



A busca da humanização no setor de transplante autólogo de medula óssea sob a perspectiva da enfermagem

Karla Dala Paula Torres¹, kellymap@hotmail.com; **Kelly da Mata Ambrósio Pereira**²;
Izaedis Machado da Silva³; **Wellington de Souza Mata**⁴; **Iara Elisa Pereira**⁵

1. Graduada em enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), MG;
2. Especialista em Gestão de Saúde Pública pela Faculdade do Noroeste de Minas (FINOM), Paracatu, MG;
3. Mestrado profissionalizante em Meio Ambiente e Sustentabilidade pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC), MG;
4. Doutor em Biologia Celular e Estrutural pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), MG; professor no Centro Universitário de Caratinga (UNEC), MG;
5. Graduanda em Medicina no Centro Universitário de Caratinga (UNEC), MG.

Artigo recebido em 1º maio 2011 e aprovado em 09 dez. 2011

RESUMO: Este estudo investigou os sentidos e expectativas das enfermeiras associadas à idéia de humanização; identificou suas percepções em relação à assistência prestada e analisou as ações de humanização no setor de Transplante Autólogo de Medula Óssea (TMO) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com cinco enfermeiras do setor. Os resultados mostram o esforço das profissionais em valorizar e dignificar a vida humana, além da preocupação em proporcionar o conforto necessário aos pacientes para enfrentarem as peculiaridades do processo.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, humanização, transplante de medula óssea, transplante autólogo.



RESUMEN: La búsqueda de humanización en sector de trasplante autólogo de médula ósea en la perspectiva de las enfermeras.

Se trata de un estudio cualitativo y tiene como objetivo investigar los significados y las expectativas de las enfermeras asociadas a la idea de la humanización; identificar sus percepciones sobre la asistencia prestada y analizar las acciones de humanización en el sector de Trasplante autólogo de Médula Ósea (TMO). Para ello, llevamos a cabo entrevistas semi-estructuradas con cinco enfermeras en el sector de TMO del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Juiz de Fora. Los resultados muestran que el estrés de los enfermeros a valorar y dignificar la vida humana, más allá de la preocupación de proporcionar la comodidad necesaria a los pacientes a hacer frente a las peculiaridades del proceso.

Palabras llaves: enfermería, humanización, trasplante de médula ósea, trasplante autólogo.

ABSTRACT: The searching for humanization in the autologous bone marrow transplantation sector, in the perspective of the nurses.

This is a qualitative study that aimed to investigate the meanings and expectations of nurses associated with the idea of humanization, to identify nurse's perceptions regarding to the assistance provided by them and analyze the actions of humanization in the sector of autologous bone marrow transplantation (BMT). For this purpose, we conducted semi-structured interviews with five nurses in the Autologous Bone Marrow Transplantation sector from University Hospital of Federal University of Juiz de Fora. The results show the efforts of nurses to value and dignify human life, beyond the concern to provide the necessary comfort to the patients to cope with the peculiarities of the process.

Keywords: nursing, humanization, bone marrow transplant, autologous transplantation.

Introdução

O transplante de medula óssea (TMO) é uma modalidade terapêutica para algumas doenças oncológicas, hematológicas e imunológicas, sendo hoje uma esperança de cura ou aumento da sobrevida para os pacientes. Porém, o diagnóstico de câncer ainda apresenta o estigma de morte, dor e perda de autonomia.

A criação, pelo Ministério da Saúde, em 2001, do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar expressa a necessidade da reestruturação dos serviços de saúde, propondo a introdução da assistência humanizada nos hospitais. A iniciativa foi reconhecida e ampliada em 2003 com a continuidade e a transformação do programa na Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS). Desde então, o conceito de humanização vem revelando grande potencial para promover avanços no atendimento à saúde.

Deste modo, o atendimento humanizado é uma demanda atual no contexto dos serviços de saúde, que visa desfragmentar os processos de trabalho e melhorar a qualidade do vínculo estabelecido entre trabalhadores de saúde e usuários, incluindo a necessidade da qualificação dos profissionais para lidar com as dimensões subjetivas e sociais do processo saúde/doença.

