

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**RANIERY NASCIMENTO MATOS**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: A HUMANIZAÇÃO AO  
PACIENTE IDOSO COM CÂNCER**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**RANIERY NASCIMENTO MATOS**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: A HUMANIZAÇÃO AO  
PACIENTE IDOSO COM CÂNCER**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Dr

**Prof. Orientador: Me. Inácio Alberto Pereira Costa**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: A HUMANIZAÇÃO AO PACIENTE IDOSO COM CÂNCER** de autoria do aluno **RANIERY NASCIMENTO MATOS**, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado \_\_\_\_\_ no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.

---

**Prof. Me. Inácio Alberto Pereira Costa**  
Orientador da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico primeiramente a Jesus Cristo, Meu Senhor e Rei que me sustentou e me impulsionou buscar vida nova a cada dia dessa trajetória. Aos meus pais Isan & Sônia; pelo esforço, dedicação e compreensão, em todos os momentos desta e de outras caminhadas.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço a Deus, pela oportunidade e privilégio, por ter concedido de sua infinita sabedoria, para realizar nossos sonhos.

Em particular à minha esposa e filha, que tanto privaram-se de minha presença durante o período de estudo, que tanto ajudaram-me, mesmo nas horas mais difíceis de nossas vidas, sempre encorajando-nos, dando o incentivo que tanto precisávamos.

Ao meu orientador Inácio Alberto Pereira Costa pelo incentivo e paciência, simpatia e presteza no auxílio às atividades e discussões sobre o andamento e normatização deste Trabalho de Conclusão de Curso. Meu muito Obrigado!

A todos os professores, pelo carinho, dedicação e entusiasmo demonstrado ao longo do curso.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram para a elaboração deste trabalho.

*“O enfermeiro que se propõe a trabalhar na coletividade tem a missão de manter e promover a saúde”.*

*FIGUEIREDO, N. M. A., 2005.*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>21</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>22</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>27</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>29</b>

## LISTAS DE FIGURA

<b>Figura 1:</b> Folder frente.....	<b>19</b>
<b>Figura 2:</b> Folder verso.....	<b>34</b>



## **LISTAS DE ABREVIATURAS**

**DNA** - ácido desoxirribonucleico

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**MS** – Ministério da Saúde

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PNHAH** - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

**SESAU/RR** – Secretária de Estado da Saúde de Roraima

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**WHS**A - World Health Statistics Annuals

## RESUMO

Este estudo buscou além da reflexão do profissional de enfermagem a um atendimento mais humanizado, a busca de uma melhor sistematização das ações assistenciais, desvinculando o idoso frente ao câncer em sua vida, mediante a aplicação da metodologia de intervenção direcionada pela abordagem de material educativo sobre as principais ações que este deve atentar durante o tratamento. Os sujeitos os profissionais de enfermagem lotados na Unidade Hospitalar de Média Complexidade Hospital Coronel Mota. A análise esperada concentra-se que cada profissional compreenda a importância de realizar um atendimento mais humanizado ajudando o idoso com câncer e ambiguidades no enfrentamento do câncer, as quais revelaram a doença, referente à aceitação, resignação e medo. Estes pacientes podem conviver com a doença, porém atenta-se para as contradições, desvendando o sofrimento que carregam em decorrência do conviver com uma doença tão complexa como o câncer. Evidenciou-se, assim, a multiplicidade de sentimentos que permeiam o mundo-vida dos idosos portadores de câncer, requerendo uma assistência de enfermagem mais humanizada, que busque um atendimento holístico.

Palavras-chave: Câncer - idoso - humanização.

## 1 INTRODUÇÃO

No mundo atual, pode-se observar o aumento acelerado no número de idosos com melhoria na sua qualidade e expectativa de vida. Desta forma, a população idosa está cada vez mais ativa, em razão disso devemos nos preocupar com as doenças crônicas não transmissíveis, entre elas o Câncer.

Segundo Alencar (2007), as estatísticas mostram que uma grande parte da população chega a idades avançadas, porém, a preocupação atual não se concentra apenas na longevidade experimentada por muitos, mas com a boa qualidade de vida, sonhada por todos e vivida por alguns.

Historicamente, a qualidade de vida dos idosos tem sido negada e anulada em sua dimensão, e quando analisada, é feita de forma superficial, sem humanização e às vezes até ignorada, onde conseqüentemente constroem-se estereótipos negativos para os idosos no Brasil.

