

ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO EM ONCOLOGIA: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO

HUMANIZATION STRATEGIES IN ONCOLOGY: A PROJECT FOR INTERVENTION

Juliana da Conceição Sampaio Lóss

Psicóloga, Acadêmica de Medicina UNIG Campus V, Itaperuna RJ.

Laís Bastos Guerra Boechat

Acadêmica de Medicina UNIG Campus V, Itaperuna RJ.

Letícia Venceslau Luz

Acadêmica de Medicina UNIG Campus V, Itaperuna RJ.

Paulo Jonas Boechat da Silveira Junior

Acadêmico de Medicina UNIG Campus V, Itaperuna RJ.

Luís Fernando Gonçalves De Castro

Médico, professor do curso de medicina UNIG Campus V.

Resumo

A humanização na saúde sempre foi alvo de amplas discussões sendo de grande importância para o paciente, familiar e adesão ao tratamento, destaca-se que atitudes humanizadas no seio hospitalar conferem atenuação da dor diante de possibilidade de tratamentos complicados e com prognóstico ruim. Este estudo teve por objetivo elaborar estratégias de humanização na oncologia, destinadas aos pacientes em tratamento oncológico no COMVIDA, bem como compreender os processos de adoecimento em oncologia, estudar estratégias de humanização implementadas em oncologia. O projeto se justifica por propor um componente que viabiliza o encontro da teoria com a prática, não apenas no que concerne aos aspectos científicos e acadêmicos da Disciplina oncologia, mas igualmente propicia ao futuro médico vivenciar uma reflexão sobre a importância do desenvolvimento do aspecto humanístico, bem como da assistência em oncologia, como parte primordial para o sucesso da relação médico-paciente e, conseqüentemente, do tratamento. Como metodologia adota-se pesquisa de caráter descritivo, cuja abordagem é de natureza qualitativa, trata-se de uma pesquisa ação onde foram feitas intervenções com ação e resolução de problemas privilegiando o paciente oncológico, a família ou acompanhante e a casa Comvida. Utilizou-se para coleta de dados uma entrevista semiestruturada para avaliar a relevância das estratégias de humanização utilizadas

na casa Comvida – Itaperuna - RJ. Os resultados apontam que humanizar o atendimento em medicina tem sido um desafio constante, pois ainda se encontra resistência entre os próprios profissionais. É imprescindível acreditar que o cuidado humanizado é sempre essencial para a prática junto ao enfermo.

Palavras Chave: Humanização; Oncologia; Relação médico-paciente.

Abstract

The humanization in health has always been the subject of broad discussions and is of great importance to the patient, family and treatment adherence. It is noteworthy that humanized attitudes within the hospital confer pain attenuation in the face of the possibility of complicated treatments and poor prognosis. This study aimed to elaborate humanization strategies in oncology, aimed at patients undergoing cancer treatment in COMVIDA, as well as to understand the disease processes in oncology, to study humanization strategies implemented in oncology. The project is justified by proposing a component that enables the meeting of theory and practice, not only regarding the scientific and academic aspects of the Oncology Discipline, but also enables the future physician to reflect on the importance of the development of the humanistic aspect. as well as oncology care, as a key part for the success of the doctor-patient relationship and, consequently, of the treatment. As a methodology, it is adopted a descriptive research, whose approach is of a qualitative nature, it is an action research where interventions were made with action and problem solving favoring the cancer patient, family or companion and Comvida house. A semi-structured interview was used to collect data to evaluate the relevance of the humanization strategies used in Comvida house. The results show that humanizing medical care has been a constant challenge, as there is still resistance among the professionals themselves. It is essential to believe that humanized care is always essential to practice with the sick.

