



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL**

**VALERIA KELLY ALVES DA SILVA**

**A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM  
CÂNCER: UM ESTUDO NA ASSOCIAÇÃO ESPERANÇA E VIDA DE CAMPINA  
GRANDE/PB**

**CAMPINA GRANDE  
2012**

**VALERIA KELLY ALVES DA SILVA**

**A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM  
CÂNCER: UM ESTUDO NA ASSOCIAÇÃO ESPERANÇA E VIDA DE CAMPINA  
GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) como requisito necessário para obtenção do título de bacharela em Serviço Social.

**Orientador: Prof. Me. William Almeida de Lacerda**

CAMPINA GRANDE  
2012

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca de Serviço Social "Luiza Erundina" – UEPB

S586p

Silva, Valéria Kelly Alves da.

A política de humanização no atendimento a pessoas com câncer [manuscrito] : um estudo na associação esperança e vida de Campina Grande – PB / Valéria Kelly Alves da Silva. – 2012.

38 f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

“Orientação: Prof. Me. William Almeida de Lacerda, Departamento de Serviço Social”.

1. Câncer. 2. Política de Humanização. 3. Associação Esperança e Vida. 4. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 616.994

VALERIA KELLY ALVES DA SILVA

**A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM  
CÂNCER: UM ESTUDO NA ASSOCIAÇÃO ESPERANÇA E VIDA DE CAMPINA  
GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Serviço Social  
na Universidade Estadual da Paraíba  
(UEPB) como requisito necessário para  
obtenção do título de bacharela em  
Serviço Social.

Aprovada em: 03/ Julho / 2012

Nota: 10,0 (dez)

BANCA EXAMINADORA

William Almeida de Lacerda  
Prof. Me. William Almeida de Lacerda - DSS/CCSA/UEPB  
Orientador

Adriana Freire Pereira Ferriz  
Profa. Dra. Adriana Freire Pereira Ferriz - DSS/CCSA  
Examinadora

Salyanna de Souza Silva  
Profa. Ma. Salyanna de Souza Silva - DSS/CCSA  
Examinadora

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Diagnóstico e tratamento .....	22
Gráfico 02 - Avaliação dos usuários no atendimento prestado pelos profissionais da AEV .....	26
Gráfico 02 - Avaliação das atividades desenvolvidas na AEV .....	27

## LISTA DE SIGLAS

AEV	Associação Esperança e Vida
BPC	Benefício de Prestação Continuada
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço.
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
ONGs	Organizações Não Governamentais
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIDAAC	Programa de Integração Docente Assistencial na Área do Câncer
PIS	Programa de Integração Social
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>6</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 DISCUSSÃO TEÓRICA .....</b>	<b>11</b>
2.1 SOBRE O CÂNCER .....	11
2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO .....	13
<b>3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO SUS .....</b>	<b>16</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISES DOS DADOS .....</b>	<b>19</b>
4.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS ENTREVISTADOS .....	19
4.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO .....	21
4.3 IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS ENTREVISTADOS .....	22
4.4 CONCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DA AEV ACERCA DO TRATAMENTO HUMANIZADO .....	23
4.5 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA AEV .....	25
4.6 AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO PRESTADO PELOS PROFISSIONAIS DA AEV .....	27
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>30</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>37</b>

## **A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM CÂNCER: UM ESTUDO NA ASSOCIAÇÃO ESPERANÇA E VIDA DE CAMPINA GRANDE/PB**

**Valeria Kelly Alves da Silva**

### **RESUMO**

Este artigo traz uma análise a partir da política de humanização em saúde no âmbito do processo de atendimento dos usuários acometidos de câncer na Associação Esperança e Vida (AEV) em Campina Grande/PB. Para tanto, visa retratar acerca da concepção dos usuários sobre o atendimento prestado pelos profissionais de saúde, bem como traçar o perfil dos mesmos. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo em que foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário com roteiro semi-estruturado aplicado numa amostra de 15 sujeitos. A análise dos dados qualitativos foi feita através da análise de conteúdo, enquanto os dados quantitativos foram submetidos a tratamento estatístico-descritivo, utilizando gráficos em número e porcentagem. Os resultados indicaram que os sujeitos assistidos pela Instituição trazem um perfil de pessoas entre 45 e 65 anos com maior incidência de câncer de mama e nenhum dos entrevistados encontra-se inserido no mercado de trabalho. Verificamos ainda que os usuários apesar de não terem conhecimento científico sobre humanização, relataram que o atendimento prestado pelos profissionais da AEV constitui-se humanizado, vivenciado na prática no cotidiano de suas atividades, ocasionando uma melhoria em sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Câncer. Humanização. Atendimento. AEV.

### **ABSTRACT**

This paper brings analysis from the health humanization policy in the ambit of the attending process of the users affected by cancer in the Associação Esperança e Vida (AEV) in Campina Grande/PB. For so, it aims to depict the understanding of the users of the attending provided by the health professionals, as well as trace the profile of them. It is a quantity-qualitative study in which was used as instrument of data gathering, a semi-structured guide applied on a sample of 15 subjects. An analysis of the qualitative data was done by the analysis of the content, while the quantitative data were submitted to a statistical-descriptive treatment, using graphs in number and percentage. The results indicated that the subjects which were assisted by the Institution have the profiles of people between 45 and 65 years old with higher incidence of breast cancer and none of the interviewed is found to be inserted in the work market. We have also verified that the users, despite not having scientific knowledge about humanization, reported that the attending provided by the AEV professionals is humanized, experiencing itself on the daily practices of their activities, occasioning in a improvement in their life quality.

**Keyword:** Cancer. Humanizing. Attending. AEV.

## 1 INTRODUÇÃO

O presente artigo traz como temática a política de humanização e sua aplicação no atendimento a pessoas com câncer na Associação Esperança e Vida (AEV), localizada na cidade de Campina Grande/PB.

Para tanto, partimos dos seguintes questionamentos: qual o perfil socioeconômico dos portadores de câncer? Como e de que forma os usuários avaliam os seus níveis de satisfação das atividades desenvolvidas na AEV? De que maneira os usuários acometidos de câncer expressam suas concepções acerca de atendimento humanizado obedecendo às diretrizes norteadoras da política de humanização brasileira, considerando sua aplicabilidade pelos profissionais de saúde? Como a humanização está sendo vivida no cotidiano da prática pelos profissionais e usuários no enfrentamento do câncer com a promoção do atendimento com qualidade? Foram essas questões que nortearam o desenvolvimento desta pesquisa.

Sabemos que a humanização tem mudado a prática dos atendimentos, está sendo vista com novos olhares e tem ganhado cada vez mais respaldo teórico e importância dentro de uma sociedade que está cada vez mais voltada para o individualismo, onde as pessoas estão cada vez mais centradas em seus próprios interesses, descuidando daquilo que era pra ser inerente ao ser humano, que são as relações que se constroem no cotidiano.