Segundo estimativas do IBGE (2010), o número de idosos chegava a 6,4 milhões no ano de 1999, em 2009, passou a 9,7 milhões, representando 5,1% em relação à proporção de idosos na população, demonstrando o aumento da longevidade no país. No início do século XX, o brasileiro vivia em média 33 anos e, em 2000, a expectativa de vida dos brasileiros, atingiu 73,1 anos. Nos próximos 20 anos, a população de idosos poderá ultrapassar os 30 milhões e deverá representar quase 13% da população.

Quando se reporta a dados estatísticos de que o país caminha para um perfil demográfico cada vez mais envelhecido, onde os casos de câncer são mais comuns nessa faixa etária têm se evidenciado, justificando a relevância deste estudo. A publicidade desses dados contribuirá para que os profissionais de saúde proporcionem elementos para criar estratégias que incluam os idosos na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, focando o câncer, humanizando o seu diagnóstico, tratamento, evolução e acompanhamento.

Portanto é a partir desta constatação e analisando o tema em questão que o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), e depois a Política Nacional de Humanização (PNH), visando um atendimento humanizado, por isso é essencial para que profissionais exerçam suas atividades laborais em uma Unidade Hospitalar de Média Complexidade aonde possam interagir no serviço prestado, de uma forma que gere vínculo e entendimento harmonioso e favorável ao restabelecimento ou

prevenção da saúde dos idosos, por isso faz necessário à realização de uma pesquisa sobre o referido assunto (PNHAH, 2001).

Contudo este trabalho tem como objetivo geral de convencionar o profissional de enfermagem que atua em uma unidade ambulatorial de media complexidade para um atendimento mais humanizado, sistematizando ações assistenciais, através de material educativo mais especificamente folders que proporcione uma leitura rápida que possa ser feita no transcorrer do plantão e orientando-os com breves informações que tratarão desta problemática promovendo a aderência a um ambiente mais humanizado entre o profissional e o paciente. Em virtude disso o trabalho foi elaborado com a finalidade de contribuir na promoção de uma alternativa a ser adotada, a qual poderá ser utilizada como uma das ferramentas a auxiliares para a humanização, concorrendo para a educação dos profissionais de enfermagem lhe oferecendo posturas a serem adotadas quando ao atendimento.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 O ENVELHECIMENTO

Para Silva (2008), a escassez de campanhas dirigidas aos idosos para a prevenção de doenças crônicas não transmitidas, aliada ao preconceito em relação à expectativa de vida e a falta de um atendimento humanizado, expõe um segmento importante da população ao risco de não prevenir o câncer. Tendo em vista, que a grande maioria dos usuários da rede do Sistema Único de Saúde – SUS pode imaginar ou pensar no ambiente hospitalar como local hostil, e isso se evidenciam mais se pensarmos se o cliente for idoso, pois os serviços de saúde estão estigmatizados quanto à falta de um atendimento mais humanizado. E foi com essa finalidade de promover uma alternativa a ser adotada, a qual poderá ser utilizada como uma das ferramentas a auxiliar nesse processo, concorrendo para a educação dos profissionais de enfermagem lhe oferecendo posturas a serem adotadas quanto no atendimento, para assim prestar uma assistência de enfermagem humanizada.

Devido às características do processo de envelhecimento, onde o câncer é frequentemente diagnosticado depois de extensa investigação e por exclusão de outras doenças comuns à terceira idade, onde o atraso no diagnóstico correto implica no início tardio do tratamento e como consequência, o agravamento da doença até a morte. (SILVA, 2008).

O processo humano de crescer, reproduzir e envelhecer faz parte do ciclo natural da vida, e geralmente essa etapa evolutiva divide-se em fase de crescimento e desenvolvimento, fase reprodutiva e a senescência, (ALENCAR, 2007).

Em muitas culturas e civilizações, principalmente as orientais, o idoso são tratados com respeito e veneração, representando uma fonte de experiência de valioso saber acumulado ao longo dos anos, da prudência e da reflexão. Enquanto em outras, o idoso representa "o velho", "o ultrapassado" e "a falência múltipla do potencial do ser humano" (IORIO, 2004 p. 16).

Freitas et al., (2006), contesta esta ideia e diz que:

[...] com avanço da idade, não há perda necessária da inteligência. Porém os idosos têm um desempenho menos satisfatório nas aptidões psicomotoras, como testes que exigem rapidez, agilidade mental e coordenação.

Contudo, Alencar (2007), considera que o ser idoso não é uma fantasia, e sim uma condição aparente, a qual produz, de certo modo, as possibilidades de atitudes e de um relacionamento social e afetivo.