Em especial, o TMO é um processo destinado a clientes que necessitam de atendimento de enfermagem contínuo, devido à complexidade de eventos e situações que possam ocorrer, pois o tratamento implantado é altamente agressivo e estressante, e o paciente necessita de uma hospitalização longa. Além de provocar severos efeitos colaterais, complicações e fatores de tensões físicas e psicológicas, interfere nos hábitos de vida, auto-imagem e auto-estima do paciente.

Cabe considerar que, para conhecer a realidade do atendimento do serviço de enfermagem nos cuidados ao paciente submetido ao TMO, é preciso saber o significado que os profissionais enfermeiros atribuem ao termo “humanização”. É necessária também a reflexão permanente acerca dos modos de prestar a assistência, de estabelecer um relacionamento com os usuários dos serviços e das reais condições de trabalho no contexto social em que vivem os enfermeiros.

O projeto de pesquisa “A Humanização da Assistência num Hospital de Ensino de Juiz de Fora (MG): Conhecer para Cuidar” está em andamento desde 2006 no Hospital Universitário da UFJF e tem como objetivos analisar a realidade do atendimento no hospital, tendo como parâmetro a humanização; analisar as ações de humanização; e investigar os sentidos e expectativas associadas à ideia de humanização.

Apesar de acreditarmos que a humanização da assistência deva englobar não somente o usuário do serviço, mas todas as pessoas envolvidas no processo,

nosso enfoque nessa pesquisa é a visão dos enfermeiros e seus sentidos e expectativas associados à ideia humanização, portanto não destacaremos as condições de trabalho dos profissionais.

Em 2001, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), destinado a promover uma nova cultura de atendimento a fim de uma melhor qualidade e eficácia dos serviços de saúde. Para isso, tem como objetivo “aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade” (BRASIL, 2001, p. 7).

I – Materiais e métodos

A pesquisa foi de natureza qualitativa, um estudo de campo, com método de pensamento reflexivo, procurando conhecer um pouco da realidade do atendimento no transplante de medula óssea. De acordo com Minayo (1994, p. 22), esse tipo de pesquisa “se preocupa com o universo de valores, crenças, afirmações e significados envolvidos nas relações humanas e que não podem ser quantificadas em dados numéricos e análises estatísticas.”

Ainda segundo Martins (2004), a metodologia qualitativa levanta questões éticas por envolver pesquisa com seres humanos. Ainda que a maioria dos pesquisadores dedique pouca atenção a essa questão, suas pesquisas podem alterar a vida dos entrevistados. Portanto, seguindo padrões éticos, a pesquisa qualitativa foi utilizada para investigar a fundo conceitos e idéias do público-alvo (DIAS, 2007).

O serviço de Hematologia e Transplante de Medula Óssea do HU/UFJF possui cinco enfermeiras, sendo todas escolhidas como sujeitos da pesquisa.

Participaram, portanto, as cinco enfermeiras, trabalhadoras na instituição hospitalar há pelo menos 1 ano e 8 meses a 5 anos, com idades de 27 a 52 anos, e de todos os turnos de trabalho, sendo duas do diurno, uma do vespertino e duas do noturno. As enfermeiras concordaram livremente em participar, após terem conhecido os objetivos e método do trabalho. Assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, atendendo aos preceitos éticos inerentes a estudos dessa natureza.

Os dados foram coletados no período de setembro a outubro de 2009, mediante a técnica de entrevista com roteiro semi-estruturado. Estas entrevistas foram gravadas com um MP4, transferidas para arquivo em computador e transcritas. Serão guardadas por cinco anos e posteriormente destruídas.

O roteiro de entrevistas semi-estruturadas constitui em um importante instrumento para a pesquisa qualitativa, pois visa o estabelecimento de um

diálogo dirigido entre o pesquisador e os sujeitos entrevistados, além de nos proporcionar a obtenção de dados objetivos e subjetivos (MINAYO, 1994).

O anonimato foi preservado, sendo todas as enfermeiras referidas no feminino e, no final de suas falas, as mesmas foram indicadas pela sigla ENF (enfermeira), seguida de numeração arábica de 1 a 5, atribuída a cada profissional. Para não identificar as narradoras, não distinguimos características pessoais, sociais ou profissionais.