Foi com base no entendimento acima que surgiu o interesse pela abordagem da temática, sobretudo a partir de observação no cotidiano da AEV durante o processo de Estágio Supervisionado, por intermédio do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Por isso, o estudo torna-se relevante, tratando de uma temática bastante atual, vislumbrando contribuir teoricamente para a literatura especializada, para a comunidade acadêmica e, sobretudo pra trazer novos olhares a essa prática humanística no processo de atendimento ao portador de câncer na realidade do município de Campina Grande/PB.

Neste sentido, a pesquisa consiste em analisar, a partir da política de humanização em saúde, o processo de atendimento dos usuários acometidos de câncer na AEV, retratar como os usuários avaliam o atendimento prestado pelos

profissionais de saúde, traçar um perfil socioeconômico dos mesmos e identificar se as atividades desenvolvidas trazem melhoria na qualidade de vida dos mesmos.

A pesquisa realizada traz estudo analítico-descritivo a partir de uma abordagem quanti-qualitativa, as quais trabalham e acabam se complementando dentro da pesquisa, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente excluindo qualquer dicotomia (MINAYO, 1998).

Realizamos a pesquisa na cidade de Campina Grande/PB, na Associação de Apoio aos Portadores de Câncer Esperança e Vida (AEV) situada na Rua Antônio Campos, 382, no bairro de Alto Branco. Essa entidade que fez e faz a história do respeito e integração do portador de câncer junto à comunidade, tem um caráter assistencial, visando à promoção da assistência social e o desempenho de políticas relacionadas à temática do câncer. A mesma atende atualmente 60 pessoas com diversos tipos de neoplasias oferecendo apoio psicológico, fisioterapêutico, interação social, assistência material, entre outros.

A AEV é formada por uma equipe interdisciplinar de profissionais voluntários, contratados, um telemarketing, responsável por angariar fundos através de campanhas sociais, psicólogo, fisioterapeuta e assistente social. A Instituição busca viabilizar todas as necessidades básicas do portador com medicamentos, cestas básicas mensais, suplementos, próteses, exames, consulta dentária, dentre outros. Além disso, a instituição oferece orientação jurídica, psicóloga, terapêutica e social, criando mecanismos para melhoria da qualidade de vida dos usuários, orientando sobre seus direitos e recursos existentes na comunidade.

O período de realização da pesquisa compreendeu os meses de outubro/novembro de 2011, foi aplicado um questionário com roteiro semi-estruturado, junto aos portadores de câncer acompanhados na AEV. Sendo assim, procuramos garantir a preservação da identidade dos entrevistados, utilizando um código, respeitando a ética profissional, o anonimato e a privacidade dos participantes.

Do universo de 60 usuários da Associação Esperança e Vida, foi aplicado o questionário com uma amostra intencional de 15 sujeitos. Os critérios de seleção da escolha foram os seguintes: pessoas submetidas a tratamentos mais demorados e que frequentam a referida instituição assiduamente, aceitar assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e ter mais de 18 anos.

Para a coleta de dados optamos por um questionário com roteiro semi-estruturado, aplicado junto aos usuários portadores de câncer da AEV possibilitando flexibilidade, visto que não precisa seguir rigorosamente as questões a serem respondidas, permitindo o surgimento de novas questões no transcorrer da entrevista, propiciando, um acesso amplo as informações. Podendo responder as inquietações e expectativas as quais surgem no decorrer do estudo, trazendo melhores resultados sobre a problemática a qual nos colocamos a estudar.

As principais vantagens dos roteiros semi-estruturadas são as seguintes: possibilidade de acesso a informação além do que listou; esclarecer aspectos da entrevista; gerar pontos de vista, orientações ou hipóteses para aprofundamento da investigação e define novas estratégias e outros instrumentos (SANTOS, 2009).

O processo de sistematização e análise dos dados foi feito de modo qualitativo e quantitativo, foi realizada a partir da análise de conteúdo que viabilizou a organização estrutural da pesquisa, através dela podemos analisar a partir da percepção dos investigados como se dá o atendimento humanizado, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desses sujeitos. Já em relação aos dados de natureza quantitativa, estes foram analisados a partir de dados estatísticos como gráficos.

O presente estudo foi desenvolvido após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP/UEPB), atendendo as exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, para assegurar os direitos e deveres referentes à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e foi iniciada a pesquisa após parecer do referido Comitê (Anexo A).

A participação dos sujeitos se deu após a concordância dos mesmos e, por conseguinte a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e recebimento de Termo de Compromisso do Pesquisador, elaborado em *duas vias*, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador. Nesse documento, foram apresentados de forma clara e objetiva os benefícios e consequências da pesquisa a fim de assegurar os direitos e deveres referentes à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa.

Com relação aos princípios bioéticos a serem seguidos na pesquisa para realização desse estudo, podemos informar que esses atenderam às exigências éticas e científicas fundamentais. Para tanto, entendemos que a eticidade da pesquisa implica em:

a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência); d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 1996, p. 2).

Registramos, ainda, a preocupação em assegurar a não identificação dos sujeitos entrevistados, resguardando, na medida do possível, a privacidade e o sigilo de suas identidades. Em função disso, optamos por codificar os seus nomes por números quando da citação de suas falas contidas neste trabalho.

Esse trabalho encontra-se dividido em quatro partes, na primeira trata-se da discussão teórica, tratando da política de saúde como direito de todos e dever do Estado. Na segunda parte abordaremos a política nacional de humanização no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando sua efetivação na prática no atendimento prestado aos portadores de câncer assistidos pela Associação Esperança e Vida de Campina Grande/PB.

Na terceira parte nos propomos a tratar da sistematização e análise dos dados, que traçamos o perfil socioeconômico dos entrevistados; o diagnóstico e tratamento; a apresentação dos gráficos que retratam a concepção dos usuários sobre o tratamento humanizado; da avaliação do atendimento prestado pelos profissionais da AEV; e por fim trata da avaliação das atividades desenvolvidas e a da humanização do atendimento naquele local e, por fim as considerações finais.

## 2 DISCUSSÃO TEÓRICA

Para que haja um maior entendimento sobre o referido tema, é preciso que façamos um breve relato sobre a história do câncer e de suas transformações, a fim de obtermos conhecimento de sua inserção no contexto de saúde no Brasil.

### 2.1 SOBRE O CÂNCER

O processo histórico do câncer e das tentativas de combatê-lo no Brasil surgiu a partir da década de 20 com práticas orientadas quase que exclusivamente para o diagnóstico e tratamento, pouca relevância era dada à prevenção, pelo pouco conhecimento sobre a doença.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e com a criação do SUS, as estruturas regimentais de prevenção e do combate ao câncer foram atualizados, ampliadas e reforçadas com as novas diretrizes para essas ações.

Segundo Barbosa (2010, p. 7), “o câncer nada mais é do que a multiplicação desordenada de células defeituosas ou atípicas que escapam ao controle do nosso sistema imunológico por algum motivo até hoje desconhecido”.