### **2.1.1 O envelhecimento no Brasil**

No início da década de 80, a organização World Health Statistics Annuals (WHS), projetou que o Brasil sairia da 16º país com maior contingente de idosos no mundo em 1950, para 7º no ano 2000 (GARRIDO; MENEZES, 2002).

Os dados reportam que no Brasil hoje tenha 10% da população ativa com mais de 60 anos e chegará a 30% em 2050. Em 2006, a população idosa aumentou em 2,5 milhões de indivíduos, um crescimento de mais de 14%, enquanto o restante da população cresceu apenas 3% (IBGE, 2008).

Avaliando a existência de uma “Quarta Idade” que juntaria indivíduos com 80 anos ou mais, onde, para esta faixa etária, alcançará uma representatividade de 4,5 milhões pessoas idosas em até 2020. Nota-se então que nossos referenciais sobre a velhice e tudo o que se conjecturava saber é insuficiente para determinar o que se recentemente concebe como terceira idade, pois a realidade brasileira marginaliza as pessoas idosas. Porém este pensamento vem mudando, os novos referenciais de idosos, têm se destacado, eles têm sido personagens, intelectuais, políticos, artistas, com mais de 60 anos, surgem nos meios de comunicação social, contradizendo antigos estereótipos ao evidenciarem inteligência, versatilidade, perspicácia, audácia, boa forma, bom humor, dentre outras peculiares, divulgando que também na velhice podem ser bem-sucedidos. E, isso acaba por modificar também o idoso comum, que vai se sentir estimulado a também buscar aperfeiçoar suas relações interpessoais (ALMEIDA, T. 2008a).

Esta marginalização ainda não se extinguiu do Brasil, por que segundo Garrido e Menezes (2002), ainda são poucas as ações incluídas ao bem-estar da população idosa. Vagarosamente nascem núcleos de convivência instalados em clubes, paróquias e entre outros. Também Surgem, instituições abertas da terceira idade que, além de prestarem um admirável serviço à sociedade idosa, aumentam pesquisas na área da gerontologia.

Almeida T.(2008b), ainda enfatiza que alguns ainda preferem direcionar suas vidas para a religiosidade, a contemplação, fazer trabalhos humanitários e sociais, investindo na vida de outra forma e sentem-se felizes em agir assim.

O que temos que pensar é nos dados estatísticos que mostram a expectativa de vida, onde passou de 45/50 anos para 72/86 anos entre 1940 e 2008 Respectivamente. E em 2050, estima-se que o brasileiro, em média, viverá 81 anos, e 14 milhões de indivíduos passarão dos 80 anos de vida (IBGE 2009).

## 2.2 A HUMANIZAÇÃO

Para Silva (2008), a escassez de campanhas dirigidas aos idosos para a prevenção de doenças crônicas não transmitidas, aliada ao preconceito em relação à expectativa de vida e a falta de um atendimento humanizado, expõe um segmento importante da população ao risco de não prevenir o câncer. Tendo em vista, que a grande maioria dos usuários da rede do Sistema Único de Saúde – SUS pode imaginar ou pensar no ambiente hospitalar como local hostil, e isso se evidenciam mais se pensarmos se o cliente for idoso, pois os serviços de saúde estão estigmatizados quanto à falta de um atendimento mais humanizado. Sendo esta finalidade de promover uma alternativa a ser adotada, a qual poderá ser utilizada como uma das ferramentas a auxiliar nesse processo, concorrendo para a educação dos profissionais de enfermagem lhe oferecendo posturas a serem adotadas quanto no atendimento, para assim prestar uma assistência de enfermagem humanizada.

Devido às características do processo de envelhecimento, onde o câncer frequentemente diagnosticado depois de extensa investigação e por exclusão de outras doenças comuns à terceira idade, onde o atraso no diagnóstico correto implica no início tardio do tratamento e como consequência, o agravamento da doença até a morte. (SILVA, 2008).

O Ministério da Saúde tem como prioridade o fortalecimento da Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH é um recurso de grande relevância para garantir a qualidade dos serviços em saúde, através de seus vários dispositivos como acolhimento, ambiência, Apoio à equipe Matricial e Humanização (PNH, 2004).

