapolar a compreensão biologicista da doença e contemplar também os aspectos psicológicos, sociais e espirituais que, direta ou indiretamente influenciam o processo saúde-doença (PESSINI, 2004; FURNARI, 2005; FONTES; ALVIN, 2008).

No âmbito da percepção do cuidado, obtivemos um segundo DSC, que teve como IC a “Satisfação”:

“Eles tratam muito bem a gente, são muito bons, não tenho do que reclamar não me tratam com indiferença e são carinhosos” (P2, P3, P6, P8, P9, P12, P13, P16, P17, P20, P22).

Considerando a satisfação dos usuários, os achado oriundos deste DSC corroboram aos demonstrados por Brandão, Giovanella e Campos (2013), que avaliaram a atenção básica pela perspectiva dos usuários e encontraram resultados positivos acerca da prática dos profissionais de saúde e elevada satisfação dos usuários, situação contraposta à existência de queixas de maus tratos, desrespeito e falta de humanidade (GUEDES, HENRIQUE; LIMA, 2013). Neste DSC, a manifestação de carinho por parte dos profissionais, possivelmente, denota o estabelecimento de uma relação ou vínculo que deve ser o eixo norteador do cuidado em saúde, cuja qualidade depende das relações que são desenvolvidas e fortalecidas entre profissionais e usuários, verdadeiros parceiros na busca pela promoção da saúde (GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013).

Prosseguindo com os achados, o relatório proveniente da OSP, traz informações que reforçam os aspectos identificados nos DSC desta temática, conforme pode ser analisado a seguir:

“Os pacientes têm uma visão positiva do cuidado recebido. As poucas manifestações de insatisfação têm variações de acordo com a categoria profissional. Neste contexto, o profissional médico recebe do paciente parecer de qualidade e satisfação do usuário, ao passo que no cenário da enfermagem, mesmo aparecendo de forma esporádica é possível identificar manifestações de insatisfação quanto ao cuidado recebido”(OSP).

Mesmo que de forma tímida, a insatisfação para com a categoria da enfermagem expõe a existência de grande lacuna do que é proposto pelas políticas públicas e o que é

possível de ser realizado por aqueles que executam a política em seu dia-a-dia (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2013; GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013). Tal achado pode ser explicado pelo fato de que os profissionais da enfermagem detêm grandes cargas de trabalho, e, por conta disto, apresentam dificuldade em viabilizar um atendimento diferenciado em função da grande demanda de serviço (GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013).

Outros aspectos além do excesso de trabalho, acúmulo de vários vínculos empregatícios e remuneração insatisfatória podem interferir no processo de trabalho do profissional da enfermagem, repercutindo na insatisfação manifestada pelos usuários. Entretanto, essa realidade não pode justificar ações profissionais incompatíveis com um cuidado adequado. Em relação ao profissional médico, embora este permaneça pouco tempo com o usuário, e que em determinados DSC e momentos da OSP tenham sido demonstrados lacunas no processo de produção do cuidado por parte desses profissionais, as manifestações de insatisfação foram exclusivamente em relação aos profissionais da enfermagem. Tais resultados podem ter ocorrido também em decorrência do imaginário existente em relação à superioridade dos profissionais médicos, que não podem ser questionados ou criticados.

Considerando que as ações de cuidado em saúde envolvem a comunicação e a adequada informação, que subsidia e favorece a manifestação da autonomia, foi possível constatar que os profissionais atuantes no cenário de práticas em questão incorporaram parcialmente tais premissas em sua prática. Com exceção da percepção geral do cuidado, que obteve apenas manifestações positivas, nos demais aspectos analisados no presente estudo, identificamos um perfil discursivo caracterizado pela presença de contraposições, as quais puderam ser melhor entendidas pela OSP.

Reconhecendo as peculiaridades que envolvem o câncer e considerando que grande impacto emocional que tal doença desencadeia, a humanização é um aspecto que não pode permanecer alheio às práticas em saúde, logo, é essencial que os trabalhadores direcionem seus olhares também ao paciente e não apenas à doença.

Analisando a Política Nacional de Humanização, é possível averiguar que o exercício pleno da autonomia não está sendo promovido no contexto deste estudo, pois entre outras propostas, esta política objetiva a produção da autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados no processo saúde-doença bem como a valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão da saúde (BRASIL, 2010).