Na atualidade o câncer ainda é visto com preconceito, porém com os avanços tecnológicos e científicos há cura para alguns casos desde que seja descoberto no início e tratado de maneira adequada. Nesse contexto, Juberg, Gouveia e Belisário (2006, p. 140) dizem que:

O câncer é uma doença que pode ter cura, porém para um bom prognóstico é necessário um diagnóstico precoce. Alguns hábitos também têm estreita relação com o aparecimento da doença: o fumo, a vida sedentária, dieta rica em alimentos gordurosos ou pobres em vegetais e frutas que, associadas a fatores genéticos, podem levar ao desenvolvimento do câncer.

Aos poucos a doença foi se inserindo dentro do contexto de saúde pública atendendo as reivindicações da sociedade e mais tarde garantindo seu espaço necessitando de ações públicas de combate a essa doença que ganharia relevância

dentro do quadro geral das políticas de saúde. Se fazendo necessário observá-las a partir de sua inserção nas diferentes faces e conjunturas políticas, econômicas e sociais específicas, e seu papel na consolidação de uma determinada maneira de pensar a saúde dentro das questões sociais.

Para Yamamoto (1999, p. 27)

eram o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, cada vez mais coletiva, o trabalho tornava-se amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantinha privada e monopolizada por uma parte da sociedade.

Seria necessário, que se associassem as ações de prevenção e diagnóstico precoce, para que diminuísse os altos índices de mortalidade por câncer no País.

Câncer é o nome dado a um crescimento desordenado de células, que por consequência invadem os tecidos e órgãos, podendo assim espalhar-se, quando essas células alcançam a linfa ou a circulação sanguínea, estas se acoplam em órgãos pelo corpo humano, dando origem a outro tumor, que se denomina metástase. O câncer continua sendo um estigma ou mesmo um tabu para muita gente, por isso a doença muitas vezes é descoberta em estágio avançado. Muitos pacientes com câncer avançado sofrem de mais de um tipo de dor e o tratamento adequado vai depender da identificação de sua origem (BRASIL, 2001, p. 16).

As neoplasias caracterizam-se por um distúrbio patológico do crescimento e da proliferação descontrolada de células anormais do organismo. As células cancerosas não obedecem ao controle do organismo e não morrem como as células consideradas normais, continuando a se proliferar.

No Brasil, o câncer caracteriza-se como um problema de saúde pública, sendo a segunda causa de morte entre mulheres. Nos últimos anos, conforme o registro Brasileiro de câncer é possível observar um aumento de novos casos, salientando os impactos econômicos e sociais da doença. A industrialização e o urbanismo estão entre os principais fatores associados ao maior número de casos da doença, por consequência do êxodo rural houve uma grande concentração da população nos grandes centros urbanos ficando, portanto, a maioria das pessoas expostas a fatores de riscos ambientais, tais como: substâncias químicas, poluição ambiental, tabagismo entre outros (SILVA, FERRARI, ROCHA, 2007).

O paciente com câncer fica, muitas vezes, fragilizado emocionalmente e, necessitando de apoio psicológico. A dor do sofrimento emocional pode ser tão grande quanto à do sofrimento físico. Porém, o paciente que possui baixa renda não tem a mínima possibilidade de arcar com um atendimento multiprofissional qualificado, fazendo-se necessário e indispensável que o mesmo tenha um atendimento adequado, sistemático e permanente no Sistema Único de Saúde, inserido no âmbito de uma entidade sem fins lucrativos conveniada a esse sistema de saúde pública.

## 2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

O movimento da redemocratização do país culmina com a Assembléia Nacional Constituinte, que em 1988, promulga uma nova constituição estabelecendo pilares para a reforma do Sistema de Saúde e a criação do SUS, “reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população” (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 298).

Considerando, também, a Carta de Ottawa, produzida pela I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, no Canadá, cuja concepção ampliada de processo saúde-doença foi incorporada no Art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 2003, p. 119), que reza: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos [...]”.

É importante salientar que o SUS parte de reivindicações da própria sociedade e deram origem ao Movimento Sanitarista, que era representado por secretários municipais de saúde cujas sinterizações foram absorvidas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As resoluções dessa conferência deram origem aos parâmetros que em 1988 foram adotados pela constituição que até hoje vigora.

Com a adoção dessa nova carta constitucional, veio a consagração de uma das maiores conquistas sociais com grande relevância, trata-se do SUS, ele

representa para o Brasil, a materialização de uma nova forma de concepção em saúde. O SUS é constituído de princípios direcionados para a democratização de suas ações e de seus serviços, que eram restritos, antes da constituição em vigor, atualmente passando a ser universalizados, e passando a ser norteados pela descentralização.

O Sistema Único de Saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. [...] A iniciativa privada é permitido participar desse sistema de maneira complementar (BRASIL, 1990, p. 2).

Antes dessa resolução haviam ações preventivas realizadas pelo Ministério da Saúde e ações curativas prestadas pelo Ministério da Previdência Social. O acesso a esses serviços até então era direito de todos, porém daqueles que contribuíam para o então sistema que contemplava os trabalhadores que tinham registro em carteira. Já as ações como as campanhas de vacinação, eram de competência do ministério da saúde.

O artigo 196 trata do princípio da universalidade, que representa a inclusão de todos no que se refere ao amparo assistencial prestado pelo SUS, em que qualquer pessoa tem direito a ser atendido nas unidades públicas de saúde, mesmo que não seja contribuinte, ou que tenha registro em carteira trabalhista.

Para que essas garantias sejam efetivadas na prática, o Estado criou um conjunto de ações voltadas à formulação, implementação e manutenção de direitos adquiridos pela sociedade. Segundo Teixeira (2012, p. 2)

“Políticas públicas” são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado.

O foco da nossa pesquisa é a política da humanização, mais não podemos deixar de mencionar algumas políticas de saúde importantes para a evolução da assistência a saúde no Brasil. E se essas medidas trouxeram benefícios para o SUS, podemos destacar às ações para o controle do tabagismo, as quais dependem de estratégias em diferentes dimensões governamentais e não-governamentais, a

exemplo do Ministério da Saúde, o Instituto Nacional do Câncer (INCA). Que é responsável, desde 1989, pela Política Nacional de Controle do Câncer, que coordena as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), Também as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama no Brasil, e também com o Programa de Integração Docente Assistencial na Área do Câncer (PIDAAC), atualizado.

No nosso país o interesse pelas Organizações Não Governamentais (ONGs), surgiu a partir dos anos de 1990, nos quais elas foram legalmente reconhecidas institucionalmente através da Lei nº 9.790 de 23 de março de 1999. Devido algumas lacunas deixadas pelo poder público, esse segmento surge para dar suporte às necessidades da sociedade que muitas vezes não pode esperar, diante do agravamento das questões sociais ela própria se organiza e funda essas organizações que para funcionar é preciso que seja criado um estatuto interno que garantam seu funcionamento.

Embora entendemos que a saúde pública é um direito do cidadão e o dever do Estado, as ONGs surgem para viabilizar mais recursos a seguimentos da sociedade que se encontram em estado de vulnerabilidade.