As entrevistas foram feitas na sala do serviço de hematologia, onde tivemos bastante privacidade, sem interrupções e ruídos. Duraram de 4 minutos e 47 segundos a 6 minutos e 26 segundos; foram realizadas e transcritas pela pesquisadora, visando assegurar o sigilo acordado com as depoentes.

As questões norteadoras foram: 1) O que você entende por humanização? 2) O que você entende por humanização nos cuidados ao paciente submetido ao transplante de medula óssea(TMO)? 3) Você considera o seu ambiente de trabalho humanizado? Justifique. 4) Cite ações que você considera de humanização no setor de TMO. 5) Você considera humanizada a assistência prestada por você? Por quê?

II – Resultados

A análise consiste na ampliação do conhecimento sobre o estudo pesquisado, tentando responder às questões que foram formuladas. Conforme Marconi e Lakatos (2004), utilizamos a decomposição das questões para maior esclarecimento do assunto.

As entrevistas foram transcritas e arquivadas em um computador. Após leitura exaustiva e flutuante do material empírico obtido nas entrevistas, iniciamos a análise dos dados para a discussão sobre a humanização do transplante autólogo de medula óssea a partir da visão das enfermeiras e da pesquisadora.

As falas semelhantes foram agrupadas de acordo com os dados relevantes que surgiam durante a leitura das respostas. Posteriormente, as falas foram separadas em três categorias: a) humanização e o cuidado: conhecendo o conceito a partir da perspectiva das enfermeiras; b) busca da humanização no TMO: atendendo às necessidades e especificidades dos pacientes; c) ações de humanização no TMO: atos humanos.

III – Discussão

Ao tomar a enfermagem como profissão essencial na prestação de serviços de saúde e, portanto, inserida no contexto da humanização, começemos a

discussão dos resultados sobre o significado do termo humanização, falando de Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna.

A criadora da ciência do cuidado, Florence Nightingale, desenvolveu um trabalho de assistência aos enfermos e de organização da infra-estrutura hospitalar em hospitais de campanha durante a Guerra da Criméia, no século XIX. Enxergava o ser humano de forma holística e acreditava no cuidado com a limpeza do ambiente e pessoal, ar fresco e boa iluminação, calor adequado, boa nutrição e repouso, embora ainda nem se conhecesse o conceito de microorganismos, a fim de colocar o paciente na melhor condição possível para que a natureza possa restaurar a saúde e curar as doenças (COHEN, 1984). Florence foi citada por uma das enfermeiras durante a entrevista:

Esse termo (humanização) está sendo usado muito agora por causa de um projeto feito pelo Ministério [da Saúde], mas a gente já faz isso da nossa profissão desde o início mesmo. Se a gente for estudar lá atrás, Florence que abriu essa parte, porque antigamente ninguém olhava os pacientes, ninguém cuidava, e a Florence passou a ter esse cuidado mais humanizado, a conhecer os pacientes, saber o nome do paciente. Entendo como humanização isso. É o atendimento mesmo que a gente faz como pessoa, não como um número ou prontuário, e a partir daquilo ali você desmembra em várias coisa (ENF 5).

A atual Política Nacional de Humanização (PNH) pode ser relacionada com a origem da enfermagem, pois, embora haja diferença em terminologias e conceitos típicos do contexto de cada época, as duas visam à finalidade da humanização, que é contribuir para a melhoria da assistência, estando as idéias de Florence em conformidade com a definição de humanização do PNH como “[...] um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde [...]” (BRASIL, 2004, p. 8).

Além disso, ela se dedicou à missão de formar enfermeiras competentes que assistissem os doentes, não só fisicamente, mas também moralmente, conseguindo provar a eficiência de enfermeiras treinadas para a recuperação de saúde, já que conseguiu reduzir as taxas de mortalidade entre os soldados britânicos (COHEN, 1984). Sendo assim, ela traz as bases da educação formal, organizada e científica da enfermagem, estando também de acordo com a PNH que, em sua implantação, aponta como uma das suas estratégias a qualificação dos trabalhadores.

Segundo o dicionário, humanizar é a prática do humano (FERREIRA, 1986). Entende-se por humano a natureza humana, bondosa, humanitária, que tem o mesmo sentido de humanidade, no qual se incluiu benevolência, clemência, compaixão (FERREIRA, 1986). Portanto, o que realizamos é humano, já que somos humanos, ou seja, é próprio do ser humano visar o bem estar do outro. Porém, a PNH ressalta que devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma política de humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde (BRASIL, 2004).