Na atenção ao paciente com câncer, é imprescindível ofertar um cuidado que visualize o paciente como um indivíduo com as suas particularidades, crenças, convicções, seus problemas, suas perdas, enfim, que traz em seu corpo as marcas da sua história. O

cuidado à saúde vai muito além de assistir através de técnicas ou procedimentos, o cuidado promove o reconhecimento do paciente como um ser singular e único.

Refletindo acerca dos aspectos que emergiram neste estudo, constatamos que, os usuários atribuíram valor às tecnologias leves e às leves-duras. Embora haja evidências consistentes de que as tecnologias leves, comunicação, adequada informação e autonomia repercutem nos resultados terapêuticos, além de perpassarem pelos direitos dos pacientes e da ética dos profissionais, estes aspectos ainda apresentam-se com importantes lacunas na produção do cuidado no cenário analisado.

Neste sentido, a implantação e incremento de ações de educação permanente, trazendo à tona a importância dos aspectos relacionais e a potência do trabalho vivo na saúde, são imprescindíveis para a melhoria do cuidado no setor estudado. Outro aspecto que necessita de debate, reflexões e mudanças, é a formação dos profissionais em saúde, com ênfase na formação em serviço. Os processos de mudanças até o presente momento foram parciais e não conseguiram uma desterritorialização do modelo médico hegemônico que opera o cuidado centrado na lógica de produção de procedimentos, logo, para obter uma transição tecnológica e organizarmos o trabalho em saúde de forma mais relacional é imprescindível que os personagens envolvidos na formação incorporem estas premissas (FRANCO; MERHY, 2013).

Finalmente, verificou-se que houve diferenças nos achados de acordo com a metodologia de coleta dos dados aplicada. Constatamos que a associação de mais de um instrumento metodológico possibilitou a ampliação dos resultados da pesquisa, visto que aspectos que passaram despercebidos na OSP foram evidenciados pelo DSC e de forma contrária, os que não foram contemplados pelo DSC ficaram visíveis com o emprego da OSP. A utilização de mais de um recurso metodológico propicia o percurso de novos caminhos, reforçando os aspectos qualitativos da pesquisa, sem desconsiderar sua fidedignidade (BELEI *et al.*, 2008), além de tornar possível o encontro de dados que certamente são importantes ao tema estudado e que não poderiam ser problematizados, não fosse a triangulação.

Na Tabela 1 estão apresentadas as principais diferenças identificadas por meio das entrevistas e da Observação Sistemática Participante.

Tabela 1- Diferenças nos achados de acordo com a temática e o recurso metodológico empregado, Brasil, 2015.

Temática	Recurso Metodológico	
	Entrevistas	OSP
Comunicação	Alívio dos sintomas Conforto Acalma Relação com o paciente Desrespeito Termos difíceis Falha ética	Influencia na relação Ruídos Estratégias de estímulo Influência do “toque” Nível social e cultural
Informação	Satisfação Vínculo Ausência de planejamento Falta de informação Outros pacientes	Nível social e cultural Dúvidas Maior intimidade com Enfermagem Pressa
Autonomia	Respeito à autonomia Protocolo Relação de domínio Autonomia de forma peculiar	Baixo empoderamento Autossuficiência do profissional Protocolo Desqualificação do outro
Percepção do usuário	Modelo flexneriano Satisfação Carinho Relação	Categorias profissionais

Fonte: Própria.

6 CONCLUSÕES

Os achados do presente estudo demonstram que, sob o ponto de vista dos usuários com corroboração da OPS, o cuidado em seu sentido mais amplo ainda não é incorporado de forma plena no cenário explorado.

A comunicação, o fornecimento da informação e o estímulo à autonomia são exercidos adequadamente em alguns momentos no setor estudado, no entanto, ainda evidenciam-se lacunas importantes em relação a tais aspectos nas práticas dos profissionais da oncologia do HRRMP. Todas as temáticas exploradas nesta pesquisa estão interligadas e são aspectos que subsidiam o cuidado. Logo, pelos achados aqui evidenciados, salienta-se a necessidade de reflexão dos profissionais acerca de suas práticas cuidadoras e do seu papel enquanto trabalhadores da saúde, visto que, mesmo na oncologia, onde as repercussões emocionais são importantes e de grande impacto, o cuidado ainda apresenta-se de forma inadequada em determinados momentos.

É essencial superar as lacunas que interferem negativamente no cuidado, pois atrelados aos conhecimentos técnicos e aos recursos de densidade tecnológica necessários ao cuidado à pessoa com câncer, são imprescindíveis e de grande repercussão terapêutica posturas profissionais mais acolhedoras e cuidadoras, bem como a responsabilização individual de cada profissional da saúde para com o ser humano.

REFERENCIAS

- AKECHI, T; OKAMURA, H; YAMAWAKI, S; UCHITOMI, Y; Why do some câncer patients with depression desire an early death and others do not? **Psychosomatics**, v. 42, n. 2, p. 141-145, 2001.
- AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 444-449, 2006.
- BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. Cuidado humanizado de enfermagem com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 546-551, 2007.
- BARBOSA, G. C.; MENEGUIM, S.; LIMA, S. A. M.; MORENO, V. Política nacional de humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 123-127, 2013.
- BELEI, R. A; GIMENIZ-PACHOAL, S.R.; NASCIMENTO, E. N.; MATSUMOTO, P. H. V. R. O uso da entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**, v. 30, p. 187-199, 2008.
- BIRMAN, J. Governabilidade, força e submissão: Freud e a filosofia política. **Psicologia USP**, v. 21, n. 3, p. 531-556, 2010.
- BODY, K.M. Medical ethics: principles, persons, and perspectives: from controversy to conversation. **Jornal of Medical Ethics**, v. 31, p. 481-486, 2005.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 4. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2001.
- BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.
- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: documentos base para os gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, DF: 2004.
- BUCKMAN, R. **Breaking bad news: a guide for health care professionals**. Baltimore: John Hopkins University Press, 1992.
- CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinariedade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 229-233, 2002.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, p.139- 146, 2004.

CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.

CHERNICHARO, I. de M.; FREITAS, F. D. da S.; FERREIRA M. de A. Representações sociais da humanização do cuidado na concepção de usuários hospitalizados. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 830-839, 2013.

COSTA, M. P. F. Ressucitação cardiopulmonar: aspectos da comunicação e do tempo. In: SILVA M. J. P. (Org.). **Qual o tempo e o cuidado: humanizando os cuidados de Enfermagem**. Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004. p. 111-122.

FILIBERTIL, A.; RIPAMONTI, C. Suicide and suicidal thoughts in câncer patients. **Tumori**, v. 88, n. 3, p. 193-199, 2002.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTES, C. A. S; ALVIM, N. A. T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapia antineoplásica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n.1, p. 77-783, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

FURNARI, M. G. Il paziente Il medico nell'età della tecnica. In: **Il paziente Il medico nell'età della cura**. FURNARI, M. G. Soveria Maneli: Rubbetino, 2005.

GUEDES, M.V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, n. 1, p. 31-37, 2013.

GLASER, J; GLASER, R. Psycho-neuro immunology: past, present, and future. **Health Psychology**, v. 8, n. 6, p. 677-682, 1989.

GOMES, E. S; ANSELMO, M. E. O.; LUNARDI FILHO, W. D. As reuniões da equipe como elemento fundamental na organização do trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 3, p. 472-480, 2000.

GOMES, C.H.R.; SILVA, P.V.; MOTA, F.F. Comunicação do diagnóstico do câncer: Análise do comportamento médico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 2, p. 139-143, 2009.

INTERNATIONAL HUMANIST AND ETHICAL UNION (IHEU) (2007). Minimum statement on humanism. Disponível em www.iheu.org Capturado em 10/11/2015.

LEFÈVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. **Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. ed. rev e ampl. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LEFÈVRE F, LEFÉVRE A. M. C. Discurso do Sujeito Coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.2, p.502-507, 2014;

LOWN, B. **A Arte perdida de curar**. 2. ed. São Paulo: JSN, 1997.

- MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MIYATA, H.; TAKAHASHI, M.; TACHIMORE, H.; KAI, I. Disclosure preference regarding cancer diagnosis and prognosis: to tell or not tell? **Jornal Medicine Ethics**, v. 31, p. 447-451, 2005.
- MINAYO, M. C. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- MIRANDA, J. M. Tecnologia autonomia e dignidade humana na área da saúde. In: SIQUEIRA, J. E.; PROTA, L. (Org.). **Bioética: estudos e reflexão**. Londrina (PR): EDUEL, 2000. p. 101-116.
- OLIVEIRA, M. E.; FENILI, R. M.; ZAMPIERI, M. F.; MARTINS, C. R. Un ensayo sobre La comunicacion en los cuidados de la enfermaria utilizando los sentidos. **Enfermería Global**, v. 8, p. 1-7, 2006.
- ONOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, v. 1, p. 669-714.
- PEGORARO, O. **A ética e bioética: da subsistência e existência**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- PERDICARIS A. A. M. A semiótica da morte e do morrer: um desafio à comunicação institucional. In: REZENDE V. L. (Org.). **Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal**. Campinas: Unicamp; 2000. p. 107-117.
- PESSINI, L. B. C. **Problemas atuais da bioética**. 8. ed. São Paulo: Loyola, Centro Universitário São Camilo, 2007.
- PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: PESSINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 12-30.
- POTT, F. S.; STAHLHOEFER, T.; FELIX J. V. C.; MEIER, M. J. Medicadas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 174-179, 2013.
- PUPLAKSIS, N. V.; RAMOS, D. L. Percepção dos alunos de instituição de ensino superior de Odontologia de São Paulo e dos usuários dos atendimentos odontológicos sobre aspectos éticos. **RPG Revista de Pós Graduação da FOU SP**, v. 13, n. 4, p. 318-323, 2006.
- PRIMO, W. Q. S. P.; GARRAFA, V. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital e mamário. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 4, p. 397-402, 2010.
- QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceito e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276-83, 2007.

RENNÓ, C. S. N.; CAMPOS, C. J. G. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 106-115, 2013.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados Paliativos**: análise de conceito. 2004. 247 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2004.

RODRIGUES, B. M. R. D; OLIVEIRA, R. R. A bioética e o cuidado em enfermagem. In: SILVA, L. D; PEREIRA, S. E. M; MESQUITA A. M. F. (Org.). **Procedimentos de enfermagem**: semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi, 2004. p. 1-22.

SANTOS, M. F. O. dos ; FERNANDES, M. G. M.; SOUZA, E. S. S.; OLIVEIRA, H. J. de.; RAMALHO, G. L. Aspectos éticos considerados na Anestesiologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 63, n. 5, p. 398-403, 2013.

SANTOS, D. V.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação do prognóstico fora de possibilidades terapêuticas: uma questão bioética. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 12, n. 5, p. 790-796, 2004.

SELLETI, J. C.; GARRAFA, V. **As raízes cristãs da autonomia**. Petrópolis: Vozes, 2005.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002.

SILVA, C. H; CUNHA. R. L; TONACO, R. B; CUNHA, T. M; DINIZ, A. C, DOMINGOS, G. G; SILVA, J. D; SANTOS, M. V; ANTOUN, M. G; DE PAULA, R. L. Not telling the truth in the patient- physician relationship. **Bioethics**, v. 17, p. 417-424, 2003.

SILVA, V. C. E. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. 2005. 219 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa Interinstitucional USP/UERL/UNOPAR, São Paulo, 2005.

SILVA, J. L. L; ANDRADE, M.; LIMA, R. A.; LOBO, E. L.; FALCÃO, L. Reflexões sobre humanização e a relevância do processo de comunicação. **Promoção da Saúde**, v. 3, n. 2, p. 9-11, 2007.

SILVA, H. B. Beneficência e paternalismo médico. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. v. 10, n. 2, p. 419-425, 2010.

SILVA, C, M, G, C, H; RODRIGUES, C. H. S.; LIMA, J. C.; JUCÁ, N. B. H.; AUGUSTO, K. L. A.; LINO, C. A.; CARVALHO, A. G. N.; ANDRADE, F. C. A.; RODRIGUES, J. V.; CAPRARA, A. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n. 1, p. 1457-1465, 2011.

SILVA, A. M. da.; SÁ, M. de C.; MIRANDA, L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. **Saúde e Sociedade**. v. 22, n. 3, p.840-852, 2013.

SILVA, V. C. E.; ZAGO, M. M. F. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 476-480, 2005.

SOARES, N. V. **A problematização dos direitos do cliente como desencadeadora da problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem.** 2000. 154f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2000.

SPIEGEL, D. Mind matters in cancer survival. **Psycho Oncology**, v. 21, n. 6, p. 588–593, 2012.

TADDEO, P. da S.; GOMES, K. W. L.; CAPRARA, A.; GOMES, A. M.de A.; OLIVEIRA, G. D. de; MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2913-2930, 2012.

TAVARES, J. S. C. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 426-35, 2005.

TORALLES-PERREIRA, M. L.; SARDENBERG, T.; MENDES, H. W. B.; OLIVEIRA, R. A. Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p.1013-1022, 2009.

TRINDADE, E. S.; AZAMBUJA, L. E. O de; ANDRADE, J. P.; GARRAFA, V. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 1, p. 68-74, 2007.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 1, p. 55-63, 2004.

WOOD-LOBIONDO, G; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

ZABOLI, E. L. C. P.; SARTORIO, N. A. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. **O mundo da saúde**, v. 30, n. 3, p. 382-97, 2006.

ZABOLI, E. L. C. P. E. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 316-20, 2007.

APÊNDICE A- ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1) Sexo: ()F ()M

2) Idade: _____anos

3) Tempo de Tratamento: _____

4) Diagnóstico médico:_____

5) Conte como aconteceu para que você chegasse a este serviço?

6) Fale um pouco como as informações sobre diagnóstico e tratamento são realizados aqui no HR, quem lhe informou? Ficou satisfeito com as informações recebidas ou teve muitas dúvidas?

7) Sente-se a vontade para questionar os profissionais que lhe atendem sobre sua doença, exames e tratamento? Suas perguntas são respondidas satisfatoriamente?

8) Como o tratamento foi apresentado a você? Em cada nova etapa você recebe esclarecimentos e orientações sobre seu tratamento?

9) Qual sua opinião sobre a forma como ocorre a comunicação entre paciente e profissionais? Por quê?

10) Como você tem visto a sua participação nas tomadas de decisões sobre do seu tratamento?

11) Como você percebe/ vê a prática dos profissionais em seu cuidado?

APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DE PROFISSIONAL DA ÁREA PARA AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DE ENTREVISTA

Apresento-lhes o presente roteiro de entrevista que foi construído para efetuar a coleta de dados da dissertação: “Percepções do paciente oncológico com a abordagem profissional” da mestrandia Melina Raquel Theobald que tem como orientadora a Prof.^a Dr.^a. Mara Lisiane dos Santos.

O estudo tem como objetivo geral analisar as percepções do paciente oncológico acerca da abordagem praticada pelos profissionais de saúde responsáveis pelo seu cuidado, no que tange ao respeito da autonomia, cuidado humanizado, direito a informação, liberdade de expressar dúvidas e sentimentos.

Quando aos objetivos específicos o estudo propõem-se: verificar a presença de conduta profissional dotada de humanização, adequada informação e respeito à autonomia do paciente e identificar qual a categoria que oferece atenção mais humanizada.

Através da validação do roteiro, busca-se avaliar se as questões presentes são capazes de responder o que o estudo se propõem a investigar. Desta forma solicita-se que o senhor (a) avaliador (a) sua contribuição quanto a validade semântica do instrumento. A relevância deste instrumento se dá ao fato de que são escassos os instrumentos quantitativos para analisar a abordagem profissional na oncologia e os efeitos desta na saúde do paciente.

Antecipadamente, agradeço a atenção e a contribuição para a validação deste instrumento, viabilizando o andamento do estudo.

Atenciosamente, Melina Raquel Theobald

APÊNDICE B- CONTINUAÇÃO

Avaliação do profissional da área acerca do roteiro de entrevistas

Questões	A questão responde ao item que o estudo se propõe a investigar. Marque um X em caso afirmativo	Comentários/Sugestões
<p>1) Conte como aconteceu para que você chegasse este serviço?</p> <p>Questão que objetiva identificar a descoberta da doenças e os processos envolvidos nesta ocasião</p>		
<p>2) Fale um pouco como as informações sobre diagnóstico e tratamento são realizados aqui no HR, quem lhe transmitiu estas informações? Ficou satisfeito com as informações recebido ou tem muitas dúvidas?</p> <p>Questão que objetiva identificar como aspectos da comunicação e informação são efetuados no serviço</p>		
<p>3) Sente-se a vontade para questionar os profissionais que lhe atendem sobre sua doença, exames e tratamento? Suas perguntas são respondidas satisfatoriamente?</p> <p>Questão que objetiva identificar a relação entre pacientes e profissionais</p>		
<p>4) Como o tratamento foi apresentado a você? Em cada nova etapa você recebe esclarecimentos e orientações sobre seu tratamento?</p> <p>Objetiva averiguar se o direito à informação está sendo respeitado e se este momento</p>		

detém postura profissional humanista e acolhedora.		
<p>5) Qual sua opinião sobre a forma que comunicação entre paciente e profissionais é realizada? Por quê?</p> <p>Questão que pretende visualizar a forma que a comunicação dos profissionais de saúde se faz aos pacientes oncológicos.</p>		
<p>6) Como você tem visto a sua participação nas tomadas de decisões sobre o seu tratamento?</p> <p>Questão que busca reconhecer o respeito à autonomia do paciente.</p>		
<p>7) Como você percebe/ vê a prática dos profissionais em seu cuidado?</p> <p>Questão que busca identificar a opinião do paciente sobre a prática dos profissionais</p>		

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Percepções do paciente oncológico acerca da abordagem profissional” cujo principal objetivo é analisar as opiniões do paciente oncológico acerca da conduta praticada pelos profissionais de saúde responsáveis pelo seu cuidado.

Tal estudo realizará coleta de dados através uma entrevista. A entrevista será registrada através de gravador.

Para que seja alcançado tal objetivo, julgamos significativa sua contribuição no sentido de que possa responder a entrevista, com base na experiência com os profissionais de saúde que lhe atendem. Serão participantes dessa pesquisa os pacientes que apresentarem quadro clínico estável, que estejam com adequado nível de consciência, ou seja, confusão/desorientação mental ausentes, tranquilos, conscientes e orientados no tempo/espço. Serão excluídos da pesquisa os pacientes que apresentarem dificuldade de fala, compreensão, expressão, presença de desconforto (dor, náuseas, tontura, hêmese, etc).

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

Reitera-se que a pesquisa não trará riscos severos imediatos ou futuros aos sujeitos, entretanto se reconhece a possibilidade de desconforto, insegurança e constrangimento do paciente durante a realização da entrevista. Todavia, na ocorrência destas perturbações, o participante tem liberdade de desistência em qualquer instante.

Os benefícios deste estudo são indiretos, considerando que a utilização dos dados ocorrerá em momento subsequente à finalização da pesquisa, para a reorientação de ações e propostas referentes a um cuidado provido de humanização na oncologia.

Diante da identificação de dificuldade para responder alguma pergunta, a pesquisadora fará exemplificações e detalhamentos que potencializarão a compreensão do entrevistado. Entretanto, se mesmo após estas, persistir o receio de responder do sujeito, a pergunta permanecerá em aberto, sem resposta e seguirá com a entrevista fundamentada nas questões seguintes. Antes do início da coleta dos dados, o pesquisador disponibilizará a escolha do lugar ao sujeito para realização da entrevista, conferindo a este a opção de um lugar tranquilo e reservado ou o conforto do próprio leito.

Rúbrica sujeito: _____

Rúbrica pesquisador: _____

Campo Grande, _____ de _____ de 2015

O pesquisador irá tratar a sua identidade de forma sigilosa. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados coletados (entrevistas gravadas) ficarão sob a guarda e a responsabilidade do pesquisador, por período de cinco anos e serão armazenados em pen drive, específico para esse fim, posteriormente a este prazo, o registro das entrevistas serão descartados.

Para tirar dúvidas quanto a sua participação na pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos-UFMS, pelo telefone (67) 3345-7187, ou com a pesquisadora Melina Raquel Theobald, através do telefone (67) 8154-4040, conforme previsto em Resolução 466/12.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Pedimos permissão para que se possa analisar e divulgar as informações obtidas com finalidade de propiciar o completo aproveitamento das informações.

Eu, _____
declaro ter sido suficientemente informado(a) sobre a realização desta entrevista assim como de sua finalidade e dou pleno consentimento de execução. Por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em minha posse.

Assinatura do(a) entrevistado(a)


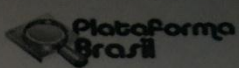
Local e data

Pesquisadora: Melina Raquel Theobald
Telefone para contato: (67) 8154-4040

APÊNDICE F**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA**

1) Como o processo de transmissão de informações sobre a patologia, tratamento e prognóstico é efetuado no serviço?
2) Como é praticada a comunicação dos profissionais para com os pacientes?
3) Como ocorre a participação do paciente no processo terapêutico?
4) Qual a percepção geral do cuidado recebido no serviço?

ANEXO A- PARECER DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL - UFMS	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Percepções do paciente oncológico acerca da abordagem profissional		
Pesquisador: MELINA RAQUEL THEOBALD		
Área Temática:		
Versão: 4		
CAAE: 36392914.6.0000.0021		
Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 890.370		
Data da Relatoria: 27/11/2014		
Apresentação do Projeto:		
<p>O diagnóstico do câncer desencadeia reações orgânicas e emocionais, provocando sentimentos, desequilíbrios e conflitos internos, além de causar sofrimentos que pode acarretar desorganização psíquica. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e transversal que tem como objetivo identificar as percepções do paciente oncológico acerca da abordagem profissional recebida, constituindo-se como uma possibilidade de reflexão acerca da assistência prestada a esses pacientes à luz das propostas do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob a ótica de uma abordagem humanística. Serão sujeitos dessa pesquisa os pacientes adultos internados no setor de Oncologia do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS), junto aos quais será realizada uma entrevista semi-estruturada, que terá seu roteiro validado pela opinião de profissionais na área temática. Devido à relevância desta patologia e dos reflexos da mesma para o paciente, faz-se necessário compreender as percepções do paciente sobre a abordagem profissional, visto que, esta pode influenciar no prognóstico e nos sentimentos destes usuários. Tendo em vista que o HRMS é uma referência para o tratamento do câncer no estado de Mato Grosso do Sul, tais dados contribuirão para que a atenção ao paciente com câncer seja executada de forma mais humanizada, buscando a integralidade e qualificando a rede de atenção à saúde.</p>		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo Geral:		
Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS		
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110		
UF: MS Município: CAMPO GRANDE		
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br		

CONTINUAÇÃO ANEXO A- PARECER DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 890.370

Analisar as percepções do paciente oncológico acerca da abordagem praticada pelos profissionais de saúde responsáveis pelo seu cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Reitera-se que a pesquisa não trará riscos severos imediatos ou futuros aos sujeitos, entretanto, se reconhece a possibilidade de desconforto, insegurança e constrangimento do paciente durante a realização da entrevista. Neste contexto, diante da identificação dos aspectos mencionados, a pesquisadora indagará ao participante se o mesmo deseja continuar a entrevista, oferecendo liberdade de desistência em qualquer instante ao sujeito. Na ocorrência de qualquer evento danoso não previsto, a pesquisa será suspensa. Os benefícios deste estudo são indiretos, considerando que a utilização dos dados ocorrerá em momento subsequente à finalização da pesquisa, para a reorientação de ações e propostas referentes a um cuidado provido de humanização na oncologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa viável, com possibilidade de melhoria da assistência profissional aos pacientes oncológicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto referendada pela Coordenadora do Mestrado em Enfermagem - UFMS.

Autorização da Coordenação da Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.

Ficha de entrevista para sujeitos da pesquisa.

Ficha de avaliação para sujeitos da pesquisa profissionais.

TCLE para os sujeitos da pesquisa adequada.

TCLE para avaliadores adequado.

Cronograma adequado.

Orçamento próprio adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br

CONTINUAÇÃO ANEXO A- PARECER DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 890.370

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 28 de Novembro de 2014

Assinado por:
Edilson dos Reis
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