Como serviço de complementariedade ao SUS, a AEV, situada em Campina Grande/PB destina-se a prestar apoio a pessoas acometidas de câncer, no sentido de disponibilizar remédios não fornecidos pela rede pública de saúde, cesta básica, suplemento alimentar, entre outros atendimentos, como também apoiando as ações que promovam a efetivação dos direitos dos portadores de câncer, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Promoção da assistência Social, visando lutar, zelar e primar pelo estabelecimento e desempenho de política assistencial e filantrópica ligada a pessoas com neoplasia (câncer) em geral e sua família, como: a) empreender apoio humano, emocional, emocional e material, podendo envolver visitas hospitalares e/ou domiciliares, sem qualquer discriminação ou preconceito (AEV, 2008 Art. 2º, inciso a)

Os portadores de câncer no nosso país contam com uma Política Nacional de Atenção Oncológica estabelecida através da portaria nº 2.439, Além de disso os portadores de cânceres malignos possuem direitos assegurados por leis, tais como: saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)<sup>1</sup>, saque do PIS/PASEP<sup>2</sup>,

---

<sup>1</sup> Lei nº 8.922/94 e Decreto nº 5.860/2006.

auxílio doença<sup>3</sup>, aposentadoria por invalidez<sup>4</sup>, Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>5</sup>, isenção de imposto de renda<sup>6</sup>, isenção do IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados) na compra de veículos<sup>7</sup>, passe livre nos transportes urbano<sup>8</sup>, cirurgia de reconstituição mamária pelo SUS<sup>9</sup>, e outros, mas a falta de informação é grande e muitos portadores deixam de desfrutar desses benefícios por falta de conhecimento desses direitos, que não cura, mais contribui para diminuir os danos causados pela doença.

### 3 POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO SUS

Apesar dos avanços na área de oncologia, ainda é um estigma e para muitas pessoas que vêem o câncer como um sinônimo de morte, por causa de especulações e mitos associados a ele através de casos isolados. Mesmo assim é possível prevenir-se contra o câncer através da prática de hábitos saudáveis de alimentação e exercícios físicos, extinguindo também a prática de fumo, ingestão de álcool, e o uso de protetor solar para a prevenção do câncer de pele.

No Brasil, foi estabelecida a Política Nacional de Atenção Oncológica, no dia 8 de dezembro de 2005, através da Portaria nº 2.439, com o objetivo de:

Instituir a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas e as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2005, p. 1).

Desta forma, a população tem condições de acesso a um serviço estruturado e direcionado a área da oncologia.

O Ministério da Saúde do Brasil na tentativa de mudar essa realidade lançou programas como o Parto Humanizado, Mãe Canguru, Hospital Amigo da Criança e o

<sup>2</sup> Resolução nº01, de 15/10/96 do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP.

<sup>3</sup> Portaria Interministerial MPAS/MS nº2.998 de 23/08/2001 conforme Lei nº8.213/91, Art.26, II

<sup>4</sup> Lei nº 8.112 de 11/12/90. Art.186.

<sup>5</sup> Decreto nº 6.214/07, Art. 4º, II.

<sup>6</sup> Lei nº 7.713/88, Art. 6º, XIV

<sup>7</sup> A partir da nova legislação, surgida com as Leis nº10.690/03 e nº 10.754/03.

<sup>8</sup> Lei nº 8.899, de 29/06/94 e Decreto nº 3.691, de 19/12/2000.

<sup>9</sup> Lei nº 9.797 de 06/05/99.

Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2001, cujo objetivo principal é aprimorar as relações dos profissionais da saúde, tanto entre si como no tratamento com a comunidade. Em 2003, o programa foi institucionalizado estendendo seu conceito de humanização dos hospitais para toda a rede SUS e definiu uma política, cujo foco passou a ser, principalmente, os processos de gestão e de trabalho. Como Política Pública de Saúde, agora PNH se apresenta como um conjunto de diretrizes transversais que norteiam toda atividade institucional que envolva usuários ou profissionais da Saúde.

As políticas sociais públicas são uma das respostas privilegiadas à questão social, ao lado de outras formas, acionadas para enfrentamento por distintos segmentos da sociedade civil, que possuem programas de atenção à pobreza, como corporações empresárias, organizações não governamentais, além de outras, de organização das classes subalternas, para fazer frente aos níveis crescentes de exclusão social a que se encontram submetidas (IAMAMOTO, 1999, p. 58).

A humanização nasceu dentro do SUS com princípios totalmente de inspiração humanista: universalidade, integralidade, equidade e participação social. Em qualquer concepção, instância de atenção ou gestão. Tal caráter faz do SUS, hoje, o principal sistema de inclusão social deste país.

Inicialmente as ações desenvolvidas nessa área eram chamadas “humanizadoras” no intuito de tornar o ambiente hospitalar mais afável com atividades lúdicas e de entretenimento muitas vezes promovidas pelos próprios funcionários para diminuir o sofrimento que o ambiente hospitalar provoca em pacientes e trabalhadores. Percebidas pelos próprios funcionários em seu ambiente de trabalho. Hoje, já existem várias abordagens, manifestações ideológicas, teóricas e programas direcionados a essa prática na área da saúde.

Como a pesquisa trata de conceitos como atendimento humanizado, a Política Nacional de Saúde, em vigor a partir de 2003, entende por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, sendo usuários, trabalhadores ou gestores.

O conceito de humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção

coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão dos serviços (RIOS, 2009, p. 10).

A 'humanização' em saúde volta-se para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e produção de sujeitos (CAMPOS, 2000). Benevides e Passos (2005, p. 399) definem "a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde".

A humanização pode ser vista hoje sob vários aspectos, tais quais: princípios de conduta humanística e ética, movimento contra a violência institucional, política pública para a atenção e gestão no SUS, metodologia que auxilia para a gestão participativa entre outros. Esse é um conceito que valoriza a pessoa e a melhoria da qualidade de vida, mudando a tradição institucional com métodos e ações de atenção à saúde. Surgindo como resposta, na forma de ações localizadas, e foi se instituindo até se tornar uma política pública de Saúde.

Não por acaso, a humanização une suas primeiras vozes nos hospitais, dando voz a um movimento contrário à situação em que há aqueles que ditam as regras e outros que obedecem e sem opinar sobre nada. Nesse sentido, a humanização buscava nas ações humanizadoras a recuperação da saúde física, mas principalmente do respeito, do direito, da generosidade, tais práticas deveriam ser desenvolvidas sem que houvesse uma lei para assegurar esse direito.

Neste contexto surgem as ONGs, com o objetivo de viabilizar mais recursos aos portadores de câncer. Elas dão apoio a essas pessoas no sentido de disponibilizar remédios não fornecidos pela rede pública de saúde, cesta básica, suplemento alimentar, entre outros atendimentos, como também apoiando as ações que promovam a efetivação dos direitos dos portadores de câncer, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

É perceptível o interesse atual pela humanização na área quando o assunto é saúde, cada vez mais movimentos de Secretarias de Saúde para implantar a política nacional de humanização. Entretanto, não basta implantar o acolhimento nos hospitais públicos e prontos atendimentos e ou ainda instituir grupos de trabalho de humanização nos diferentes serviços de saúde. É necessário investigar como tais práticas têm se efetivado no concreto das experiências dos trabalhadores, como tais práticas alteram os modelos de gestão em curso.