O processo de humanizar a assistência depende de reascender a chama do cuidar, de tornar mais sensível ao que está dormente, pois o avanço da tecnologia no que tange a assistência em saúde, a qual evoluiu de maneira surpreendente nas últimas décadas, o que se pode observar também de maneira inversa é a diminuição da interação profissional paciente, a relação ficou mais fria e menos confiante, os profissionais quase que instintivamente se

restringem a obter respostas do estado de seus pacientes através dos resultados de exames que lhe são apresentados, sejam de imagem ou laboratoriais (PNH, 2004).

Atualmente nas grades curriculares de profissionais da saúde é dada grande ênfase no preparo técnico, no desenvolvimento de habilidades que resolvam o problema de saúde de algum paciente quase que de forma mecânica, automatizada, isto é importante, mas não se pode esquecer que os conceitos de bioética devem ser valorizados tanto quanto os demais, o profissional deve estar preparado no todo (PNHAH, 2001).

A ação de humanizar promove o respeito à vida humana, no que tange as relações sociais, éticas, educacionais e psíquicas. Deve complementar os aspectos técnico-científicos os quais se sustentam na objetividade, no conhecimento especializado, nas generalidades e causalidades. Valorizar o estado emocional que é inseparável do físico e biológico, acolher de forma ética, reconhecendo os limites, mesclar o conhecimento técnico-científico conhecido e dominado com o imprevisível, incontrolável diferente e singular (PNHAH, 2001).

### 2.3 A HUMANIZAÇÃO QUE O IDOSO PRECISA

Segundo Alencar (2007), o envelhecimento, caracteriza-se por um processo individual, natural, para qualquer indivíduo, no desenvolvimento da vida. Nesta etapa ocorrem alterações biológicas, fisiológicas, psicossociais, econômicas e também políticas.

No Brasil, as necessidades de saúde de sua população não são plenamente atendidas pelas políticas públicas. Isso pode resultar em uma população idosa com altos níveis de doenças crônicas não transmissíveis e baixa autonomia (CAMARANO, 2004).

No ano de 1982, em Viena o mundo presenciou a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que foi o primeiro fórum intergovernamental voltado para a questão do envelhecimento populacional, e resultou na aprovação de um plano global de ação que foi considerado um avanço, pois até então a questão do envelhecimento não era foco de atenção nem das assembleias gerais, nem de nenhuma agência especializada das Nações Unidas, (CAMARANO; PASINATO, 2004, p.253-292).

Para Camarano e Pasinato (2004), o plano teve como objetivo garantir a segurança econômica e social das pessoas idosas e identificar oportunidades para integrar os idosos ao processo de desenvolvimento de seu país.



Isso somente será possível se o processo de humanizar a assistência depende de reascender essa chama, de tornar sensível o que está dormente, pois é a humanização que promoverá o respeito à vida humana, as relações sociais, éticas, educacionais e psíquicas (BRASIL, 2004).

A partir desta assembleia países em desenvolvimento passaram a incorporar, gradativamente, a questão do envelhecimento em suas agendas políticas, na América Latina o Brasil modificou na sua constituição, em diferentes graus, estabelecendo leis que favoreciam a população idosa (ALENCAR, 2007 p. 23).

Segundo Fernandes e Santos (2007, p. 53), os principais direitos do idoso encontram-se no artigo 3º, do Estatuto do Idoso o qual preceitua:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária,

Mesmo diante dos preceitos da Constituição Federal de 1988, onde seus preceitos foram um grande avanço quanto ao papel do Estado na proteção ao idoso, os cuidados, os esclarecimentos e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, não são mencionados e a família continua sendo a principal responsável pelo cuidado. Contudo, os idosos traçam fortalecimento no espaço público através de movimento social, fóruns e Conselhos de idosos, que lhes toleram se distribuírem pela consolidação de ideais democráticas, como a vitória de sua cidadania, reinventando sua adequada velhice (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 253-292).

## 2.4 CÂNCER

Doença causada em quase todos os casos, por mutações de genes celulares que controlam o crescimento e a mitose celular. Esses genes mutantes são chamados de oncogenes. Em geral, dois ou mais oncogenes devem estar presentes em uma célula antes que ela fique cancerosa. (BRASIL, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os genes são segmentos do ácido desoxirribonucleico (DNA). O DNA serve como reservatório das moléculas de informação

genética que controlam os desempenhos habituais das células. Quando danificada, a célula se divide descontroladamente e produz novas células anormais. Caso os sistemas de reparo e imunológico falhem na tarefa de destruir e limitar essas células anormais, as novas vão se tornando cada vez mais anormais, eventualmente produzindo células cancerosas (OMS, 2003).