O cuidado nasce quando se conhece a essência de todas as coisas, quando se descobre os propósitos e finalidades da vida, quando o homem se compromete e assume a responsabilidade de zelar, atender e preocupar-se com o outro (BOFF, 1999). Essa condição de se colocar no lugar do outro, de se comprometer com a subjetividade dos sujeitos, não considerando apenas a doença em si, está presente no discurso das enfermeiras.

E a gente faz isso [humanização] muito por intuição. Intuição não é um termo que a gente usa muito na área científica, mas a gente faz muito isso porque a gente gosta, por amor a profissão e pelo sentimento que a gente tem pelo outro, de se colocar no lugar do outro: “se fosse eu, eu gostaria?”; muita coisa que a gente faz porque é preconizado, mas muita coisa... “se fosse eu, eu gostaria...”, “se fosse, gostaria que colocasse dois cobertores para eu ficar quentinha, não queria ficar só um lençol”. Até mesmo a parte da limpeza, porque você tendo um ambiente limpo, uma cama arrumadinha, está tudo dentro da humanização (ENF 5).

Eu acho que humanização, principalmente na enfermagem, além de nós prestarmos os cuidados que a gente já presta, mesmo referentes a nossa profissão, nós temos que estar bastante atentos aos sintomas que o paciente possui em relação ao psicológico mesmo, como dar conforto no momento que ele precisa, como exemplo, na hora em que está sentido alguma dor, não oferecer somente a medicação e sim também o conforto. Como cobrir o paciente quando está sentindo frio, fazer ele se sentir confortável naquele momento, como gostaria se estivesse em casa (ENF 4).

Essas falas nos levam a constatar que cuidar abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo; vai além de executar técnicas; envolve presença, confiança e atitude do profissional enfermeiro com o paciente (BOFF, 1999).

Nesse sentido, para cuidar, é preciso, muitas vezes, colocar-se no lugar do outro e perceber as necessidades fisiológicas e emocionais, proporcionando ao outro conforto e segurança.

Segundo a PNH: “[...] humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p.6), consideramos que essa assistência de qualidade só é possível quando se leva em conta às necessidades individuais de cada indivíduo, conforme afirma uma enfermeira:

Humanização é prestar uma assistência de qualidade de acordo com a necessidade e realidade do paciente. [...] A humanização nesses pacientes submetidos ao TMO está presente em todo o momento, porque eles são pacientes especiais, eles estão buscando a qualidade de vida. Então, humanizar é de acordo com cada um, cada um tem a sua patologia, de acordo com as suas necessidades, frente a medicamentos diferentes e a sinais e sintomas diferentes e necessidades espirituais e psicológicas diferentes (ENF 3).

O TMO é um processo diferenciado e especializado, sendo assim, encontramos nas falas das enfermeiras uma importância em relação à humanização no setor, devido as suas especificidades e complexidade.

Dentro da unidade de TMO, já estamos tentando buscar essa humanização, entendendo como tendo que ser, já que o paciente fica ali dentro muitos dias, a ser quase como uma obrigatoriedade, humanizar dentro do transplante, para que o paciente possa ficar menos irritado, menos envolvido naquele confinamento, quanto mais a gente fizer ações de humanização, melhor para ele, então entendo que é uma necessidade mesmo do próprio TMO de ter que existir essa humanização (ENF 1).

A humanização é o resgate do ato humano, do cuidar, lembrando que é um indivíduo. No transplante não tem

que ser diferente. O ideal é que todos os setores fossem assim. A gente tem uma atenção diferente porque a situação do paciente é diferenciada, ele está gravemente enfermo e com grande risco de morte. Por conta desse risco iminente de morte, ele vive pensando que o dia de hoje pode ser o último, então a gente precisa se lembrar disso e trabalhar isso dentro do transplante, essa situação que é tão frágil, tanto para ele quanto para a família. Então, a gente tem que resgatar a humanidade e, ainda, lembrar a condição que o paciente se encontra (ENF 2).

Aqui, principalmente, nós temos que levar muito em conta o psicológico deles, da dor que eles sentem muito e também por estarem muito isolados. O nosso conforto aqui para estes pacientes é muito importante, até mais importante que os cuidados de enfermagem. Eles têm que se sentir protegidos aqui dentro e confiar na equipe que está trabalhando; temos a missão de passar a confiança para o paciente. [...] Eu acho que é muito importante oferecermos este conforto. A maioria das vezes, o paciente chega meio desolado mesmo pela questão da própria doença que não é fácil, passa pela quimioterapia antes, então a gente tenta dar o máximo de segurança possível, o máximo de conforto e a amizade principalmente, e cria mesmo, cria um vínculo muito forte (ENF 4).

Voltarelli, Pasquini e Ortega (2009, p. 1042) afirmam que “[...] a complexidade do tratamento ocasiona preocupações de toda ordem, tais como a incerteza do sucesso, a possibilidade de morte, mudanças e restrições de papéis pessoais e familiares [...]”.

O medo da morte está presente na medida em que o procedimento pode acarretar reações adversas, complicações e conseqüentemente o óbito. Além disso, o câncer muitas vezes é visto como uma ameaça de morte, apesar dos avanços proporcionados pelo tratamento (MACHADO *et al.*, 2009).

Em alguns casos, o paciente do TMO encontra no procedimento uma possibilidade de cura, sendo uma oportunidade de não se submeterem mais a outros tratamentos. Porém, para outros, o transplante é a única ou a última opção de tratamento (SILVA, 2002). Conforme afirma um dos sujeitos:

São pacientes que são muito sofridos, que já vem de uma doença muito sofrida, que já fizeram às vezes dois, três tratamentos de quimioterapia sem sucesso e vem para esse como último recurso (ENF 5).

Ao questionarmos as enfermeiras se elas consideram seu ambiente de trabalho humanizado, todas afirmam que sim, dentro do possível. Algumas reconhecem que existem falhas, mas que há uma busca constante da humanização no setor.

Quando a pergunta é se elas consideram humanizada a assistência prestada por elas, permanece a afirmação de que existe esta prática, mas demonstram uma preocupação com a humanização no setor, pois o grande desafio é fazer do discurso a essência das ações para com o outro. Isso inclui superar as dificuldades do tecnicismo, das ações meramente administrativas e da fragmentação do paciente em patologias, que contribuem para que a enfermagem muitas vezes esqueça de tocar, conversar e ouvir o paciente que está a sua frente.

Cesate e Corrêa (2005) afirmam que ser humano não é algo idealizado. Como humanos, podemos constituir ações “humanizantes” que consideram o outro em seus direitos, em sua singularidade e integralidade; enfim, em sua dignidade e, ao mesmo tempo, somos capazes também de constituir ações “desumanizantes” que “coisificam” o outro ou nós mesmos.

Dessa forma, as falas das enfermeiras confirmam o cuidado com o indivíduo e o comprometimento com as ações “humanizantes”. Por outro lado, elas reconhecem que existem dificuldades de serem totalmente humanizadas, descrevendo a humanização como uma “busca” ou uma “tentativa”.

O Ministério da Saúde define como padrão de adesão à PNH na atenção hospitalar a existência de mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários e a garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade e as peculiaridades das necessidades do acompanhante (BRASIL, 2004). Sendo assim, a presença de um bom acolhimento ao usuário, da visita aberta e do direito ao acompanhante se apresentam como atitudes de humanização que proporcionam ao paciente o suporte familiar e social adequado, para que ele possa conviver melhor com os momentos difíceis, de forma mais amena e tranqüila.

A presença da família junto aos pacientes hospitalizados minimiza o sofrimento psíquico e fortalece a capacidade de reação do paciente ao tratamento, facilitando sua recuperação. Além disso, constitui um ponto fundamental para a participação da comunidade na instituição hospitalar, promovendo uma forma de controle social da qualidade do atendimento.

É importante considerar que a presença do acompanhante requer a necessidade da equipe de enfermagem fortalecer as relações com sentimentos, valores, crenças e limitações, para compreender suas ações em relação às pessoas que estão sob seu cuidado, não só o paciente/cliente, mas também seus acompanhantes, que também requerem atenção e cuidado. E é o enfermeiro o responsável por suprir todas estas necessidades de sua equipe e as da família (PAULI; BOUSSO, 2003 *apud* LEITE; NUNES; BELTRAME, 2006).

A partir da consideração e a inclusão dos familiares no ambiente do TMO, percebemos que há uma mudança do papel da família no processo de recuperação da saúde, pois ela passa a assumir um papel ativo, responsável e crítico quanto à qualidade do atendimento.

Para acompanhar ativamente o processo de tratamento do paciente, os familiares precisam ter acesso a orientações e treinamentos de educação em saúde, a fim de participar efetivamente no tratamento, sendo um coadjuvante e colaborador do trabalho dos profissionais.

De acordo com Hoga (2004) a humanização do processo de acolhimento depende também da atuação adequada e da receptividade demonstrada por todos os trabalhadores que entram em contato direto ou indireto com os usuários. Inclui os de nível operacional, como aqueles que compõem o serviço de segurança hospitalar, os recepcionistas, telefonistas, entre outros. A necessidade de a humanização estar na prática de todos os trabalhadores envolvidos no processo está presente na fala de uma enfermeira:

A gente já começa ali na recepção [a humanização]... Como você recebe, as explicações, eles passam pelas consultas multidisciplinares, também um cuidado humanizado porque ali ele tem acesso a nós enfermeiros que falamos sobre o tratamento, tem acesso a um psicólogo que dá esse suporte... Quando ele fica com a gente durante a mobilização, a gente tem o cuidado com ele de conversar, de estar com ele... Na coleta também, até um pai de um paciente falou que toda a equipe fica voltada para ele, todo o movimento de humanização em torno dele (ENF 5).

Há, assim, a necessidade de um empenho de um trabalho coeso, envolvendo diversos agentes, desde a recepção até a alta hospitalar. A constituição de equipes interprofissionais no TMO, em que diversas especialidades atuam juntas para formar uma compreensão integral e compartilhada de cada paciente, é importante para um atendimento humanizado mais efetivo.

Para Fonseca (2000 *apud* LEITE; STRONG, 2006, p. 212), “a visão interdisciplinar significa a integração dos diversos ramos do conhecimento científico”. Nessa abordagem – diferentemente da multidisciplinar que remete à simples colaboração entre as áreas disciplinares e estabelece fronteiras de atuação –, há maior intercâmbio entre os profissionais, pois cada um sabe até onde o colega está atuando e há uma visão mais ampla sobre o caso.

Já o enfoque transdisciplinar requer uma unificação conceitual entre as disciplinas, pois, segundo a PNHAH (2001), contempla uma variedade de enfoques e opções de compreensão dos aspectos subjetivos. Sendo assim, um conhecimento sem fronteiras que perpassa todas as disciplinas (LEITE; STRONG, 2006).

É fundamental a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação que facilitem e estimulem a integração da equipe e favoreça a visão holística do paciente, pois nenhuma categoria profissional consegue, por si só, a totalidade humana na vivência do processo saúde/doença. A participação de vários profissionais na assistência à saúde propicia o envolvimento de todos os componentes da equipe, tão necessário ao trabalho transdisciplinar e, conseqüentemente, à humanização da assistência hospitalar.

Observamos também nos relatos que a identificação dos pacientes ocorre pelo seu próprio nome e não por um número de um leito. De acordo com Ortega et al. (2004, p.82), “o paciente deseja ser chamado pelo nome, espera conforto apesar do desconforto originário de complicações da doença ou do próprio tratamento. Sendo assim, pode reclamar seu direito de cidadão”.

Dessa forma, o paciente tem assegurado a sua individualidade e não está submetido ao anonimato e à despersonalização que um número de leito proporciona. Ele deixa de ser um número, um objeto alvo de atividades, para ser, de fato, o centro de interesses do setor, sujeito de sua própria história.

O nosso ambiente tem se tornado cada dia mais humanizado, todos os pacientes são chamados pelo nome, são identificados no leito pelo nome. Então, a gente nunca menciona o “leito tal, a doença tal”; é o paciente com nome e sobrenome; a gente conhece a história de vida a fundo e tem a oportunidade de fazer uma **entrevista** com toda família (ENF 2).

Mezzomo *et al.* (2003) afirma que o processo de humanizar deve contemplar as dimensões física, psíquica, sócio-cultural e espiritual; deixar de atender uma dessas realidades da vida humana implicará num desacerto quanto à humanização.



A questão espiritual é trabalhada no TMO, na medida em que as enfermeiras relatam abrir espaços para orações, permitindo a manifestação das crenças dos pacientes, de acordo com a sua religião. Sendo assim, assistência espiritual faz parte dos cuidados humanizados no TMO, já que considera o paciente um ser psico-espiritual, ou seja, integral, de acordo com a afirmação a seguir:

A parte espiritual do paciente... A gente valoriza muito lá dentro, de acordo com sua crença e religião, a gente sempre traz esse sagrado para ele, desde que ele queira isso, por exemplo, fazendo um grupo de oração antes do transplante ou depois em agradecimento a Deus (ENF 1).

Nesse contexto, humanizar o cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito (PESSINI, 2004).

Considerações finais

Acreditamos que a humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem, pois a recuperação do paciente depende em grande parte de alguém que se importe com ele, onde a atenção é um elemento essencial. Esperamos que a abordagem desse tema no TMO venha a contribuir com a busca da humanização, encontrada na perspectiva das enfermeiras.

As especificidades do paciente submetido ao TMO, que exigem uma assistência diferenciada, dizem respeito, principalmente, ao medo da morte, à dor, ao isolamento e à ansiedade. Essa situação de fragilidade do paciente é considerada e reconhecida pelas enfermeiras, sendo isso o ponto de partida para um atendimento adequado.

Não podemos nos esquecer da vontade que os pacientes têm de viver e de que o enfermeiro, sendo o membro da equipe de saúde que usualmente permanece lado a lado com os pacientes durante todo o processo do TMO, se torna primordial para o sucesso do tratamento, além de facilitador e minimizador dos desconfortos trazidos durante a internação.

Na perspectiva das enfermeiras, existe a humanização do setor, pois há o compromisso com o outro e a responsabilidade de fazer o certo; dessa forma, estão sempre buscando o melhor atendimento, devendo a enfermagem ter sempre essa responsabilidade e o compromisso ético de resgatar o sentido de o seu agir.

Concluímos afirmando que não existe um método ou modelo de humanizar, mas há aspectos importantes que podem ser discutidos para a implementação da assistência humanizada, entre eles a discussão dos exemplos de iniciativas de ações “humanizantes” e dos conceitos de cuidado e humanização, elementos essenciais para compreender, refletir e acertar na formulação de uma boa assistência de enfermagem.

Referências bibliográficas

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**: 60p. il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20), Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004.

COHEN, B. Florence Nightingale. **Scientific American**. v. 250, n. 3, p. 128-137, mar. 1984.

DIAS, V. M. I. **Pesquisa em enfermagem**. Apostila de curso. Faculdade de Enfermagem/UFJF, 2007.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.

LEITE, R. S.; NUNES, C. V.; BELTRAME, I. **Humanização hospitalar: análise da literatura sobre a atuação da enfermagem**. São Paulo: Centro Universitário Nove de Julho, 2006. Disponível em: <<http://www.sobragen.org.br/publi/publi5.pdf>>. Acesso em: 26/10/2009.

LEITE, T. A. D. A. F.; STRONG, M. I. A Influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 203 a 214, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/influencia_visao.pdf>. Acesso em: 20 out. 2009.

MACHADO, L. N; CAMANDONI, V. O; LEAL, K. P. H; MOSCATELLO, E. L. M. **Transplante de medula óssea**: abordagem multidisciplinar. 1. ed. São Paulo: Lemar, 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos em metodologia científica**. São Paulo: Pioneira, 2004.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa em pesquisa. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 30, n. 2, maio/ago. 2004.

MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar**: uma visão multiprofissional. São Paulo: Local, 2003.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

ORTEGA, E. T. T. et al. **Compêndio de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas**: rotinas e procedimentos em cuidados essenciais e complicações. Curitiba: Maio, 2004.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

SILVA, S. M. **Sofrimento e organização do trabalho**: o caso das enfermeiras do setor de Hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Dissertação. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, 2002.

VOLTARELLI, J. C.; PASQUINI, R; ORTEGA, E. T. T. **Transplante de células-tronco hematopoéticas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.