Através dos questionários replicados na instituição pudemos constatar se o tratamento humanizado tem se efetivado na prática do atendimento aos usuários, por isso nos possibilitou de forma quanti-qualitativa verificar se esse tipo de tratamento contribui para melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, como também se elas têm conhecimento dessa política que lhes é garantida em instituições vinculadas ao SUS.

#### **4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISES DOS DADOS**

Tomando como referência o nosso objeto de estudo, fizemos alguns questionamentos aos usuários para alcançar os objetivos propostos no estudo. Sendo assim, obtivemos os seguintes resultados:

##### **4.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS SUJEITOS**

Como já foi relatado outrora, o questionário foi realizado 15 (quinze) pessoas portadoras de câncer, usuários (as) da Associação Esperança e Vida em Campina Grande/PB. Os dados identitários destes usuários, estão relacionados ao sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil e renda econômica, caracterizando-se da seguinte forma:

###### **a) Faixa etária sexo**

Em relação à faixa etária os dados indicaram que todos os sujeitos têm entre 45 e 65 anos. No tocante ao sexo os dados retratam que apenas um dos sujeitos é do sexo masculino enquanto que 14 são mulheres. Esses resultados vêm ratificar os dados estatísticos:

O câncer da mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Cerca de 1,4 milhões de casos novos dessa neoplasia foram esperados para o ano de 2008 em todo o mundo, o que representa 23% de todos os tipos de câncer. A idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama. As taxas de

incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta [...].

#### **b) Grau de escolaridade**

Os dados retratados mostram que dos sujeitos da pesquisa, dois possuem o ensino médio, seis tem o ensino fundamental e sete são iletrados. Sendo o nível de escolaridade ser uma exigência do mercado, percebemos que a situação educacional das pessoas pesquisadas é baixa e isso pode ser determinante para que as rendas também sejam. A esse respeito diversos estudos apontam que apenas as diferenças em anos de escolaridade explicam cerca de 30% da desigualdade de remuneração entre os trabalhadores brasileiros. O mercado de trabalho, nesse caso, é apenas um tradutor da desigualdade educacional em desigualdade de remuneração (IPEA, 2006).

#### **c) Estado civil**

Em relação ao estado civil dos entrevistados os dados indicam que cinco são casadas, seis são solteiras, sendo dois viúvas e dois são divorciadas.

#### **d) Inserção no mercado de trabalho**

Nenhum dos entrevistados encontra-se inserido no mercado de trabalho, e somente quatro não possui nenhum tipo de renda, declarando que vivem com ajuda de parentes, a maioria já é aposentada, dois afirmam ter benefício social por motivo da doença, dois tem bolsa família e apenas um é pensionista. A partir de uma análise crítica depreendemos que um número expressivo encontra-se em situação de desemprego, uma expressão concreta da “questão social”, logo, resultando em procura por benefícios assistenciais.

Sabemos que o mercado de trabalho atualmente é excludente por vários indicadores, tais quais, a falta de qualificação, faixa etária, padrões estéticos e vários outros, para o portador de câncer se inserir no mercado há também agravantes por causa da situação de fragilidade física, emocional a que eles se encontram por causa da doença e também do tratamento a que são submetidos.

Castells (1999) nota que a economia global tem ampliado as desigualdades sociais e afirma que a atual economia inclui tudo que para ela tem valor e exclui o que não é valorizado. O autor lembra que o valorizado por essa economia é a alta

tecnologia que reforça a desigualdade social, por não valorizar os indivíduos que não têm acesso a ela ou não participam de sua produção. Em meio a esse contexto surgem as políticas de amparo social as pessoas que delas necessitam.

## 4.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

A ocorrência das doenças reflete o modo de viver das pessoas, suas condições sociais, econômicas e ambientais. A forma pela qual o indivíduo se insere em seu espaço social e como ele se relaciona é o que desencadeia o processo patológico e, a partir daí, define diferentes riscos de adoecer e morrer (BRASIL, 2006, p. 20),

Deixando evidente que há vários determinantes que podem influenciar no diagnóstico de uma determinada patologia, com o câncer não é diferente:

Hoje se reconhece que o aparecimento do câncer está diretamente vinculado a uma multiplicidade de causas, suficientes para constituírem uma causa necessária. Não há dúvida de que em vários tipos de câncer a susceptibilidade genética tem papel importante, mas é a interação entre esta susceptibilidade e os fatores ou as condições resultantes do modo de vida e do ambiente que determina o risco do adoecimento por câncer (BRASIL, 2006, p. 20).

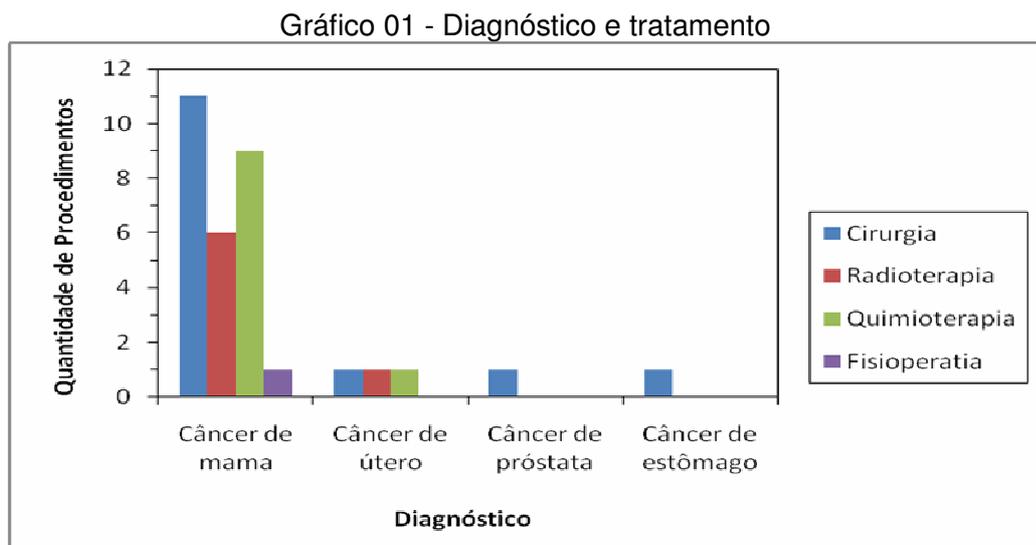
Segundo os médicos, melhor tratamento ainda é aquele que previna o surgimento da doença. Para tanto, os especialistas aconselham as pessoas a ter uma vida saudável, bons hábitos alimentares e exercícios físicos regulares.

Porém o objetivo do tratamento é curar a doença e trazer melhoria da qualidade de vida para o portador que conta com significantes avanços tecnológicos nessa área, como quimioterapia, radioterapia, imunoterapia. “[...] Elas são usadas em conjunto no tratamento das neoplasias malignas, variando apenas quanto à importância de cada uma e a ordem de sua indicação.” (BRASIL, 2010, p. 16).