Keywords: Humanization; Oncology; Doctor-patient relationship

Resumen

La humanización en salud siempre ha sido objeto de debates de gran alcance, siendo de gran importancia para el paciente, la familia y la adherencia al tratamiento. Se

destaca que las actitudes humanizadas en el hospital mitigan el dolor ante la posibilidad de tratamientos complicados y con un mal pronóstico. Este estudio tuvo como objetivo desarrollar estrategias de humanización en oncología, dirigido a pacientes sometidos a tratamiento contra el cáncer en COMVIDA, así como comprender los procesos de enfermedad en oncología, estudiando estrategias de humanización implementadas en oncología. El proyecto se justifica proponiendo un componente que permita conocer la teoría y la práctica, no solo con respecto a los aspectos científicos y académicos de la disciplina oncológica, sino que también permite al futuro médico experimentar una reflexión sobre la importancia de desarrollar el aspecto humanista, así como la asistencia oncológica, como parte fundamental del éxito de la relación médico-paciente y, en consecuencia, del tratamiento. Como metodología, se adopta una investigación de carácter descriptivo, cuyo enfoque es de naturaleza cualitativa, es una investigación de acción donde se realizaron intervenciones con acción y resolución de problemas que privilegian al paciente con cáncer, la familia o el compañero y la casa Comvida. Se utilizó una entrevista semiestructurada para la recolección de datos para evaluar la relevancia de las estrategias de humanización utilizadas en la casa Comvida - Itaperuna - RJ. Los resultados muestran que humanizar la atención médica ha sido un desafío constante, ya que todavía existe resistencia entre los propios profesionales. Es esencial creer que la atención humanizada siempre es esencial para practicar con el paciente. Palabras clave: Humanización; Oncología Relación médico-paciente.

1 INTRODUÇÃO

Humanização tem sido amplamente estudada e aplicada em diversas áreas da saúde que demandam cuidados aos pacientes, especialmente quando estamos diante de patologias complexas e que geram sofrimento humano, pois a humanização tem a finalidade de atenuar a dor. Na oncologia podemos contemplar a necessidade em humanizar a assistência, pois considera-se o sujeito em sua totalidade: física, psíquica, social, espiritual. Sendo o câncer de difícil prognóstico afeta o paciente e tudo o que o cerca.

Segundo Oliveira et al (2018), para aplicar a humanização na oncologia, mister não tratar o paciente com protocolos e padrões a serem seguidos, cabe ofertar um tratamento a cada um, em sua individualidade e singularidade nas diversas dimensões humanas, a saber: físicas, psíquicas, social e espiritual. O

sofrimento humano, as percepções de dor e de prazer no corpo, para serem humanizadas, precisam que as palavras sejam reconhecidas e consideradas.

Diante do exposto, nos surgem as seguintes indagações: em que medida é possível humanizar assistência em oncologia, quais estratégias podem ser utilizadas com esta finalidade?

Em face da indagação acima enunciada, o presente estudo tem por objetivos trabalhar no âmbito da humanização em saúde, dos pacientes em tratamento para o câncer, alcançando também seu familiar.

No que se refere à metodologia, trata-se de uma pesquisa-ação (THIOLLENT, 2015) de natureza descritiva e qualitativa. Pesquisa-ação como o próprio nome indica trata-se de uma ação em nível realista, sempre acompanhada de uma reflexão autocrítica objetiva e de uma avaliação dos resultados. Nessa perspectiva, os estudantes de Medicina tornar-se-ão pesquisadores em ação, contribuindo para a transformação da realidade que compreende a questão da humanização da assistência do paciente em tratamento oncológico.

Este estudo teve por objetivo elaborar estratégias de humanização na oncologia, destinadas aos pacientes em tratamento oncológico no COMVIDA, bem como compreender os processos de adoecimento em oncologia, estudar estratégias de humanização implementadas em oncologia.

Para tal, as intervenções são executadas semanalmente, com ações voltadas para o paciente, como rodas de conversa, escuta ativa, e aplicação de um questionário em que se avaliou quais estratégias contribuíram para ajudar no enfrentamento a doença. A pesquisa está sendo executada em dois semestres letivos na instituição COMVIDA, que recebe pacientes em tratamento oncológico no HSJA.

O mesmo constitui-se de relevante significância para a sociedade, uma vez que pacientes em tratamento para o câncer tem sua identidade afetada, sofrem demasiadamente com estigma e com o tratamento.