O processo patológico do câncer começa quando uma célula é transformada por mutação genética do DNA celular. Um clone da célula normal forma outro clone e assim prolifera-se de maneira anormal, podendo infiltrar tecidos em circunvizinhos e ganhar acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos, adquirindo assim características invasivas que são disseminadas a outros lugares do corpo. Este fenômeno se chama metástase. A notícia do diagnóstico de câncer para um idoso parece ecoa como um choque, pois se estigmatizou que o câncer é uma doença cheia de mistérios, preconceitos e está diretamente associado a dor e sofrimento e que uma vez diagnosticado se torna uma inapelável sentença de mutilação e morte. Porém, é importante ressaltar que os avanços da medicina diminuíram o estigma sobre o câncer. (INCA, 2014).

## 2.5 CÂNCER E OS IDOSOS

Os dados epidemiológicos são alarmantes. Estima-se que em 2014 existiam 580 mil novos casos de pessoas com câncer (INCA, 2014).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), também informou que os cânceres mais incidentes na população brasileira no próximo ano serão pele não melanoma (182 mil), próstata (69 mil); mama (57 mil); cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil) e estômago (20 mil). Ao todo estão relacionados na publicação os 19 tipos de câncer mais incidentes, sendo 14 na população masculina e 17 na feminina (INCA, 2014).

A terceira idade da população tem influência direta na área da Saúde, fato que está relacionado principalmente ao aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas como o câncer. Esta patologia está ligada principalmente aos hábitos e estilo de vida. As causas para os elevados casos de câncer entre a população idosa são multifatoriais. Onde o aumento do câncer está espontaneamente ligado ao processo de envelhecimento celular. À medida que os anos avançam as agressões externas (como o fumo, sol, substâncias químicas, vírus) geram um acúmulo de danos ao DNA e permitem o aparecimento das primeiras células geradoras

dos tumores malignos. Por essa razão, a maior idade é um fator de risco para a formação das neoplasias malignas (OMS, 2003).

Segundo MS (2006), no período de 1980 a 2000, observou-se o aumento na taxa de incidência e de mortalidade devido ao câncer na população com mais de 60 anos:

”...existe uma relação entre o envelhecimento da população e o aumento da incidência de câncer, pois as pessoas que vivem mais, ficam mais tempo expostas aos agentes externos causadores da doença”.

A mortalidade referente ao o câncer de próstata apresentou um aumento significativo e alarmante, entre pessoas acima de 90 anos de idade, cerca 800 mortes por 100 mil habitantes, já em relação ao câncer de mama, os dados são menor, porem preocupante, devido à falha na prevenção, mas o aumento da mortalidade em grande parte dos casos, a doença só é descoberta em estágios avançados, reduzindo as possibilidades de cura (MS, 2006).

## 2.6 EVOLUÇÃO DO CANCER NA TERCEIRA IDADE

Os indivíduos com mais de 65 anos de idade tem onze vezes mais probabilidade de desenvolver câncer do que uma pessoa mais jovem. Ainda de acordo com esses dados, uma em cada três mulheres e um em cada quatro homens, entre 60 e 79 anos, desenvolverão algum tipo de câncer (OMS, 2003).

Segundo a OMS (2003), os tipos de câncer com mais incidência nos idosos são os tumores de pele, sendo o Brasil o segundo país do mundo em incidência desse tipo de câncer, atrás apenas da Austrália. Os tumores ginecológicos e de mama na mulher, os tumores de próstata e vias urinárias no homem também são bastante comuns e o de pulmão.

O tratamento para o câncer pode ser por procedimento cirúrgico, também através da hormonioterapia, radioterapia, quimioterapia. O tipo de tratamento irá depender do período da doença. Além disso, esses tratamentos podem ser usados de forma combinada. O tratamento causa temor aos pacientes, devido aos efeitos colaterais, desequilíbrio físico e psicológico demonstrado através da indignação, revolta, insatisfação e aflição (INCA, 2014).

A assistência do tratamento do câncer se dá através da organização do sistema de saúde que é dividida entre o Sistema Único de Saúde (SUS), financiado pelo Ministério da Saúde (MS), e o sistema privado (BRASIL, 2006).

## 2.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Ao assistir um paciente, o profissional de enfermagem deve avaliar o seu cuidado, considerando os princípios bioéticos que devem nortear sua prática, respeitando o mesmo e fazendo com que o cuidado não se torne apenas o emprego de técnicas de enfermagem, mas sim um cuidado no todo, considerando não apenas as necessidades biológicas, mas também as emocionais. Desta forma as relações interpessoais e a qualidade na assistência serão melhoradas viabilizando uma assistência mais digna (Montezeli, 2009).

Conforme Montezeli (2009), o atendimento dos idosos por uma equipe multiprofissional com alto nível de conhecimentos técnico-científicos, o que apesar de ser vantajoso, propicia um atendimento que supervaloriza a técnica em detrimento da humanização.

Pode-se perceber que a assistência de enfermagem para ser bem empregada, carece do todo, não somente da técnica, mas de se considerar a individualidade de cada um, de ter consciência que a subjetividade influencia na percepção de quem recebe o atendimento, se para bom ou ruim, e isso é determinante na sua recuperação (GALLO, 2009).

A prestação do cuidado deve demonstrar interesse, respeito, sensibilidade, através da postura, tom de voz, toques, gestos e palavras. É a verdadeira arte e ciência do cuidado, o conhecimento, a intuição, experiência, as habilidades manuais, é a união disso tudo em uma expressão de sensibilidade (MONTEZELI, 2009).

## 2.8 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde enfatizando humanização dos serviços de saúde, nas relações, nos atendimentos e rejeitando o preconceito, prevê a implementação de uma política específica, a qual vem substituir o PNHAH o qual buscou implementar no Sistema Único de Saúde (SUS) o conceito de atendimento humanizado. Então se definiu a PNH através das práticas de gestão através de políticas públicas e coletivas. Essa humanização deve ser vista como uma política que opere transversalmente em toda rede pública, caracterizando-se como uma construção coletiva (FALK, 2006).

A humanização estar na forma como agimos no cotidiano, nas práticas em saúde, direcionada para homens e mulheres que formam o SUS, com o desenvolvimento do seu

trabalho ao atender os usuários dos serviços de saúde, esse conjunto de experiências diversas que constroem a política de humanização (FALK, 2006).

Previsto pela PNH no documento base para gestores e trabalhadores do SUS premissas básicas como: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de corresponsabilidade; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, focando a necessidade dos cidadãos e a produção de saúde; o compromisso com a ambiência, otimização no trabalho e no atendimento (BRASIL, 2006).

### 3 MÉTODO

Esta pesquisa concentra-se em uma nova modalidade assistencial e os recursos tecnológicos utilizados foram focados para as tecnologias do cuidado, de administração e educação, sendo assim, numa tecnologia convergente assistencial, objetiva encontrar soluções sobre a humanização da assistência de enfermagem, visando o reconhecimento de si mesmo como sujeito de transformação do ambiente, em um Hospital público da cidade de Boa Vista, em Roraima, visando demonstrar ao profissional de enfermagem que atua nesta unidade ambulatorial de média complexidade, a importância do atendimento voltado aos preceitos humanísticos.

A confecção do material educativo (folders), que trará informações relevantes à humanização ao paciente idoso com câncer, onde será sugerida a distribuição do mesmo entre os profissionais de enfermagem lotados no Hospital Coronel Mota, nos quais estará descrito a importância da humanização na assistência de enfermagem, dando orientações breves e sucintas, que poderão despertar o desejo de aprofundar o conhecimento na área, além de apurar o senso ético do profissional.

Será realizada uma breve explanação sobre a ação e o que se espera desta ação, a melhora no atendimento através de uma interação humanizada entre profissionais e usuários e ao ser distribuídos os folders, observada a aceitação da população alvo, suas opiniões, críticas e sugestões. A partir desta, busca-se a melhoria do projeto o qual poderá ser reaplicado futuramente de uma maneira mais adequada a realidade local, procurando atingir seus objetivos de maneira mais contundente.

Utilizado o material do referencial teórico para a elaboração dos folders, sendo aquele construído a partir de pesquisas de artigos, políticas e programas de governo, sendo assim não houve a participação de sujeitos, não houve pesquisa de campo e não foram utilizados dados de particulares e nem observadas condutas assistenciais, devido isto não se fez necessário que o projeto fosse submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

## 4 RESULTADO E ANÁLISE

O local escolhido para a aplicação do projeto foi o Hospital Coronel Mota uma Unidade Hospitalar Ambulatorial de Média Complexidade, por ser descrito no tema do trabalho, e estar inserido no problema encontrado.

Os problemas de atendimento encontrados nos mais diversos lugares do Brasil também podem ser observados em Roraima, falta de espaços adequados estrutura arcaica e desarmonizada e fora do padrão, foi por essas razões que decidimos ser um agente de transformação e a maior forma de transformar é a educação, daí surgiu à ideia de produzir um material educativo,

O material confeccionado trata-se de um material educativo (folder), conforme figura 1 e 2 abaixo, no qual possui alguns assuntos concernentes à humanização na assistência de enfermagem.



Figura 1: Folder frente



Figura 2: Folder verso

O folder possui frente e verso contêm informações resumidas, onde na frente encontra-se a capa, contra-capas e a costa, que por seguinte possuem o título, a introdução e as considerações finais, respectivamente, a capa possui ainda um subtítulo de acordo com a fundamentação teórica, sendo estes embasados através do trabalho de conclusão do curso. O verso foi realizado com extremo cuidado para não poluir o folder com informações, pois conforme, Vitor (2012), o folder é um material publicitário e com isso ao confeccioná-lo tem que ter criatividade, aliada a um bom papel, cores adequadas, fotos ou imagens de qualidade e diagramação clara e interessante.

Contudo, as informações contidas no verso possuem: primeiro uma pergunta, que levará o profissional a conscientizar-se que a humanização existe e é necessária, pois conforme Silva (2008), a falta de um atendimento humanizado poderá expor o paciente idoso a riscos quanto ao câncer. Segundo possuem 7 (sete), respostas respondidas em sete tópicos-respostas, onde a pergunta e as respostas foram fundamentadas no referencial teórico do trabalho. Onde a finalidade das respostas é de tratar de sete tipos de estereótipos que a sociedade costuma agregar ao ser idoso. Esses tópicos foram consolidados, sintetizados e rearranjados, de forma a tornar a leitura fácil e rápida, o que é uma necessidade para que possa ser feita no



transcorrer do plantão. O folder tem por alvo trazer informações rápidas, e por ser uma peça mais trabalhada, onde pode apresentar fotos, textos e, acima de tudo, as informações que se quer expressar para o leitor. (VITOR. 2012). Podemos perceber que além disso, o folder é um instrumento prático, onde poderá promover o debate e a promoção da educação, que abranja o tema.

A primeira resposta levará o leitor a refletir sobre a adesão e/ou inserção dos idosos ao programa de prevenção, tratamento e a valorização do estado emocional do idoso levando-o a uma melhor adaptação a as suas restrições físicas e alimentares (PNHAH, 2001). A segunda resposta fará com que o leitor extinga a associação do idoso/doente, isso possibilitará um melhor acolhimento e de forma ética, reconhecendo os limites do idoso, onde o profissional exercerá o seu conhecimento técnico-científico. A terceira conscientizará que o idoso não é um ser assexuado ou que não ame, pois Iorio (2004), afirma que existem muitas pessoas que pensam que o idoso está impossibilitado de ter relações afetuosas. A quarta e a quinta resposta tratam da importância de não só aprender sobre o autocuidado, mas praticá-lo agregando com sigo a atividade física, segundo Camarano e Pasinato (2004), por mais que as políticas publicas tratem sobre a proteção ao idoso, elas não o respaldam sobre a prevenção, onde esta somente é possível através do autocuidado e da atividades físicas regulares. A sexta resposta mostrará a importância de zelamos sobre a necessidade dos idosos tem de cuidados, porém sem deixá-los constrangidos ao ponto de fazê-los pensarem que o estão tratando-o como uma criança. E por fim, a sétima resposta levará o leitor a despertar seu interesse sobre a humanização podendo até se aprofundar sobre o assunto.

As dificuldades encontradas na confecção do material educativo foi basicamente a de adequá-lo ao despertar do leitor pelo assunto, atraindo-o, produzindo o interesse pelo termino da leitura, pois o mesmo foi produzido dessa forma para que não seja somente mais uma tarefa desenvolvida com várias folhas e paginas e que termine sendo lido por poucos e/ou poluir o material educativo (folder), para não repassar uma imagem cansativa provocando o desinteresse do leitor.

Com essa proposta, o mesmo, conseguirá de forma decisiva, o maior número de profissionais possível, com isso induzindo-os a uma reflexão sobre o tema, e quem sabe a uma mudança de atitude, passando a adotar de forma rotineira a humanização na assistência de enfermagem.

Com a preparação desse folder como material educativo os objetivos desse trabalho foram alcançados, pois o mesmo vem contribuir para despertá-lo do profissional de

enfermagem que atua na Unidade Hospitalar, Hospital Coronel Mota, para a promoção de um atendimento humanizado.

O mesmo traz concisamente orientações sobre assistência humanizada, as quais são de fácil entendimento, onde o profissional poderá realizar uma rápida leitura durante seu plantão, quando possível poderá fazer uso desse instrumento para o seu aprimoramento podendo até mesmo colocar em prática através da compreensão e a finalidade desse trabalho.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O profissional de enfermagem poderá compreender o quanto sua participação no processo de humanização no cuidado ao idoso com câncer a partir da promoção da educação, pois até no momento o processo de educar é um agente transformador de opiniões e atitudes, por isso que a educação é algo essencial para o ser humano, através dela se pode verificar o nível de desenvolvimento de uma sociedade, é através dela que há o respeito entre indivíduos.

No entanto, apesar dos esforços do Governo, da intensa preocupação com o conforto da população idosa, comprovada através de políticas, estatutos e programas que afirmam os direitos nos mais diversos aspectos que abrangem as necessidades dessa população, principalmente na área da saúde, ainda assim existem inúmeros obstáculos impedindo que essas políticas possam, de fato, ser solidificadas.

Não deve concentra-se apenas na capacitação profissional e o investimento nas estruturas físicas dos locais de atendimento, seria suficiente para a atenção ao idoso, porém vemos na humanização que esse objetivo está além do ambiente, contribuir para um viver mais saudável a esses indivíduos, sendo também nossa responsabilidade através da reivindicação do direito a um atendimento mais humano, agregando valores os quais futuramente poderão ser observados de forma inseparável, se assim esses valores forem cultivados. Atitudes simples como a de produzir material educativo que trate da humanização irá transformar pessoas infiéis ao juramento um dia feito, em profissionais leais ao serviço prestado, vindo a melhorar a qualidade da assistência e proporcionar uma maior satisfação a todos.

Contudo, a realização deste estudo sugere que o Hospital Coronel Mota possa elaborar materiais como esse de forma periódica, tratando desta temática de forma contínua, para que o mesmo se torne um costume entre todos os profissionais, podendo discorrer sobre todas suas variáveis, pois a humanização trabalha em diferentes cenários da área de saúde, considerando a importância dada aos diferentes sujeitos envolvidos neste processo, assim para que o atendimento a essa população especial e crescente seja fornecido de forma humanizada, necessário também humanizar cuidados diferentes a pacientes diferenciados.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. L. da S. Aposentadoria e Velhice: representações sociais de idosos aposentados e pensionistas p. 23. **UFPA, Centro Sócio-Econômico**. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**, Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 19. 2006.192p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro; 1996- 2006 [acesso 14 mar. 2014]. Disponível em [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=485](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=485).

CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Riode Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. In: CAMARANO, Ana Amélia. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

FALK, Maria Lúcia Rodrigues. et al. Contextualizando a Política Nacional de Humanização: A experiência de um hospital universitário. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, P. 135-144, jul/dez 2006.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; SANTOS, Sérgio Ribeiro dos. **Políticas Públicas e Direitos do Idoso: Desafios da Agenda Social do Brasil Contemporâneo**. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, p. 49-60, 2007.

FREITAS, Thalita Martins de; et al. Idoso e Família: Asilo ou Casa. **O Portal dos Psicólogos**. Vassouras, 2006. Disponível em: <[www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0281.pdf](http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0281.pdf)>. Acesso 06 de Janeiro de 2014.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. O Brasil está Envelhecendo: Boas e Más Notícias por Uma Perspectiva Epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, suppl.1, p 3-6, abril 2002.

IBGE. Diretoria de Pesquisa. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2008**.

\_\_\_\_\_. Diretoria de Pesquisa. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. *Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050*, Revisão 2009. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em 07 Janeiro. 2014.

INCA. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. *Instituto Nacional de Câncer* José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

IORIO, A. C. dos S. **Atuação da Psicomotricidade Aquática do Idoso**. Universidade Candido Mendes, p. 16. Rio de Janeiro, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2006: **Incidência de Câncer no Brasil**. INCA, Rio de Janeiro. 2006.

MONTEZELI, Juliana Helena. et al. Enfermagem em Emergência: **Humanização Inicial do Politraumatizado** à Luz da Teoria de Imogene King. *Cogitare Enferm*, v. 14, n. 2, p. 384-387, abr/jun. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*: relatório mundial. Brasília, 2003.

SILVA, Rosane Maria da. Perfil dos idosos e a prevenção . **A importância da assistência de enfermagem**. 2008, p. 34.

VITOR, Paulo. **A importância dos folders**. Comunicação Católica - Marketing - Institucional & Web Design. 2012.