As pessoas ficam fragilizadas e precisando também de apoio psicológico e de um atendimento digno que vai além do tratamento que combate a doença.

### 4.3 IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Poderemos constatar no Gráfico 01, que entre os entrevistados há vários tipos de câncer, de tratamentos e que na maioria dos casos as pessoas acometidas são mulheres, com maior incidência de câncer de mama.



Fonte: Dados da pesquisa de campo (2012)

Constatamos que a maioria das pessoas entrevistadas, como também a maioria dos usuários da AEV são mulheres, com maior ocorrência dos casos de cânceres de mama, tido como segundo tipo mais frequente no mundo, sendo o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Isso vem ratificar os dados os indicadores abaixo:

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. Estimativa de novos casos: 52.680 (2012) (INCA, 2011, p. 33).

Isso se dá porque as mulheres tendem a se cuidarem mais e procuram com mais frequência fazer exames periódicos como: papanicolau, mamografia, entre outros que estão em evidência por causa das campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde e pela mídia. Como também reflete o modo de viver dessas pessoas por causa da alimentação, o uso de fumo e de bebidas alcoólicas.

Todas essas pessoas passaram por vários tratamentos na busca de uma cura contra os seus respectivos cânceres, vimos que os tratamentos são comuns como Cirurgias, e tratamentos Quimioterápicos e de Radiação, quando se faz necessário, além disso, passaram por diversos consultórios médicos e hospitais conveniados com o SUS, por isso aplicamos nossas entrevistas com essas pessoas que recebem apoio complementar aos tratamentos médicos pra verificar se na prática as pessoas tem sido favorecidas pela política nacional de humanização que por lei deve ser vivida pelos profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde.

Entendemos que como a Associação Esperança e Vida têm o objetivo de trazer melhoria na qualidade de vida dos portadores de câncer, com tratamentos complementares, com apoio psicológico e terapias ocupacionais, então o atendimento deve ser também pautado pela política de humanização que norteia o SUS. Principalmente por que essas pessoas se encontram numa posição de vulnerabilidade social, devendo mais do nunca ter direito a tratamentos dignos da pessoa humana, sendo informados adequadamente sobre seus diagnósticos e respectivos tratamentos, tendo a sua disposição as informações necessárias a sua reabilitação, até por que são pessoas que demonstram não ter conhecimento científico sobre o câncer, sobre as possibilidades de cura e sobre tudo sobre os direitos que eles têm como cidadãos assegurados pelo Estado.

#### 4.4 CONCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DA AEV ACERCA DO TRATAMENTO HUMANIZADO

Valorizar as dimensões subjetivas e sociais nas práticas de gestão em saúde fortalece, e estimula a integração dos processos e incentiva o compromisso e a responsabilização dos sujeitos como cidadãos, por isso é relevante que eles tenham acesso a informação a respeito de sua realidade.

Perguntado aos usuários da AEV acerca do tratamento humanizado, encontramos os seguintes depoimentos:

*“Não, não entendo não. Mais eu fui muito bem atendido, todos os médicos e enfermeiras do hospital da FAP me trataram muito bem [...]”* (Entrevistado 1).

*“Não. Mas, Já ouvi falar muito, mas acho também que isso depende da pessoa tratar bem. A gente tem que pedir licença ao entrar na sala do médico [...]”* (Entrevistado 2).

*“O meu entendimento é pouco em relação a isso. Mais fui bem tratada em todos os atendimentos pelos que passei [...]”* (Entrevistado 6).

Ao analisarmos as falas, identificamos que os usuários apesar de não terem conhecimento científico sobre humanização, nem sobre sua constituição como direito garantido em forma de política pública, porém sabem que se trata de um tratamento digno da pessoa humana, eles demonstram bons níveis de satisfação com o tipo de atendimentos prestados nos hospitais públicos e instituições filantrópicas.

*“Enfrentei, eu não tinha dinheiro para pagar as consultas, mas fiz tudo pelo SUS, passei dois anos e meio andando pra um canto e pra outro pra poder ser atendido pra chegar o dia de eu me operar [...]”* (Entrevistado 1)

*“A maior dificuldade é na hora que precisamos fazer os exames, que são exames que precisam ser rápidos e se a gente esperar pelo SUS vai morrer numa fila de espera. E nesse momento nós temos que arrumar de onde não tem então a maior dificuldade foi colocar os exames em dias para poder fazer a cirurgia. Isso pra mim foi a maior dificuldade [...]”* (Entrevistado 6)

*“Não eu fiz tudo na FAP, bem tranquilo, não tive dificuldades para fazer nada. Tudo que foi feito lá foi feito bem tranquilo, não teve muita burocracia [...]”* (Entrevistado 9)

De acordo com as falas retratadas acima, identificamos que os usuários acometidos de câncer relataram que têm enfrentado alguns procedimentos burocráticos na busca de tratamentos para o enfrentamento da doença, não com relação ao atendimento prestado pelos profissionais, mas na morosidade para a realização de exames. Isso traz certo desgaste físico e emocional, conforme vem corroborar no entendimento do autor abaixo relacionado:

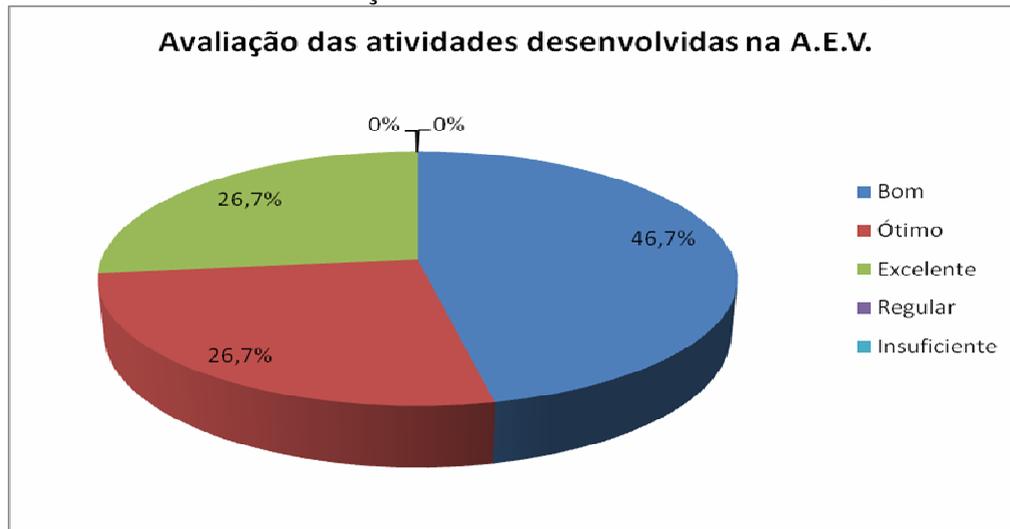
o diagnóstico de câncer e todo o processo da doença são vividos pelo paciente e toda sua família como um momento de intensa angústia, sofrimento e ansiedade [...] o paciente comumente vivencia no tratamento, geralmente longo, perdas e sintomas adversos, acarretando prejuízos nas habilidades funcionais, vocacionais e incerteza quanto ao futuro (VENÂNCIO, 2004, p. 56).