Porquanto, o projeto se justifica por propor um componente que viabiliza o encontro da teoria com a prática, não apenas no que concerne aos aspectos científicos e acadêmicos da Disciplina oncologia, mas igualmente propicia ao futuro médico vivenciar uma reflexão sobre a importância do desenvolvimento

do aspecto humanístico, bem como da assistência em oncologia, como parte primordial para o sucesso da relação médico-paciente e, conseqüentemente, do tratamento.

2 DISCUSSÃO

2.1. História da Humanização

O início da história da humanização tem sua origem na Medicina Ocidental, onde era uma ciência essencialmente humanística. Segundo Werner Jaeger, 1995, uma das maiores autoridades em história da Grécia Clássica, “de todas as ciências humanas então conhecidas, incluindo a Matemática e a Física, é a Medicina a mais afim da ciência ética de Sócrates.” .

Suas raízes se assentavam no solo da filosofia da natureza e seu sistema teórico partia de uma visão holística que entendia o homem como ser dotado de corpo e espírito. Neste sentido, para médicos como Hipócrates (nascido em Cós, aproximadamente no ano 460 a. C.) “as doenças não são consideradas isoladamente e como um problema especial, mas é no homem vítima da enfermidade, com toda a natureza que o rodeia, com todas as leis universais que a regem e com a qualidade individual dele, que o médico se fixa com segura visão.” (JAEGER, 1995). As causas das doenças, portanto, deveriam ser buscadas não apenas no órgão ou mesmo no organismo enfermo, mas também e principalmente no que há de essencialmente humano no homem: a alma; esse componente espiritual que distingue o homem dos outros organismos vivos do planeta.

Mais do que um biólogo, mais do que um naturalista, o médico deveria ser, fundamentalmente, um humanista. Um sábio que, na formulação do seu diagnóstico, leva em conta não apenas os dados biológicos, mas também os ambientais, culturais, sociológicos, familiares, psicológicos e espirituais. Este foi o modelo, a concepção de médico e de medicina que se perpetuou historicamente, obviamente não sem mudanças, rupturas e transformações, no Ocidente até bem pouco tempo atrás.

Apesar do rápido desenvolvimento do chamado método experimental – ou simplesmente “método científico” – durante o século XIX, a visão humanística da medicina continuou a dominar diversas gerações de médicos em todo o mundo. Durante essa época forjou-se a imagem romântica do médico sábio, conhecedor dos avanços científicos no campo da clínica, da patologia, da farmacologia, mas também amante da literatura, da filosofia, da história. Homem culto, o médico romântico aliava seus conhecimentos científicos com os humanísticos e utilizava a ambos na formulação dos seus diagnósticos e prognósticos. Conhecedor da alma humana e da cultura em que se inseria, já que invariavelmente andava muito próximo de seus pacientes – como médico de família que era – este respeitável doutor sabia que curar não era uma operação meramente técnica, mas fundamentalmente humano-científica; uma operação que envolvia elementos de caráter cultural e psicológico (GALLIAN, 2000).

Por outro lado, essa substancial inserção do médico em seu meio sociocultural, fazia com que seu papel não se restringisse ao de simplesmente curar ou não as enfermidades. Ele era também aquele que, frente aos limites e impossibilidades médicas, sabia acompanhar o enfermo e seus familiares, ajudando-os no sofrimento, na preparação para a morte, além de intervir como orientador nos assuntos mais diversos, tais como o despertar da sexualidade nos adolescentes, os problemas de relacionamento do casal e inúmeras outras questões da vida familiar.

Paradoxalmente, o mesmo século XIX, que assistiu à consagração da moderna medicina humanística em sua versão romântica, marcou também o início da sua crise. Principalmente a partir da segunda metade desse século, as importantes descobertas em campos como o da microbiologia, desencadearam uma verdadeira revolução no terreno da patologia, gerando profundas transformações na ciência médica como um todo (GALLIAN, 2000).

O desenvolvimento das análises laboratoriais e outros métodos clínicos incrementaram consideravelmente a formulação dos diagnósticos, assim como o aparecimento de medicamentos como a penicilina, começaram a propiciar

aos médicos uma eficácia na cura e um domínio sobre as doenças sem precedentes na história. Assistia-se a um verdadeiro “milagre” e, ao se iniciar o século XX, tudo dava a entender que a medicina estava prestes a atingir a sua idade de ouro, o seu estágio de “ciência exata” (GALLIAN, 2000).

Os enormes progressos alcançados graças às ciências físicas, químicas e biológicas, aliados aos desenvolvimentos tecnológicos, foram, cada vez mais, redirecionando a formação e a atuação do médico, modificando também sua escala de valores. Na medida em que o prestígio das ciências experimentais foi crescendo, o das ciências humanas esvanecia-se no meio médico. História, literatura, filosofia, não deixavam de ser ciências importantes, mas para o médico pouco podiam acrescentar agora que as novas descobertas e métodos efetivamente científicos abriam novas dimensões. A medicina deixava de se apoiar nas ciências humanas para se sustentar essencialmente nas ciências exatas e biológicas.

De fato, todo esse processo de supervalorização das ciências biológicas, da super-especialização e dos meios tecnológicos, que acompanharam o desenvolvimento da medicina nestas últimas décadas, trouxe como consequência mais visível, a “desumanização” do médico.

Um sujeito que foi se transformando cada vez mais em um técnico, um especialista, profundo conhecedor de exames complexos, precisos e especializados, porém, em muitos casos, ignorante dos aspectos humanos presentes no paciente que assiste. E isso, não apenas por força das exigências de uma formação cada vez mais especializada, mas também em função das transformações nas condições sociais de trabalho que tenderam a proletarizar o médico, restringindo barbaramente a disponibilidade deste para o contato com o paciente, assim como para a reflexão e formação mais abrangente (GALLIAN, 2000).

2.2. Humanização da saúde

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança e resistência. É claro que a não adesão

envolve, além da relação do paciente com o profissional, fatores relacionados aos pacientes (idade, sexo, estado civil, etnia, contexto familiar, escolaridade, auto-estima, crenças, hábitos de vida), às doenças (cronicidade, ausência de sintomas), aos tratamentos (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera, tempo de atendimento) (OLIVEIRA, 2006).

Os padrões conhecidos parecem mais seguros, além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização. E se não for singular, não será de humanização. E, ainda, para que esse processo se efetive, devem estar envolvidas várias instâncias: profissionais de todos os setores, direção e gestores da instituição, além dos formuladores de políticas públicas, conselhos profissionais e entidades formadoras.

Para a implementação do cuidado com ações humanizadoras é preciso valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, fomentar a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos, fortalecer o controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS, democratizar as relações de trabalho e valorizar os profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2006).

2.3. Humanização na oncologia

Cada vez mais, vivencia-se o aumento significativo das neoplasias malignas. A possibilidade de cura do câncer, na maioria de suas formas, está diretamente relacionada à sua extensão, quando é instituído o primeiro tratamento, assim como a qualidade e disponibilidade dos recursos para tratá-lo.

No Brasil, o câncer vem recebendo atenção caracterizada por ações essencialmente terapêuticas, de alta tecnologia e alto custo, dirigidas a pacientes com doenças sintomáticas e, na maioria das vezes, avançadas. Esta situação, com frequência é agravada pela falta de definição sobre o caminho a ser seguido pelo paciente, desde a primeira queixa até a confirmação do

diagnóstico e o início do tratamento especializado. Assim, a assistência ao paciente oncológico dá mostras de sua complexidade, pois precisa envolver a consideração de múltiplos aspectos, tais como: físicos, psicológicos, sociais, culturais, espirituais e econômicos, bem como os preconceitos e tabus existentes, pois a palavra câncer, ainda, vem carregada da ideia de maldição e morte (COSTA, 2003).

Como a maioria dos pacientes tem confirmado o seu diagnóstico somente em fase avançada, além da cura de muitos tipos de câncer ainda não ser possível, é doloroso de se ver e acompanhar, os subterfúgios aumentam, decorrendo daí o emprego de termos substitutos ou sinônimos: “a doença ruim”, “aquela doença”, dentre tantos outros. Ao ser abordada a questão do câncer como uma perspectiva de finitude, pode-se afirmar que se mostra tão ameaçador porque representa não apenas uma ameaça de morte, mas uma tríplice ameaça: de dor física, de mutilação e de morte (NUNES, 1980)

O paciente com câncer não deve ser considerado, apenas, como mais um caso. Nessa perspectiva, precisa ser empreendida uma visão holística e multidisciplinar, buscando compreendê-lo nas suas múltiplas relações para proporcionar uma abordagem profissional humanizada profundamente solidária, geradora não só de saúde, mas, principalmente, de vida (PESSINI, 1996). O cuidado dispensado ao indivíduo, sadio ou doente, deve ser integral, evitando-se assim a fragmentação do atendimento de saúde prestado à população. Para isso, o paciente e seus familiares devem ser considerados como seres sociais e históricos, possuidores de crenças, valores, experiências de vida, medos, angústias e incertezas, expectativas e, por isso, devem ser respeitados, principalmente na vivência da situação ameaça de morte.

A assistência humanizada ao paciente com câncer e seus familiares consiste no emprego de atitudes que originem espaços que permitam a todos verbalizar seus sentimentos e valorizá-los; identificar áreas potencialmente problemáticas; auxiliá-los a identificar fontes de ajuda, que podem estar dentro ou fora da própria família; fornecer informações e esclarecer suas percepções; ajudá-los na busca de soluções dos problemas relacionados ao tratamento; instrumentalizá-los para que tomem decisões sobre o tratamento proposto; e levar ao desempenho de ações de auto-cuidado, dentro de suas possibilidades.

Entre as múltiplas ações de saúde necessárias para propiciar cuidados que privilegiem, dentre outros, os aspectos psicológicos, estão a disponibilidade, a atitude de aceitação e de escuta e a criação e a manutenção de um ambiente terapêutico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

Humanizar o atendimento em medicina tem sido um desafio constante, pois ainda se encontra resistência entre os próprios profissionais. É imprescindível acreditar que o cuidado humanizado é sempre essencial para a prática junto ao enfermo.

A humanização deve se tornar meta em todas as esferas do cuidar e especialidades que assistem às pessoas. Nas unidades oncológicas, é comum encontramos pacientes com internações longas, e a humanização deve se fazer presente devido à fragilidade psicológica do enfermo e de sua família. O paciente oncológico precisa de ajuda contínua em sua vida diária, o que é essencial não apenas no momento de doença, mas ao longo da vida e da sua internação (VOLPATO, 2007).

A humanização para os pacientes oncológicos depende da interação com o profissional, da capacidade do profissional de fazer o paciente se sentir parte do processo, por meio do envolvimento de aspectos técnicos, sentimentais e das características pessoais. Quando há um tratamento humanizado, baseado em atendimento multiprofissional de qualidade e respeito, o paciente se sente mais confiante, mais seguro e mais tranquilo no que se refere à sua internação e aos cuidados prestados, ocorrendo uma diminuição da ansiedade, o que proporciona um ambiente mais esperançoso (GELAIN, 1990).

2.4. Por quê humanizar é necessário?

Segundo o Ministério da Saúde, 2001, “Humanização é o valor que resgata o respeito à vida humana, levando em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano”.

Geralmente nota-se mais a humanização quando ela está ausente. O paciente é capaz de perceber imediatamente se seu cuidador o trata com respeito e atenção ou não. A humanização baseia-se numa visão holística, e

requer um esforço individual dos prestadores de serviços. À medida que o homem passa a adquirir um maior conhecimento técnico, tende a esquecer que também é um ser humano. Os valores da humanização devem ser resgatados, pois a técnica não tem sentido se não for para favorecer o homem. Um paciente que se encontra desconfortável, duvidoso e que sente que está sendo tratado com indiferença terá muito mais resistência para aderir a qualquer tipo de tratamento e, em geral, o curso de sua doença e de sua condição psicológica será pior.

Por outro lado, quando a equipe trata o paciente com carinho e leva em conta suas questões individuais (condição familiar, particularidades socioculturais, medos, entr.e outras) consegue que ele abraça o tratamento oferecido com maior confiança e abertura, facilitando o desfecho positivo de sua doença. Além disso, desenvolver um processo de humanização é oportunizar o profissional uma coparticipação pela busca e adoção de medidas que favoreçam a promoção do bem-estar físico e emocional de si mesmos, dos pacientes, da equipe de profissionais e do ambiente de trabalho.

3 MÉTODOS

Este estudo tem caráter descritivo, cuja abordagem é de natureza qualitativa, trata-se de uma pesquisa ação onde foram feitas intervenções com ação e resolução de problemas privilegiando o paciente oncológico, a família ou acompanhante e a casa Comvida. Utilizou-se para coleta de dados uma entrevista semi estruturada para avaliar a relevância das estratégias de humanização utilizadas na casa Comvida.

A pesquisa-ação pode ser definida segundo Thiollent (2000, p. 14) como:

Um tipo de pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Após a intervenção no Convida, no município de Itaperuna - RJ que teve duração de 1 ano, objetivou-se reunir os dados e analisá-los segundo a análise de conteúdo de Bardin. Com o propósito de subsidiar o presente projeto, fora inicialmente feito uma revisão bibliográfica acerca do tema explorado, nas bases de dados scielo, Redalyc, bem como de livros que são referência no assunto. Como metas pré-estabelecidas nas intervenções, tivemos: Escuta ativa, Rodas de Conversa, Café da manhã terapêutico, campanhas de prevenção e promoção da saúde, Brinquedoteca para crianças em tratamento do Câncer.

4.0 RESULTADOS

4.1. Análise das entrevistas e intervenções

Os resultados das entrevistas e atividades realizadas na Instituição demonstram que segundo os pacientes as estratégias de humanização facilitam o enfrentamento a doença pela qual estão sendo tratados, oferecendo novas possibilidades diante da perda da saúde.

Como podemos perceber nas falas dos pacientes, como abaixo descrito.

“... Quando vocês vêm aqui é muito bom, conversa com a gente, podemos desabafar...” (Paciente J.L 89 anos).

“...O trabalho de estudantes de medicina como vocês é muito bom, eu já fico esperando o dia que vocês vem aqui...” (Paciente D.S.P, 65 anos)

“...Essas conversas, as coisas que ensinam pra gente, dá força para continuar...”(S.C.A, 56 anos)

“...Essa brinquedoteca vai ser muito boa pra ela, porque aqui não tinha nada pra ela fazer, agora vai poder brincar um pouco...” (S.P.A Mãe da criança S.A 8 anos).

“...A campanha do outubro rosa me mostrou como é importante se cuidar, já tinha muitos anos que eu não fazia a mamografia”. (Paciente R.S)

A partir das narrativas acima depreende-se que as estratégias de humanização utilizadas têm eficácia no enfrentamento da patologia, pois, os pacientes podem contar com apoio para discutir sobre seus sentimentos, tirar

dúvidas em relação ao tratamento e a patologia. A criação de um espaço para crianças em tratamento de câncer também foi uma opção de humanizar a assistência da instituição, uma vez que, não havia espaço de lazer para crianças, e pode-se observar que muitas ficavam desanimadas e prostradas após o retorno do hospital. Com a criação da brinquedoteca na casa foi possível proporcionar um momento de alegria e mudar o foco da doença através de um ambiente mais acolhedor e lúdico.

A campanha do outubro Rosa proporcionou a divulgação da casa convida no município de Itaperuna onde foi feita abordagem de rua, falando com a população sobre a importância do autoexame e educando em saúde a fim de trabalhar a prevenção.

Foi realizada como estratégia de humanização o novembro azul, onde foi feita palestras com os pacientes sobre a importância da prevenção do câncer de próstata. Rodas de conversas também se mostraram eficazes no acesso ao conteúdo do paciente sobre o enfrentamento do câncer proporcionando um espaço de escuta.

5 Considerações Finais

Embora a assistência humanizada já fosse uma característica percebida como presente no recebimento ao paciente oncológico e seus familiares da casa de apoio ComVida, a observação calcada no marco referencial construído possibilitou nos perceber sob uma nova visão, como seres humanos que, através do diálogo intersubjetivo experienciado, podemos utilizar nossos potenciais para sermos melhores com relação ao próximo.

O estabelecimento de uma relação dialógica, um estar disponível, ouvir e falar oportunizaram a troca de conhecimentos, em que a nossa presença autêntica de alunos de medicina possibilitou-nos avançar em nossas reflexões. Ademais, as técnicas empregadas como possíveis estratégias de humanizar o atendimento apresentam eficácia no enfrentamento, reconhecimento e aceitação da doença, ensinam e propiciam aos pacientes qualidade de vida diante do adoecimento, bem como melhora a adesão ao tratamento.

Destaca-se por fim, que esta experiência não pode ser mensurada uma vez que a subjetividade está sendo considerada fator preponderante para

reconhecer e humanizar a assistência ao paciente oncológico, todavia tal experiência será marcante em nossas carreiras como futuros médicos que preconizam o melhor atendimento para seus pacientes.

Referências

CARVALHO R, Paula MF, Moraes MW. **Tecnologia e humanização em centro cirúrgico**. In: Carvalho R, Bianchi ER, organizadores. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007. p. 316-34.

COSTA CA, Lunardi Filho WD, Soares NV. ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO CLIENTE ONCOLÓGICO: reflexões junto à equipe. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2003 maio/jun;56(3):310-314

GALLIAN, D.M.C. A (Re) humanização da Medicina. **Psychiatry On-Line Brazil**. Edição de Abril de 2000. Acesso em 20 Nov 2019. Disponível em <http://priory.com/psych/galli0500.htm>

GELAIN IJ. A humanização do hospital. **Rev Paul Hosp**. 1990;16(1):3-7.

GOMES ES, Anselmo MEO, Lunardi Filho, WD. **As reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do trabalho**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 2000 jul/set;53(3):472-80.

JAEGER, Werner: Paidéia. **A formação do homem grego**. São Paulo, Martins Fontes, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: PRO-ONCO; 1995. 240 p. il. p. 135-9

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

NUNES CHP. Relação médico-paciente em cancerologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, mai./jun., 1980;29(3):199- 202.

OLIVEIRA, B.M., ET AL, **Humanização nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos**. v. 2 (2018): III CIPEEX - Ciência para a redução das desigualdades. Disponível em: <http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/issue/view/78>. Acesso em: 06 de Março de 2019.

OLIVEIRA, B.R.G.; Collet N; Viera CS. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 março-abril; 14(2):277-84. Acesso em 20

Nov 2019. Disponível em
<<https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421860019.pdf>>

PESSINI LBC. **Problemas atuais de bioética**. 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola; Centro Universitário São Camilo, 1996. 527 p

SIMÕES ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. **Humanização na saúde: enfoque na atenção primária**. Texto Contexto Enferm. 2007 Jul-Set; 16(3):439-44.

SOARES NV. **A problematização dos direitos do cliente como desencadeadora da problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem** [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000. 158 f.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14. ed. aum. São Paulo: Cortez, 2015.

VOLPATO FS, Santos GR. **Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores**. Imaginário [periódico na Internet]. 2007 Jun. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ima/v13n14/v13n14a24.pdf>

WALDOW VR, Borges RF. **Cuidar e humanizar: relações e significados**. Acta Paul Enferm. 2011 Jan-Fev; 24(3):414-8.

_____. VR. **Atualização do cuidar**. Arquichan 2008 Abr; 8(1):85-96.

_____. VR. **Uma experiência vivida por uma cuidadora, como paciente, utilizando a narrativa literária**. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(4):825-33.

WATSON J. **Caring as the essence and science of nursing and health care**. O Mundo da Saúde 2009 Mar; 33(2):143-9.

_____. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Boulder (US): University Press of Colorado; 2008.

WHITIS G. **Simulation in teaching clinical nursing**. J Nurs Educ. 1985;24(4):161-3.