Como já foi mencionado, é importante para a eficácia do tratamento um prognóstico rápido e certa pressa no início de seu desenvolvimento para impedir o avanço da doença, por isso é necessário que haja uma agilidade maior e menos burocracia nesse processo, dentro das instituições públicas de saúde.

#### 4.5 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA AEV

As atividades desenvolvidas na AEV aproximam esses sujeitos que estão expostos a tratamentos afins e as mesmas condições sociais impostas pelo câncer, muitas vezes trazendo-as para um isolamento social, essas atividades são uma forma de interação social, em que as pessoas tem oportunidade de compartilhar das mesmas experiências e aprender uns com os outros, não se sentindo diminuídas pela condição da enfermidade que as acometeu.

Gráfico 02 - Avaliação das atividades desenvolvidas na AEV



Fonte: Dados da pesquisa de campo (2012)

Ao analisarmos o Gráfico 02, os dados demonstram que 26,7% das pessoas avaliam que as atividades desenvolvidas na AEV são excelentes; 26,7% dos usuários consideram que são ótimas e 46,7% acham que são boas. Sendo assim, pelos dados acima destacados identificamos que nenhum dos sujeitos avaliou as ações de forma negativa. Esse entendimento vem corroborar com o foco do tratamento não é somente centrado no cuidado com a doença, mas também uma atenção voltada para a qualidade de vida que o portador de câncer terá enquanto faz o tratamento. Com relação a isso, Castro (2003 apud SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010, p. 229) diz o seguinte:

A qualidade de vida tem sido preocupação constante do ser humano, desde o início de sua existência e atualmente constitui um compromisso pessoal à busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável das condições de modo de viver, como saúde, moradia, educação, lazer, liberdade, trabalho, auto-estima, entre outras.

Segundo Gargiulo et al (2007, p. 698),

o cuidado é um sentimento inerente ao ser humano, que percorre toda humanidade e está presente em nossa vivência diária, na família, no trabalho, no convívio social, fortalecendo sentimentos e conservando a relação entre quem cuida e quem é cuidado

Considerando os resultados obtidos através da avaliação de quem faz uso dessas atividades é um bom ponto de partida para a melhoria na prestação desses serviços por que possibilita a comprovação de sua eficácia, a respeito disso, Ketele (1993) referencia, também, a avaliação ao processo de verificação de objetivos previamente definidos. Segundo este autor, no próprio processo de ensino-aprendizagem surge a avaliação, funcionando como um mecanismo que verifica se os objetivos pretendidos são atingidos.

#### 4.6 AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO PRESTADO PELOS PROFISSIONAIS DA AEV

Para que o tratamento seja digno da pessoa humana é necessário que haja um bom relacionamento entre os profissionais e usuários, já que esse tipo de atendimento se constitui de forma diária e de intensa convivência.

Ao perguntarmos para os usuários sobre o tratamento que os profissionais e voluntários da Associação prestavam a eles era um atendimento que corresponde com as suas expectativas no que se refere a humano e digno. Identificamos no Gráfico 03 que essa prática está inserida no atendimento diário dessas pessoas.



Fonte: Dados da pesquisa de campo (2012)

No Gráfico 03 podemos constatar o nosso objetivo maior que é a prática da Humanização que é constituída como política pública do SUS, assegurada por lei que garante que as pessoas disponham de uma infra-estrutura adequada a pessoas humanas.

Para o enfrentamento do câncer, são necessárias ações que incluam: educação em saúde em todos os níveis da sociedade; promoção e prevenção orientadas a indivíduos e grupos (não esquecendo da ênfase em ambientes de trabalho e nas escolas); geração de opinião pública; apoio e estímulo à formulação de leis que permitam monitorar a ocorrência de casos (INCA, 2012, p. 270).

Constatamos que o resultado é satisfatório, mesmo não tendo conhecimento científico desse direito, eles compreendem que o tratamento é realizado de forma positiva, com ótimo de índice de aprovação, mostrando que 26,7% falaram que o tratamento é “humanizado”, que é excelente, enquanto que 26,7% diz que é ótimo e 26,7% relataram que é bom, com nenhuma avaliação negativa.

Nesse contexto, uma das primeiras conceituações adotadas na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para a Humanização diz:

Humanização é o processo de transformação da cultura institucional que reconhece os aspectos subjetivos das relações humanas, os valores socioculturais e os funcionamentos institucionais na compreensão dos problemas e elaboração de ações de saúde, melhorando as condições de trabalho e a qualidade do atendimento (RIOS, 2003, p. 20).

Trata-se de levar em consideração as necessidades sociais e os interesses dos diferentes atores envolvidos no âmbito da saúde constituindo a política de forma materializada e concreta. Essas ações além de garantir direitos, tem a capacidade de transformar e ampliar os espaços dentro do sistema da saúde apontando para novos caminhos na produção e promoção da saúde.

Os resultados apontam que os sujeitos aqui mencionados revelam não ter conhecimento teórico sobre a temática, porém mostram-se satisfeitos, com uma avaliação positiva a respeito do tratamento recebido pelos profissionais da AEV.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que o objetivo deste trabalho foi verificar se a humanização se evidenciava na prática do atendimento da AEV, onde ficou constatado que em todas as áreas vive-se um atendimento humanizado que corresponde as expectativas e as inquietações dos portadores de câncer assistidos naquele lugar.

Sendo assim, ao traçar um resumo do perfil sócioeconômico dos sujeitos desta pesquisa, constatamos que essas pessoas tem em média entre 45 e 65 anos de idade um baixo nível de escolaridade e que não há pessoas inseridas no mercado de trabalho, sabemos que atualmente o mercado exige cada vez mais qualificação profissional e mais excludente para pessoas com essa faixa etária, isso explica o fato de o mercado de trabalho, traduzir a desigualdade educacional versus a desigualdade de remuneração.

Os usuários relatam que o atendimento prestado trouxe uma melhoria na qualidade de vida deles e uma atenção especial ao portador de câncer e essa forma de tratar é reconhecida e valorizada por eles como um atendimento de qualidade, dentre os quais lhes dão as orientações necessárias ao enfrentamento da doença, como também a oportunidade de socialização, de atividades que contribui para o bem estar físico e mental dessas pessoas.

Ao realizarmos esse estudo, verificamos de acordo com os relatos dos sujeitos que o atendimento prestado na Associação Esperança e Vida tem contribuído de forma positiva promovendo valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde como qualidade de vida dos usuários com práticas assistenciais que dão suporte aos portadores de câncer as quais contribuem paralelamente com os tratamentos que são oferecidos nas instituições públicas de saúde que lhes prestam atendimento.

Isso deixa evidente que só o tratamento convencional não engloba todas as dimensões de um tratamento contra o cancer, mostrando que o avanço tecnológico contribui para a regreção e/ou extinção, mais trata somente a doença, não correspondendo as inquietações das pessoas acometidas, que precisam também de apoio psicossocial e orientação sobre a realidade que lhes acometeu, e é quando surge a necessidade de outro tipo de acompanhamento que seja direcionado a melhoria de qualidade de vida.

Consideramos que a humanização como política pública inserida no contexto do Sistema Único de Saúde foi uma grande conquista social que não deve ser vista como um mero programa a ser aplicado em serviços de saúde, ele deve ser encarado como política que opere transversalmente em toda a rede SUS, como é o caso da Associação mencionada que mostra essa prática em suas ações e no modo de operar seu conjunto de relações.

Acreditamos que este trabalho trouxe uma relevante contribuição para a temática da humanização e seus impasses, constatamos que mesmo não demonstrando entendimento científico sobre o tema os usuários relataram no decorrer das entrevistas que sempre que procuraram os serviços de saúde foram bem atendidos, não encontrando muitas dificuldades, burocracia ou preconceito durante os atendimentos, alguns relatam em suas falas que o único inconveniente se dá por causa da demora na marcação de alguns procedimentos.

Finalmente, esse trabalho contribuirá com material teórico baseado na percepção dos usuários, para a associação, para os estagiários, voluntários e profissionais que desenvolvem algum tipo de trabalho de cunho social no referido local.

## REFERÊNCIAS

AEV. Associação de Apoio aos Portadores de Câncer Esperança e Vida. **Reforma estatutária**. Campina Grande, 2008.

BARBOSA, A. **Câncer, direito e cidadania**: como a lei pode beneficiar pacientes e familiares. 13 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**: comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 9, n. 17, mar./ago. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 dez. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 out. 1996.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativas da incidência risco de câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 8. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

CAMPOS, G. W. **Um método para análise e co-gestão dos coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CASTELLS, M. O espaço de fluxos. In: \_\_\_\_\_. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999. (A era da informação: economia, sociedade e cultura, v. 1).

CUNHA, P. J. P.; CUNHA, E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

DE KETELE, J. M. L. Evaluation Conjuguée en Paradigmes. **Revue Française de Pédagogie**, v. 103, p. 59-80, 1993.

GARGIULO, C. A. et al. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 696-702, out./dez. 2007.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Nota técnica: sobre a recente queda da desigualdade de renda no Brasil**. Brasília: IPEA, 2006.

JUBERG, C.; GOUVEIA, M. E.; BELISÁRIO, C. Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 139-146, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

RIOS, I. C. A humanização na saúde. **BIS**: Boletim do Instituto de Saúde, v. 12, p. 20, 2003.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde**: prática e reflexão. São Paulo: Áurea, 2009.

SANTOS, M. J. A. **Aprender a viver juntos**: que significado curricular no 1.º Ano? 2009. 268 f. Dissertação (Mestrado em Supervisão Pedagógica) - Universidade Aberta, Lisboa, 2009.

SILVA, C. B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro: INCA, n. 56, v. 2, p. 227-236, 2010.

SILVA, H. M. S.; FERRARI, B. L.; ROCHA, M. L. L. **Ginecologia e obstetrícia**: Manual para Concursos/TEGO. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Disponível em:  
<[http://www.fit.br/home/link/texto/politicas\\_publicas.pdf](http://www.fit.br/home/link/texto/politicas_publicas.pdf)> Acesso em: 20 abr. 2012.

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. p. 55-63, 2004.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE (maior de 18 anos)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “O PROCESSO DE ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE CÂNCER: um estudo a partir da humanização em saúde na Associação Esperança e Vida de Campina Grande – PB.

-Ao voluntário só caberá a autorização para entrevistar e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.

- Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

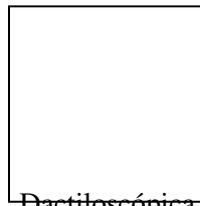
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8750-0722, com Valéria Kelly, no 2101-1366.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Pesquisador



Dactiloscópica

Assinatura do Participante

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Código: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Município \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Situação Profissional/econômica/Previdência Social \_\_\_\_\_

---

**1. Sexo:**

Fem. ( ) Masc. ( )

**2. Estado civil:**

( ) casada (o) ( ) solteira (o)  
 ( ) divorciada (o) ( ) viúva (o)  
 ( ) união estável ( ) amasiado(a)  
 ( ) outros

**3. Faixa etária:**

21 a 25 anos ( ) 26 a 30 anos ( )  
 31 a 35 anos ( ) 45 anos acima ( )

**4. Grau de Escolaridade:**

( ) Iltrado.....( ) Ensino Médio.....( ) ensino Fundamental....( ) Superior(...) pós-graduação

**5. Tempo que freqüenta a instituição:**

( ) meses ( ) 3 a 5 anos  
 ( ) 1 a 2 anos ( ) 6 a 8 anos

**6. Renda Familiar:**

( ) não possui ( ) 1 a 2 salários mínimos  
 ( ) inferior ou igual ao salário mínimo ( ) dependente de outro

**1-Como obteve conhecimento do seu diagnóstico?**

**2-Quais os tipos de tratamentos pelos quais já passou e os hospitais que realizaram esses tratamentos?**

**3- Qual é o seu entendimento sobre a doença?**

**4 – Como a família reagiu ao saber que você era portador de câncer? E os amigos?**

**5-Como obteve conhecimento da Associação Esperança Vida?**

**6-Enfrentou algum tipo de dificuldades nos serviços de saúde onde foi atendido (a)?**

**7-Que tipo de apoio encontrou ao ser cadastrado na Associação Esperança Vida?**

**8-Como se dá sua relação com profissionais e voluntários na instituição mencionada?**

**9- Qual é o seu entendimento sobre tratamento humanizado?**

**09- Como você avalia o atendimento prestado pelos profissionais da Associação Esperança Vida?**

(1) Bom (2) Excelente (3) Insuficiente  
 (4) Ótimo (5) Regular (6) Nada a declarar

**10-Com base nos parâmetros acima, como você avalia as questões abaixo relacionadas?**

		1	2	3	4	5	6
a)	Como se dá o relacionamento entre os usuários da Associação?						

		1	2	3	4	5	6
b)	Como você avalia as atividades desenvolvidas, de maneira a trazer melhoria da qualidade de vida?						
c)	O tratamento humanizado						

OBSERVAÇÕES:

---



---



---

# **ANEXOS**

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA****UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS****FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB****PROJETO: CAAE 0685.0.133.000-11****PARECER**

- APROVADO**  
 **NÃO APROVADO**  
 **PENDENTE**

**TÍTULO: A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTOS A PESSOAS COM CÂNCER:Um Estudo na Associação Esperança e Vida de Campina Grande-PB****PESQUISADOR: WILLIAM ALMEIDA DE LACERDA****DESCRIÇÃO:**

Considerando que o projeto de pesquisa reapresentado, apresenta alterações sutis mas, que atendem as exigências listadas no check-list do CEP/UEPB, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa pelo cumprimento das considerações éticas necessárias.

**Campina Grande, 09/12/2011****Relator: 07**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Dornília Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa