UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica:
uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schütz**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem.

Linha: Fundamentos teóricos e Filosóficos do Cuidar

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Magali Roseira Boemer

Orientanda: Regina Célia Popim

Ribeirão Preto
Janeiro/2001

FICHA CATALOGRÁFICA
elaborada pela Biblioteca Central do Campus/USP – Ribeirão Preto

Popim, Regina Célia

O cuidador na ação cuidar na enfermagem oncológica: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schütz. Ribeirão Preto, 2001.

122p. : il.; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem dos “Campi” de São Paulo e Ribeirão Preto/USP. Linha: Fundamentos teóricos e Filosóficos do Cuidar

Orientador: Boemer, Magali Roseira.

1. Enfermagem Oncológica.	2.Desgaste Profissional.
3.Fenomenologia	

SUMÁRIO

Resumo	?
Summary.....	ii
Resumen.....	iii
 1 OS MOMENTOS DE MINHA APROXIMAÇÃO AO TEMA.....	 02
1.1 Discurso da literatura.....	08
1.2 A minha interrogação.....	28
 2 ENCAMINHAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	 31
2.1 A opção pelo referencial da fenomenologia.....	31
2.2 A sociologia fenomenológica da Alfred Schütz.....	34
 3 CONSTITUIÇÃO DA PESQUISA.....	 44
3.1 Seleção do campo.....	44
3.2 Observância da dimensão ética.....	45
3.3 Planejamento da coleta de depoimentos.....	45
 4 AS DESCRIÇÕES DAS ENFERMEIRAS.....	 47
4.1 Coletando as falas.....	47
4.2 O dizer das enfermeiras.....	48
 5 INTERPRETAÇÃO DAS DESCRIÇÕES.....	 61
5.1 O emergir das categorias do vivido.....	64
 6 RETOMANDO A MINHA INTERROGAÇÃO.....	 98
 7 ANEXOS.....	 111
 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 113

RESUMO

Este estudo buscou evidenciar o significado da ação de cuidar, atribuídos pelos enfermeiros que cuidam de pessoas acometidas por um câncer e que estão em tratamento. Para tanto, ele dirige-se para as experiências vividas por esses enfermeiros no cotidiano da enfermagem oncológica. O referencial fenomenológico, fundamentado nas idéias de Alfred Schütz, possibilitou uma abordagem sócio-existencial da ação subjetiva do enfermeiro cuidador a partir de sua relação com o doente oncológico, o qual é por ele cuidado. Diante de uma questão orientadora: ***O que significa para você cuidar em oncologia? descreva para mim***, foram obtidos depoimentos os quais, após analisados, permitiram a compreensão do típico da ação do cuidador enfermeiro neste cotidiano. O cuidado de enfermagem em oncologia reveste-se de grande complexidade, requerendo do profissional uma competência que vai para além da esfera técnico-científica, com implicações em várias facetas do seu existir dado seu esforço para viabilizar um cuidado ético. Nesse sentido, ele necessita buscar por estratégias que lhe possibilite o enfrentamento do desgaste a que é submetido em seu trabalho. A Sociologia Fenomenológica de Schütz, mais que uma teoria compreensiva da ação social, evidenciou ser um recurso para desvelar os motivos existenciais dos enfermeiros que cuidam de pessoas acometidas por um câncer e que está em tratamento, levando-os à determinada atitude social.

Palavras chaves: Fenomenologia, Enfermagem Oncológica, Desgaste Profissional.

SUMMARY

This study aimed at the meaning of the action of caring attributed by the nurses who take care of persons who have a cancer and are in medical treatment. For so much, it goes for the lived experiences of those nurses in the daily oncologic nursing. The phenomenological referential, based on Alfred Schütz's ideas, made it possible to approach the nurse subjective action, having as fundament his/her relationship with the oncologic patient, which is cared by him/her. Starting with a guiding question: **what does it mean for you to care in oncology? Describe it for me**, there were obtained statements, which, after having been analyzed, allowed the understanding of the nurse typical action in his/her daily professional life. The oncologic nursing care is enwrapped with a great complexity, requesting of the professional a competence that goes farther than the technician-scientific sphere, with implications for several facets of his/her life given the effort to make an ethical care possible. In that sense, s/he needs to look for strategies that makes it possible to face the consummation that s/he is submitted in his/her work. Schütz' phenomenological sociology, more than a comprehensive theory of the social action, evidenced to be a resource to unveil the existential motives of the nurse who takes care of oncological patients, leading him/her to a certain social attitude.

Key words: Phenomenology, Oncologic Nursing, Professional Burnout.

RESUMEN

Este estudio se dirige a las experiencias vividas por los enfermeros en el cotidiano de enfermería oncológica. El referencial fenomenológico fundamentado en las ideas de Alfred Schütz hizo posible un abordaje socio-existencial de la acción subjetiva del enfermero cuidador desde su relación con el enfermo oncológico, quien es cuidado por él. Ante una cuestión orientadora: *¿Qué le significa a Ud. cuidar en oncología? Descríbame*, fueron logrados declaraciones, las cuales después de analizadas permitieron la comprensión de lo típico de la acción del cuidador enfermero en este cotidiano.

El cuidado de enfermería en oncología se está revestido de gran complejidad, requiriendo del profesional una competencia que va más allá de la esfera técnico-científica, con implicaciones en varias facetas de su existir dado su esfuerzo para hacer viable un cuidado ético. En ese sentido, él necesita buscar estrategias que le haga posible enfrentar el desgaste al cual está sometido en su trabajo.

La Sociología Fenomenológica de Schütz, más que una teoría comprensiva de la acción social, demostró ser un recurso para desvelar los motivos existenciales de los enfermeros que cuidan en oncología, llevándolos a determinado comportamiento social.

Palabras llave: Fenomenología. Enfermería Oncológica. Desgaste Profesional.

1 Os momentos de minha aproximação ao tema

Ao longo de minha trajetória profissional, desde o Curso de Graduação em Enfermagem, venho me defrontando com situações dolorosas no cotidiano do hospital, no ato de cuidar. Essas situações sempre constituíram-se em fontes de inquietação, levando-me à interrogações e investigações (POPIM & BARBIERI, 1990 e BARBIERI & POPIM, 1992).

Pude experienciar, no cotidiano da Clínica Obstétrica, o cuidar de mulheres puérperas, cujos filhos foram natimortos. O silêncio se fazia presente, levando-me, naquele momento, a fazer uma interrogação acerca da temática que envolve o processo vida e morte: o que significa cuidar de uma mãe que perde seu filho ao final da gestação, ao olhos de quem dela cuida? Realizei, então, um estudo, compartilhado com outra aluna do Curso, (BARBIERI e POPIM, 1992) abordando esta questão de modo a contemplar a percepção do cuidador, podendo evidenciar que é um cuidado difícil, permeado pela falta de preparo para lidar com situações de morte, levando o funcionário a afastar-se da mãe por não saber o que dizer. Instalou-se em mim a preocupação em despertar no profissional a possibilidade do uso do seu “EU” para compartilhar com a mãe essa situação e a percepção de que o silêncio também é uma forma de linguagem, um modo de **estar-com**, um modo de expressar o sentimento da dor e da tristeza diante do fenômeno da morte aí presente para as pessoas.

O tempo seguiu seu curso e, decorridos alguns anos, tendo ingressado no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, pude participar, como docente convidada, da disciplina Fundamentos de Enfermagem, junto à Unidade então denominada: “O homem como ser-no-mundo”. Esta Unidade tinha o objetivo de resgatar o conceito de homem em sua humanidade, em seu existir no mundo, relacionando-se com os outros homens, possibilitando ao aluno conhecer e compreender o homem (de quem iria cuidar) em seu mundo, antes de compreendê-lo no mundo do hospital, no mundo da doença (BOEMER et al., 1992). A abordagem dessa idéia, através da estratégia de ensino de exposição dialogada e de leitura e discussão de textos, possibilitou uma fecunda inquietação nos alunos no que se refere à uma nova maneira de ver e entender o homem e, portanto, a si mesmos. Nesse sentido, o homem a quem irão prestar assistência humaniza-se, insere-se no mundo cotidiano e é compreendido em seu habitar o mundo no qual se encontra. O estar-com começa a ser compreendido com toda a sua conotação dialética de amor e ódio, proximidade e afastamento, zelo e negligência e a solicitude em todas as suas formas. Os alunos percebem-se enquanto humano e atentam para essa sua condição de humanidade, iniciando sua compreensão de que o doente, em sua condição de doente, em seu sendo-doente, apresenta ambigüidades, requer cuidados, atenção, vínculos com as pessoas que dele cuidam.

Essas experiências vividas possibilitaram que eu me percebesse em meu sendo-no-mundo com os outros e questionasse o meu “ao redor”; nesse momento, trabalhando em oncologia e movida pela perplexidade diante dos

doentes com diagnóstico de câncer, os quais necessitam de quimioterapia, e já com algum conhecimento da metodologia qualitativa de pesquisa - a modalidade fenomenológica -, desenvolvi a dissertação de mestrado^{*}. Neste estudo, diante de uma interrogação: O que é isto, o tratamento quimioterápico?, passei a interrogar a quimioterapia enquanto fenômeno e, nessa trajetória, procurei desvelar, através da análise dos dizeres das pessoas doentes, como este tratamento mostra-se, em sua essência, aos olhos de quem a ele se submete (POPIM & BOEMER, 1999).

A análise dessas falas, sob minha perspectiva de enfermeira e segundo a metodologia de investigação fenomenológica, permitiu-me a leitura dos significados atribuídos pelos doentes a esse tratamento, apontando para a sua essência, tal como ele é vivido por eles mesmos. A longa trajetória por eles vivenciada, apropriando-se do tratamento, foi descrita e analisada por mim nesse estudo, desvelando várias facetas do seu caminhar.

Considerando que o tratamento é longo, distribuído em ciclos, requerendo muitas internações, os profissionais de saúde que habitam o mundo do hospital passam a fazer parte do mundo dos doentes e, assim, estão muito presentes em sua trajetória. Nesse sentido, a relação entre o profissional de saúde e o paciente pode se constituir numa inter-relação que transcende ao saber técnico-científico, gerando vínculos de natureza pessoal, afetiva.

Os doentes verbalizam reconhecer o poder, investido pelo saber técnico-científico, que esses profissionais possuem, mas alertam para a importância de que esse saber não venha a se constituir em uma barreira para o **ser-com**, em

^{*} “ O tratamento quimioterápico: o que é isto? – uma investigação fenomenológica”. Dissertação desenvolvida segundo a modalidade fenomenológica existencial, apresentada à EERP/USP, 1994.

solicitude. Manifestam gratidão quando são contemplados com posturas de consideração, de zelo, que o profissional da saúde venha a apresentar em relação ao seu ser-no-mundo, permitindo que seu modo de ser seja preservado e respeitado, ao mesmo tempo em que são utilizados os recursos terapêuticos na tentativa de trazê-los de volta à perspectiva de vida, sem a doença.

Habitar o mundo do hospital, coexistir com o paciente em quimioterapia para a implementação do tratamento é, sem dúvida, uma difícil caminhada. A enfermagem está necessariamente ligada a esta coexistência, ora no planejamento, ora no gerenciamento da assistência de enfermagem ou no ato direto de cuidar; é ao paciente que suas ações se dirigem em sua assistência.

Os doentes revelam ainda que sua situação - de doente - é factual e que a do profissional de saúde é opcional e, nessa perspectiva, esperam dele uma postura de compreensão, de interação, que implica na gênese e fortalecimento de um vínculo, de uma disponibilidade pessoal de ida ao outro.

A realização desse estudo de mestrado sobre o significado do tratamento quimioterápico contribuiu para desvelar facetas importantes no que tange à assistência de enfermagem em quimioterapia e a mim reafirmou que, para se planejar ou prestar uma assistência de enfermagem a um paciente em quimioterapia, há de se passar, necessariamente, por uma filosofia de assistência que o contemple em sua dimensão existencial. O tratamento de determinada afecção pode ser impessoal mas o cuidado com a pessoa em seu sendo-doente é, indubitavelmente, pessoal e empático.

Após concluir o mestrado, continuei atuando na área de enfermagem oncológica, agora com novos fundamentos, novas bases para o cuidado e, dessa convivência, passei a direcionar minha atenção para a faceta pertinente ao inter-relacionamento paciente-profissional, olhando atentivamente para o cuidador nesse contexto, dado que, sendo um deles, percebo-me como humano e sofro num cotidiano que embora de minha escolha, por muitas vezes se me apresenta doloroso, no qual situações que envolvem perdas e mortes são muito presentes.

Trabalho em oncologia há oito anos, sendo que nos últimos cinco exerço atividades em um ambulatório de onco-hematologia. Durante todo este tempo vivido pude ir percebendo que o trabalho dos profissionais de enfermagem em oncologia vai além da sua relação com o doente. Ele se dá, fundamentalmente, em um coexistir de pessoas – os pacientes, seus familiares, os profissionais de saúde, funcionários administrativos. Entretanto, é na relação entre o enfermeiro e a pessoa doente que estou direcionando minha atenção nesse momento.

Na prática cotidiana tenho estado atenta à visada do Ser da pessoa doente, respeitando-a em sua doença e recorrendo à empatia como base para nossa inter-relação e, ainda que de forma não planejada, penso que tenho procurado estar atenta ao meu ser enquanto pessoa prestadora de cuidados, zelando pelo meu eu de cuidador.¹

Porém, mesmo com o meu modo de vivenciar a enfermagem oncológica, por inúmeras vezes sinto-me absolutamente sem forças físicas, com minha mente

¹ Sempre trabalhei em um único emprego de seis horas diárias e reservo momentos que contemplem atividades de lazer, como leituras, assistir a “shows”, peças teatrais, filmes e, na medida do possível, realizar viagens. Também tenho procurado manter-me atualizada no que tange ao conhecimento técnico-científico, o que tem me possibilitado segurança e tranquilidade no trato para com os doentes, além de ajudá-los no processo de tomada de uma decisão.

exausta e percebo um estreitamento em meu horizonte de possibilidades no que se refere à afetividade, levando-me, muitas vezes, a um grau de angústia existencial. Penso que enquanto pessoas que somos, nós profissionais também temos nossas crenças, nossos medos, nossas experiências, enfim, nosso mundo - vida e o que nos é requerido pelas pessoas doentes no ato de cuidar é a disposição pessoal, num movimento de doação que vai para além de nosso conhecimento técnico-científico (POPIM & BOEMER,1999).

Refletindo sobre esta minha condição, eu me percebo como uma enfermeira adequadamente inserida no contexto assistencial, recebo elogios freqüentes dos doentes, dos familiares, dos membros da equipe. Satisfaço aos interesses da instituição, aos interesses dos doentes e familiares mas nem sempre posso dizer que estou bem. Gosto do que faço, trabalho em condições favoráveis (ambientais e materiais) não gostaria de mudar de área de atividade. Acredito no tratamento quimioterápico e sobretudo, no trabalho da enfermeira oncológica junto ao doente, como membro efetivo da equipe. Porquê, então, sinto-me assim? O que há de errado? O que está oculto, velado, nesse cotidiano de trabalho?

Nessa situacionalidade, ora mais clara, ora mais obscura, voltei minha atenção, como já disse, aos outros profissionais que também prestam assistência ao doente oncológico. Cheguei a relatar minha percepção a alguns enfermeiros da área e deles também ouvi:

- *A oncologia é difícil, eu não quero me aposentar aqui...*
- *Viu a dona M.?, a doença já está no fígado...*
- *Eu nem gosto de olhar nosso arquivo morto, tanta gente...*

- *Também temos nossas alegrias...*
- *Nunca li nada, mas acho que nós, da oncologia, vivemos menos...*

Refletir sobre algumas dessas questões a partir da atuação do enfermeiro neste contexto e, principalmente, a partir do meu existir no mundo do hospital, no convívio com os doentes oncológicos, possibilitou-me iniciar uma busca na literatura na tentativa de encontrar subsídios para melhor entender esse cotidiano, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros.

A seguir passo a discorrer sobre alguns autores que tratam desse tema ao analisar as situações que implicam em sofrimento para a equipe de saúde.

1.1 Discurso da literatura

Dois principais interlocutores dos estudos do processo de trabalho e condições de desgaste do trabalhador, LAURELL & NORIEGA (1989), docentes-investigadores em medicina social da Universidade Autônoma do México – Xoximilco, em parceria com o “Sindicato Mineiro”, desenvolveram um referencial teórico metodológico-operacional para o estudo do processo saúde-doença dos trabalhadores de uma siderurgia mexicana demonstrando, de forma hierarquizada, a articulação entre trabalho e saúde em uma sociedade capitalista. Esclarecem que as dimensões do desgaste permitam especificar as formas sob as quais vão se consumindo o corpo e a mente dos trabalhadores, como resultado das características específicas da estratégia de extração da mais-valia que se baseia, fundamentalmente, em mecanismos que permitem utilizar a força de trabalho de tal maneira que se maximize o trabalho efetivamente

realizado (LAURELL & NORIEGA,1989, p.308). Uma outra dimensão interligada ao processo do desgaste refere-se aos acidentes registrados. Há diferenças em função a natureza da atividade exercida e do tipo específico de processo de trabalho; desta maneira, um trabalhador da manutenção tem, em geral, um risco maior de acidentes, questão essa estreitamente relacionada à maneira como está organizado e dividido o trabalho (LAURELL & NORIEGA, 1989, p.316). Ainda outra dimensão estudada foi a “rotatividade-expulsão” dos trabalhadores da empresa, buscando analisar, através destes dados, os efeitos específicos do desgaste em termos de duração da vida ativa do trabalhador. Por um lado mostra como o desgaste restringe o tempo real do trabalho e, por outro, relaciona os efeitos incapacitantes de determinado tipo de desgaste com a natureza do trabalho. Esses autores advertem que o desgaste é produzido socialmente e a luta para revertê-lo e imprimir-lhe características menos destrutivas não é individual, empreendida pelo médico e seu paciente, mas uma luta da coletividade dos trabalhadores, para retomarem o controle sobre as suas próprias vidas (LAURELL & NORIEGA,1989, p. 320).

DEJOURS (1998), estudioso em medicina do trabalho e em psiquiatria e psicanálise na França, aborda a organização do trabalho com enfoque em sua psicodinâmica, evidenciando alguns de seus aspectos funcionais ligados à produtividade como o medo, a ansiedade, a insatisfação dos operários, demonstrando que eles elaboram estratégias defensivas de maneira que o sofrimento não seja imediatamente identificável. Esse autor esclarece que o indivíduo estabelece uma relação dialética com o objeto de trabalho e, ao fazer

esta, atribui-lhe conteúdos significativos. Essa dialética é realizada através de significações concretas e simbólicas e a troca depende da vida interior do sujeito, isto é, do que ele é, do que viveu, de sua história de vida. Assim, para cada trabalhador, esta dialética com o objeto é específica e única. Segundo este autor, o sofrimento inicia-se quando a evolução da relação significativa com o objeto de trabalho é bloqueada (DEJOURS, 1998, p.49-50).

SILVA (1996), em estudo de doutoramento em um Hospital Escola na cidade de São Paulo, busca compreender, sob a ótica de enfermeira, o processo saúde-doença vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem no desempenho de seu trabalho. Fundamentada no materialismo histórico dialético, objetivando reproduzir o estudo de Laurell & Noriega, propõe-se a conhecer e evidenciar que a relação de determinação trabalho-saúde, comprovada por esses autores no setor secundário da produção (minas de carvão), também se manifesta, com as suas especificidades, no âmbito do setor terciário da economia, particularmente nos trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário. Na divisão social e técnica, o enfermeiro, em menor número na composição da força de trabalho e o mais qualificado, assume o trabalho intelectual e, conseqüentemente, a posição privilegiada no topo da pirâmide hierárquica. As outras categorias de enfermagem, em maior número com exceção do técnico, assumem o trabalho manual e compõem a base da pirâmide. O estudo explorou para a análise a morbilidade referida pelos funcionários e aquela registrada nos prontuários médicos referentes aos acidentes de trabalho, o que permitiu a apreensão do processo de desgaste do trabalhador.

A autora conclui que no processo de trabalho em enfermagem, o mesmo é dividido, desarticulado, rotinizado, o que tolhe a autonomia e a criatividade dos trabalhadores. O desgaste é diferenciado segundo a inserção dos trabalhadores nas diversas categorias. Finaliza seu estudo sugerindo investigações que contemplem as várias formas de desgaste nos diferentes processos de trabalho de enfermagem.

PITTA (1990), médica com atuação na área de saúde mental, realizou estudo com trabalhadores de hospital geral na cidade de São Paulo, buscando estabelecer associações entre características do processo de trabalho e o sofrimento psíquico do trabalhador. Essa autora refere-se ao hospital como um espaço mítico, onde as exigências psicológicas do paciente e família vão além do simples cuidado físico, verificações dos sinais vitais e aplicações das terapêuticas. Exige-se a disposição, o sorriso, a atenção, a bondade, o calor humano e o conhecimento técnico. A relação de generosidade dos que tratam *versus* gratidão dos tratados e suas famílias constitui-se numa troca simbólica que se materializa e modifica-se através dos tempos. Segundo essa autora, a atividade de lidar com dor, doença e morte tem sido identificada como insalubre, penosa e difícil para todos.

A dor, a doença e a morte foram interditadas num pacto de costumes, aprisionadas e privatizadas no espaço hospitalar sob novos códigos e formas de relação. Socialmente, cabe aos que trabalham no cotidiano hospitalar produzir uma homeostasia entre a vida e morte, saúde e doença, cura e óbito, a qual tende a transcender suas impossibilidades pessoais de administrar o trágico e, por

cumplicidade, caberá também ao enfermo comportar-se com elegância e discrição, de modo a fazer com que a dura tarefa seja mais suave para ele e para quem o assiste. A sobrecarga mental, acrescida da carga física, é geradora de alterações afetivas, desencadeando fenômenos de ordem psicológica, psicossociológica e ainda neurofisiológica. É crescente o número de publicações referentes a agravos psíquicos, medicalização e suicídios de médicos, enfermeiros e parteiros de hospitais (PITTA, 1990).

O estudo de dois psicólogos norte-americanos enfocando o contexto cultural da morte na instituição hospitalar esclarece que, em muitas situações, a enfermeira é a pessoa que mais toca, com suas mãos, a pessoa doente. Ela é quem está mais próxima, hora após hora. Apesar disto, há cerceamentos substanciais em relação a sua postura de estar-com o doente, de forma autêntica, na seqüência agonia-morte. Uma fonte importante desse cerceamento origina-se de seu papel subordinado no sistema de “status” profissional. Ao médico cabem as decisões cruciais. A enfermeira é obrigada a executar e implementar essas decisões, independentemente de suas opiniões e preferências (KASTENBAUM & AISENBERG, 1993, p.182). ZIEGLER (1977) também aborda esse aspecto ao se referir à ausência de autonomia das enfermeiras num contexto hospitalar, lembrando que elas são conscientes de sua impotência perante a equipe, quando está em discussão uma situação de limite vida e morte de um doente. O autor lembra que perceber essa impotência e ter que administrar terapêuticas prescritas pelos médicos gera sofrimento para as enfermeiras. Sugestivamente, o capítulo

de sua obra onde aborda esse tema é denominado “A guerrilha das enfermeiras” (ZIEGLER, 1977, p. 195).

SANTOS (1996), psicóloga junto ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, realizou estudo em um hospital geral da zona oeste da cidade do Rio de Janeiro com a finalidade de buscar as formas de resistências dos trabalhadores inseridos na organização hospitalar, em especial os auxiliares de enfermagem, sob o prisma da psicodinâmica do trabalho e da ergonomia contemporânea. Segundo seu estudo, a visibilidade do sofrimento dos trabalhadores em saúde ocorre de sua associação aos acidentes de trabalho, sendo bastante recente a preocupação com o estudo das relações entre organização do trabalho e sofrimento psíquico do trabalhador. Revela que o trabalho coletivo nas enfermarias ocorre de forma fragmentada, parcelar, tanto o nível técnico quanto social e evidencia áreas de conflito entre os diversos grupos profissionais pelas atribuições superpostas; evidencia ainda ausência de espaços sistemáticos de discussão sobre o trabalho, sejam formais ou informais. A irracionalidade e impessoalidade das rotinas é uma queixa generalizada entre os funcionários. Quando o auxiliar tem iniciativa de identificar urgências, sugerir procedimentos ou detectar erros durante a realização de uma tarefa, assumindo, dessa forma, uma participação mais ativa, ele se sente gratificado e o trabalho mostra-se a ele como fonte de prazer.

Esta autora evidencia ainda que a fé religiosa é uma fonte de conforto para este segmento dos trabalhadores, favorecendo o aparecimento de mecanismos de defesa, tanto de sublimação como de alienação, para fazer frente

aos limites da organização; sugere que haja participação de todos os que prestam assistência ao paciente em reuniões formais ou informais durante a jornada de trabalho, além do estabelecimento de pausas e locais de descanso para a enfermagem, redistribuição igualitária dos espaços entre os diversos grupos profissionais, mudanças nos mecanismos de qualificação e mobilidade funcional e a reabertura do Núcleo de Saúde do Trabalhador, considerando-se a sobrecarga nos aspectos físico, cognitivo e psíquico.

ANTUNES & SANT'ANNA (1996), enfermeiros, realizam estudo em um hospital geral na cidade de Uberlândia, buscando evidenciar o grau de satisfação/motivação do profissional enfermeiro que ali trabalha. Partem do princípio que o equilíbrio interno de um sistema como o hospital está relacionado ao grau de satisfação/motivação das pessoas. Entendem por satisfação o estado em que o trabalhador sente-se satisfeito no contexto do trabalho e motivação o estado em que o trabalhador sente-se com disposição ou vontade para trabalhar produtivamente. Utilizam o estudo de Herzberg, intitulado “Teoria dos dois fatores” para embasamento teórico do seu estudo. Essa teoria considera que há fatores extrínsecos: boa administração da chefia, boa supervisão, boas condições ambientais e materiais, bom relacionamento interpessoal, bom salário. Os fatores intrínsecos ou motivacionais referem-se ao estímulo e desafio, realização profissional, reconhecimento pelo trabalho realizado, exigência de responsabilidade, chances de crescimento e progresso. Concluem o estudo revelando que uma pequena parte dos enfermeiros (36%) sente-se satisfeita e motivada, pronta para o bom desempenho, enquanto que a grande maioria precisa

ter seu trabalho enriquecido, aumentando-se a amplitude e o desafio do cargo, fazendo com que seu trabalho seja produtivo, alcançando a realização e o crescimento profissional. A maioria dos fatores extrínsecos foi considerada presente pelos que se sentem satisfeitos e ausente pelos insatisfeitos; a maioria dos fatores motivacionais foi considerada presente pelos que se sentem motivados e ausente pelos que se referem desmotivados.

SHIMIZU & CIAMPIONE (1999), enfermeiras docentes e coordenadoras de trabalho em UTI, preocupadas em explicar e compreender as representações sociais das enfermeiras acerca do trabalho em UTI e os modos de expressão do sofrimento e do prazer a ele ligados, realizaram um estudo qualitativo - modalidade estudo de caso - em um hospital escola da cidade de São Paulo, buscando reconstruir o significado singular e coletivo atribuído ao contato dos trabalhadores com a tarefa de cuidar. Realizaram entrevistas individuais com as participantes, buscando a história de vida de cada um. Em um segundo momento, buscaram as representações das enfermeiras sobre cargas psíquicas enfrentadas no cotidiano de trabalho e concluíram que as representações das enfermeiras acerca de suas histórias de vida levaram à sua busca pela profissão de enfermagem. Em relação ao ser enfermeira de UTI, o cuidado direto confere prazer e a supervisão as priva do cuidado direto o que, às vezes, não lhes confere prazer.

Em relação à carga psíquica, as autoras mencionadas observaram que a morte gera um clima de tensão, principalmente quando o paciente é jovem ou criança, podendo levar a enfermeira à internalização de sentimentos persecutórios

na ausência de um perseguidor concreto. Os familiares projetam na enfermeira suas angústias, seus sentimentos de solidão e medo da morte da pessoa querida. No que se refere à instituição e ao grupo de trabalho a enfermeira reconhece que esse local possibilita aprendizagem contínua, oferecendo autonomia profissional em relação à outros profissionais. Concluem reconhecendo que, em qualquer modo de produção realizada pelo homem, existe uma transferência de subjetividade ao produto e que a enfermeira traz consigo várias representações; o gerenciamento realizado por ela deve privilegiar o aspecto humano, criando um espaço onde possa ser discutida a dinâmica intra e intergrupo.

Segundo LEININGER (1980), no ato de cuidar está contido um agir **para**, ter afeição **por**, assistir **a** alguém, preocupar-se **com**, ter consideração **por**. Em outro estudo, essa autora ressalta que são poucas as investigações sistemáticas e rigorosas relacionadas à natureza do fenômeno cuidar, apesar das enfermeiras atuarem, em sua grande maioria, em atividades de cuidar em contra posição ao curar na prática da enfermagem (LEININGER 1984).

Em estudo recente realizado na cidade de Ribeirão Preto CORRÊA (2000), embora não enfocando o desgaste profissional, atenta para a humanização do cuidador na prática da UTI. Para essa autora, o enfermeiro é um instrumento do cuidar, no sentido técnico de “ser útil a” mas, para um cuidar do outro de forma autêntica, há de se preservar a condição ontológica de **SER-COM** do profissional enfermeiro durante toda a sua formação de cuidador.

LUNARDI FILHO (1995), ao realizar um estudo exploratório em um hospital universitário no estado do Rio Grande do Sul, procurou identificar quais

os fatores que têm implicações na gênese do prazer e sofrimento no trabalho, segundo a opinião de enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Analisando as falas desses profissionais, segundo o pensamento de Christophe Dejours, conclui que o prazer e o sofrimento no trabalho originam-se em três diferentes “esferas”:

- no trabalho em si, na sua organização e nas condições em que ele se dá.

No trabalho em si, o sofrimento está presente por ser um trabalho hospitalar e, na maioria das vezes, desenvolve-se frente às situações críticas pelas quais passa o ser humano, como doença, sofrimento e morte. Porém, por outro lado, esse trabalho é percebido como extremamente prazeroso quando permite, durante o ato de cuidar, o contato direto com o doente, expressando-se numa relação de ajuda para com os semelhantes. O autor ressalta que o prazer em ajudar tem suas origens na concepção da enfermagem como uma profissão sublime, grandiosa e nobre.

No que se refere à organização do trabalho em enfermagem, LUNARDI FILHO (1995) afirma que essa organização já se encontra determinada, prescrita, restando ao trabalhador realizar tarefas, o que pode provocar sentimentos de apreensão, medo, angústia, raiva e impotência, portanto, elementos tributários do sofrimento no trabalho, principalmente se percebida essa forma de organização como autoritária e autocrática. Reajustar essa organização prescrita implica, muitas vezes, em que o trabalhador tenha que violentar as regras, colocar-se na ilegalidade e, dessa maneira, assumir riscos. O trabalho de enfermagem tem uma característica de continuidade, organiza-se em forma de plantões distribuídos ao longo de finais de semana e feriados; crescem-se os baixos salários e a

preocupação em manusear e conservar os instrumentais e instalações, o que intensifica os sentimentos de sofrimento desses trabalhadores. Segundo o autor, é necessário abrir espaços nos quais as opiniões possam ser discutidas nos diferentes níveis da hierarquia do trabalho, de forma a transformar o sofrimento em iniciativa e em mobilização criativa.

Referente à esfera das condições de trabalho, LUNARDI FILHO (1995) diz ainda que a insuficiência dos meios materiais e instrumentais requeridos para o trabalho, seja em qualidade como em quantidade, é percebida, principalmente pelas enfermeiras, como um dos maiores motivos de sofrimento no trabalho. O drama do sofrimento localiza-se também no descaso, no não reconhecimento das dificuldades experimentadas pelos membros da equipe e interliga-se também à exposições ocasionais a agentes físicos, químicos, biológicos e mecânicos, muitas vezes presentes no ambiente hospitalar. Segundo o autor, os profissionais da área hospitalar, ao dedicarem suas atividades para a recuperação da saúde de outrem, numa organização cuja principal finalidade destina-se à saúde física e emocional das pessoas, paradoxalmente correm o risco de tornarem-se doentes ao trabalharem sem as condições protetivas necessárias. Assim, sugere uma administração que privilegie o emergir do humano do trabalhador para que possa haver prazer no trabalho. O sentimento de prazer constitui-se em fator de proteção à saúde psíquica dos trabalhadores de enfermagem, considerando que situações anti-sublimatórias poderão levar ao sofrimento e, em alguns casos, ao padecimento físico.

BIANCHI (1990) ao propor-se a identificar os estressores existentes no trabalho do enfermeiro em um centro cirúrgico de um hospital geral público de grande porte na cidade de São Paulo, localizou-os na esfera administrativa, no ambiente físico, no relacionamento com a equipe, na assistência prestada ao doente e na própria vida do indivíduo. Os estressores são diversificados e dependem da avaliação individual feita pelos enfermeiros diante de cada evento. Assim, um enfermeiro pode avaliar um evento como produtor de uma reação desagradável, percebendo-o como uma ameaça para si e, dessa forma, estaria mobilizando hormônios e gastando energia para enfrentá-lo; outro, pode vivenciar o mesmo evento sem percebê-lo como ameaçador, passando por ele de forma tranqüila.

A avaliação feita por cada um é de fundamental importância para o enfrentamento dos estressores e ela é inerente ao seu auto conhecimento, sua história de vida, suas experiências, sua personalidade. Esta mesma autora adverte que em uma instituição, tanto a pessoa como a organização são responsáveis pelo equilíbrio desses fatores e, conseqüentemente, pela diminuição do “stress”. Em estudo posterior, BIANCHI (1996) demonstra que o “stress” tem sido alvo de vários estudos, porém, tem havido transformações no referencial teórico, possibilitando uma passagem do conceito biológico para o psicológico, chegando ao modelo interacionista. Relata ainda que o enfermeiro refere-se ao “stress” voltado para a esfera biológica, isto é, contemplando o desgaste físico; já as ocorrências de doenças são direcionadas para a esfera bio-psico-social. Estes dados são compatíveis com a literatura, diz esta autora, revelando a necessidade

de realizar-se estudos e cursos para proporcionar maior entendimento sobre o “stress” e as formas de enfrentá-lo.

CHAVES (1994), em um hospital geral de médio porte, de gestão filantrópica, na cidade de São Paulo, busca entender o “stress” e o trabalho do enfermeiro de acordo com a influência de características individuais e tolerância diante do turno noturno. Nesse sentido, para compreender o cotidiano dos enfermeiros, utiliza o Modelo interacionista de Lázarus o qual considera que um indivíduo, diante de uma situação de ameaça, realiza uma Primeira avaliação e esta é de natureza afetivo-cognitiva, ocorrendo involuntariamente; em seguida, e imediatamente, ocorre uma Segunda avaliação, onde o indivíduo projeta uma conduta diante da situação a ser enfrentada. Esta é mais que um exercício intelectual, é um processo complexo onde há a escolha do que deve ser feito no exercício de enfrentamento e qual ou quais estratégias serão usadas para isto. O enfrentamento da situação, nessa perspectiva, está diretamente relacionado à história de vida da pessoa, sua personalidade, suas experiências, sua idade e também ao seu substrato fisiológico e estado nutricional, uma vez que a reação biológica ao “stress” exige o envolvimento de substâncias minerais, água, hormônios, etc. Nesta resposta, o indivíduo pode ficar imobilizado diante de muitos conflitos, levando-o ou não a ter uma ação adequada para a situação. Isto tudo dependerá do substrato de cada pessoa.

Essa mesma autora mostra também que o enfermeiro age em seu cotidiano de trabalho mantendo uma relação estatisticamente significante entre o estado de sono atual com o traço de ansiedade, o padrão de comportamento para o “stress”

e a disposição para a atividade desenvolvida. Tem pouca ou nenhuma consciência do “stress” que enfrenta e do modo como o enfrenta; o conhecimento do processo de “stress” é imprescindível para o seu enfrentamento adequado. Contrariamente, não haverá resolução (CHAVES, 1994).

A exposição a fatores do trabalho percebidos como desprazerosos pelo trabalhador o conduz a um desgaste físico e emocional o qual, em um primeiro momento, aparece como um “stress”; porém, a exposição continuada a estes fatores obriga-o a desenvolver determinados mecanismos adaptativos, às vezes eficazes, por outras ineficazes, os quais acabam levando ao desenvolvimento de síndrome de “Burnout” (LAUTERT, 1995).

O termo “Burnout” foi primeiramente utilizado nos artigos de Herbert Freudenberg, em 1974. Porém, Cristina Maslach e Alaya Pines, psicólogos sociais, foram os divulgadores do termo em 1977, no Congresso Anual da Associação Americana de Psicólogos, redigindo e apresentando diversos artigos sobre o “Burnout” nas profissões de ajuda. Posteriormente, para pesquisa e diagnóstico, Maslach, com ajuda de Susan E. Jackson, propôs o “Maslach Burnout Inventory”, um questionário que mensura as dimensões do “Burnout” (EDELWICH & BRODSKY, 1980).

MASLACH (1982) define o “Burnout” como uma síndrome tridimensional que acomete aqueles profissionais cujas profissões têm relação direta com as pessoas, os quais estão expostos a um “stress” crônico. A Síndrome de Burnout é caracterizada por três aspectos: o desgaste emocional, a despersonalização e a falta de realização pessoal; corresponde a uma perda de

energia, esgotamento e fadiga da pessoa, a qual pode manifestar-se fisicamente, psiquicamente ou como uma combinação entre ambos. Assim, os recursos emocionais vão se deteriorando, as pessoas acometidas sentem que não têm a mesma capacidade de antes. A despersonalização é caracterizada por uma troca negativa nas atitudes e respostas do indivíduo em relação às outras pessoas. O profissional acaba por desenvolver uma atitude fria e distanciada, entrando num estado de fechamento, de cristalização em relação às outras pessoas.

Outra característica da Síndrome de Burnout é a incompetência ou falta de realização pessoal. O profissional com este sentimento apresenta uma série de respostas negativas para consigo mesmo e para com sua atividade laborial, típicas da depressão, moral baixa, retraimento pessoal, baixa produtividade, incapacidade para suportar pressões, diminuição do interesse pelo trabalho.

FRANÇA (1987) relata que “Burnout” é uma expressão inglesa para designar aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia. É uma síndrome caracterizada por sintomas e sinais de exaustão física, psíquica e emocional, em decorrência da má adaptação do indivíduo a um trabalho prolongado, altamente estressante e com grande carga tensional, acompanhada de sentimentos de frustração em relação a si e ao trabalho. Sua incidência é alta e predominante entre enfermeiros, médicos e assistentes sociais. Atinge de modo especial aqueles que têm contato direto com pacientes e, principalmente, os que trabalham em serviços de grande potencial estressador, como unidades de terapia intensiva, enfermarias de doentes graves e de cancerosos em fase final, coronarianos e doentes mentais agudos.

Este autor ainda refere que o “Burnout” tem início insidioso, causando sensação de mal estar indefinido, físico ou mental, de curso progressivo. É decorrente de uma confluência, num determinado tempo e lugar, de vários fatores que podem ser chamados de fatores de risco que, quando ocorrem simultaneamente, podem causar o “Burnout”. Há fatores próprios da pessoa, traços da personalidade de cada um e também fatores do ambiente que predis põem ao “Burnout”.

MARQUIS (1988) ressalta que entre prestadores de cuidados a pacientes terminais, o “Burnout” está relacionado às várias maneiras que levam a pessoa à morte. Experiências clínicas e campos de estudos têm revelado que todas as formas de morrer causam um desgaste emocional nos prestadores de cuidados. O autor define este desgaste como: “uma debilidade e diminuição da energia vital; demanda excessiva; auto imposição e pressão externa; uso da força, recursos e mecanismos de defesa. É um estado emocional que inclui a sobrecarga de “stress” e pode vir a influenciar a motivação, atitudes e comportamentos”.

RABINOWITZ et al. (1996) ressaltam que a enfermagem é uma profissão estressante e que as razões deste “stress” incluem sobrecarga de trabalho, necessidade de encontros com o paciente e conflitos do trabalho. Segundo estes autores, os fatores estressantes mais freqüentes são o contato constante com o sofrimento humano, procedimentos com os familiares, sobrecarga de trabalho, outras responsabilidades e conflitos interpessoais, podendo levar ao “Burnout”. Relatam que há vários meios que podem reduzir o “stress” do enfermeiro e prevenir o “Burnout”, incluindo supervisão individual ou em grupo, coordenação

de consultas, educação psicológica e estratégias para redução do “stress” individual. Citam ainda o exemplo de um grupo de apoio psicológico chamado “Balint”, orientado por cuidados médicos primários, segundo o qual os seus componentes reúnem-se regularmente e discutem suas experiências. Essas estratégias vêm ocorrendo com sucesso em muitos países como Canadá, Grã Bretanha, Alemanha e Israel.

Alguns estudos mostram o reconhecimento desse desgaste do profissional no ato de cuidar. Assim, o trabalho de KOSAKO (1992), norte-americana, docente do curso de enfermagem, atenta para a necessidade de um suporte emocional para os alunos desse curso que vivenciam a assistência a pacientes em quimioterapia, reconhece o desgaste emocional do estudante face à sua vida cotidiana no hospital.

FERREIRA (1996), enfermeira, busca, em seu estudo de mestrado, evidenciar as emoções presentes no trabalho de enfermagem com o paciente oncológico e de que forma elas têm sido enfrentadas. Os enfermeiros revelam que nesse cotidiano de trabalho há fatores gratificantes como ver o paciente recuperar-se, ter contato com ele, ajudá-lo, conhecer sobre a doença, ensinar o paciente e funcionários, sentir-se útil. Também revelam fatores difíceis como lidar com o sofrimento do doente, suas inúmeras internações, a impotência diante de doença, a revolta pela sua morte, a falta de conhecimento e de tempo, a sobrecarga de trabalho, a falta de funcionários qualificados. Para enfrentar essas situações, as enfermeiras sugerem refreamento do envolvimento excessivo com o paciente, apoio na religião ou alguma forma de ajuda espiritual e inúmeros

passatempos, como leituras, meditações, trabalhos manuais. Foi pouco citada a procura por ajuda de outro profissional. A maioria mencionou o choro como paliativo para o sofrimento.

Essa autora alerta ainda para o fato de que o trabalho com o paciente oncológico gera inúmeras emoções e, diante delas, o enfermeiro recorre a algumas estratégias para se proteger da ansiedade que essas emoções suscitam. Dentre elas destaca o distanciamento e a negação dos sentimentos que, muitas vezes, atuam como inibidoras do contato enfermeiro-paciente, lembrando que elas precisam ser revistas no sentido de tornarem-se não cerceadoras do sentir, mas sim norteadoras do agir do enfermeiro.

BOEMER & VALLE (1988), em estudo na Unidade de Pediatria de um hospital escola na cidade de Ribeirão Preto, evidenciam, segundo a visão de enfermeiras na assistência à criança com câncer, a insatisfação e o desgaste do profissional no ato de cuidar. Revelam que há a percepção das enfermeiras de que esse é um trabalho desgastante, difícil, revestido de angústia, dúvidas, receios, preocupações. Muitas vezes lhes é desgastante cumprir uma prescrição médica quando esta não é aprovada por elas; geralmente são prescrições que implicam em procedimentos técnicos invasivos, dolorosos para a criança; entretanto, têm que administrar o tratamento prescrito.

PAPADATOU et al. (1994) realizaram um estudo comparando a experiência de 217 enfermeiras oncológicas e 226 enfermeiras generalistas na cidade de Atenas, verificando a presença do grau de Burnout nessas profissionais. Com essa finalidade, aplicaram o Inventário de Burnout de

Maslach e, após sua análise, verificaram que não havia diferença significativa entre as enfermeiras oncológicas e as generalistas; havia sim uma relação direta entre a história de vida dessas pessoas, a falta de preparo profissional e o aparecimento da exaustão e da despersonalização.

COHEN (1994) realizou um estudo fenomenológico, analisando entrevistas de enfermeiras oncológicas de seis diferentes áreas dos Estados Unidos (rural e urbana), procurando pelos motivos, segundo suas perspectivas, de recompensas e dificuldades nesse trabalho. As enfermeiras descreveram três importantes fontes de recompensa: o cuidado direto ao paciente, a relação com os profissionais e a habilidade e destreza profissional. Descreveram também duas fontes de dificuldades: pouca afinidade para as tarefas administrativas e falta de habilidade para coordenar o tempo no que se refere às tarefas que requerem urgência. O autor adverte que os fatores de recompensa para uns podem se constituir em fatores de dificuldades para outros e que a experiência e percepção são individuais, podendo mudar o sentido atribuído ao trabalho bem como as necessidades relatadas pelas enfermeiras.

A legislação trabalhista, inclusive a brasileira, reconhece a relação causa e efeito de vários agentes físicos, químicos e biológicos na produção de doenças ditas “ocupacionais”; porém, o trabalho em si, como fator morbigênico, conforme o enfocado por PITTA (1990), a insalubridade, a penosidade, isto é, a permanente exposição a um ou mais fatores que produzam doença ou sofrimento no trabalho hospitalar, ainda requer a construção de novos modelos de investigação, necessariamente interdisciplinares, não somente de ordem técnica e

científica, mas também de natureza filosófica, moral, política, econômica e social.

LAUTERT (1995), enfermeira preocupada com o desgaste profissional do enfermeiro hospitalar, abordou o tema em sua tese de doutorado a partir do conceito de desgaste baseado nos pressupostos da “Síndrome de Burnout”, utilizando-se de algumas variáveis demográficas e pessoais. Essa autora utiliza o Inventário de Burnout e, embora tenha realizado uma investigação quantitativa, utilizando-se de dados amostrais, análise fatorial e mensuração de percepções, refere-se a um estudo piloto, conduzido segundo uma metodologia alternativa, para investigação do desgaste do enfermeiro, com vistas à busca da subjetividade do profissional no que se refere à sua percepção do trabalho que executa.

Esse estudo versou sobre os três aspectos da Síndrome de Burnout: o desgaste emocional, a despersonalização e a falta de realização profissional. A autora conclui que a grande maioria dos seus entrevistados estava acometida por um ou mais aspectos da Síndrome. Reconhece que o Inventário de Burnout identifica a pessoa acometida pela Síndrome, porém, este instrumento não permite que se detecte a sua origem, admitindo ser imprescindível que se consiga delimitar alguns fatores que possam ser considerados preditivos. Entretanto, através da identificação da pessoa será possível uma intervenção preventiva desse desgaste.

RADÜNZ (1998), enfermeira, em seu estudo “Cuidando e Se Cuidando”, mostra um caminho de incertezas, dúvidas e medos na relação interpessoal que se

estabelece entre enfermeiros e pacientes oncológicos. Segundo essa autora, essa relação equipara-se a “uma via de mão dupla” em que o profissional precisa conhecer não só o outro, mas também a si próprio, sem ater-se a técnicas específicas, mas sim criando-as na própria relação, sempre com a finalidade de fortalecer o “self” de ambos. Propõe que se valorize o ser humano, tanto do paciente quanto do profissional, como pessoas que pensam, sentem, decidem, percebem e são capazes de, entre outras coisas, assumir papéis sociais, ensinando e aprendendo, crescendo e se desenvolvendo, fortalecendo e sendo fortalecido. Utiliza para este estudo o suporte teórico oferecido por algumas teóricas da área de enfermagem (Roy, Horta, Travelbee), destacando o auto conhecimento como uma maneira autêntica de cuidar, de crescer para poder ajudar ao outro. Nesse estudo, a autora não explicita as estratégias necessárias para a implementação de sua proposta.

1.2 A minha interrogação

Nessa incursão pela literatura, pude apreender um recorte dirigido à preocupação quanto ao desgaste do profissional no ato de cuidar, preocupação essa que assume várias configurações e posturas na forma de enfocar a questão. Porém, o sentir do profissional, centro vital do tema, continua obscuro para mim, velado, possibilitando o emergir de uma nova inquietação, agora com a dimensão existencial do profissional.

Desta forma, como parte de minha trajetória acadêmica, caminhando ao redor de situações que envolvem o conviver com doença grave, iminência de morte, terapêuticas agressivas, proponho-me a estudar o significado que os

enfermeiros atribuem à sua ação de cuidar de pessoas acometidas por um câncer que estão em tratamento. A perspectiva do doente eu a tenho da investigação do mestrado; faz-se agora necessário um estudo que enfoque a outra faceta, a do prestador de cuidados, contemplando assim, as perspectivas do paciente e a do profissional enfermeiro, com vistas a, evidenciar a intersubjetividade das pessoas envolvidas nesta relação que constitui a ação de cuidar.

Entendo que para isto é importante que os enfermeiros descrevam, com sua própria linguagem, como estão sentindo e que experiências estão tendo neste contexto de trabalho. Isto não significa que, enquanto enfermeira oncológica, eu não tenha o meu pensar sobre essa questão, o que se constitui em meu pré-reflexivo acerca do tema. O que passo a buscar nas falas dos enfermeiros, sujeitos deste estudo, são suas descrições acerca do que estão sentindo, experienciando, de modo a captá-los em sua subjetividade, na forma como percebem o cuidado em oncologia, permitindo nesta expressão que eu apreenda o significado que atribuem ao ato de cuidar.

A minha direção na busca de suas subjetividades possibilita intersubjetividades que se estabelecem entre "nosso ver" esse cuidado. São essas intersubjetividades que permitem alcançar graus de objetividade, em perspectivas, em perfis. Essa forma de conduzir uma investigação remete ao referencial fenomenológico.

Uma análise de natureza fenomenológica, do tipo sócio-existencial tal como proposto por Alfred Schütz, o qual parte do individual, mas não se atém a ele, pode possibilitar o desvelamento de um trabalho assim situado, com o

enfoque na questão do desgaste profissional; um estudo que permita a compreensão do sentido que o cuidar em oncologia tem para os sujeitos investigados. Buscar a compreensão no mundo pré-científico, antes de qualquer elaboração reflexiva, é minha proposta; ir ao real sentir do sujeito e ter o seu discurso espontâneo.

Acredito que o conhecimento gerado por esta investigação pode se constituir em contribuição para um estudo mais amplo desse desgaste ou “Burnout”, como é conceituado por alguns autores, ao desocultar o significado da ação de cuidar do doente oncológico para os profissionais enfermeiros, revelando a natureza desse cuidado, o modo como ele se dá.

Sob esta perspectiva, esses enfermeiros poderão mostram-se a mim, em seu exercício profissional, descrevendo situações do dia-a-dia, situações potencialmente angustiantes, por envolver um cotidiano no qual emerge o cuidar do outro em situação de doença grave. Assim, para compreensão do fenômeno interrogado foi necessário dirigir-me a esses enfermeiros, pois, em seus discursos, puderam dizer de seu trabalho. Com vistas a essa possibilidade de desocultamento achei-me a eles buscando apreendê-los e, de forma particular, ouvir o seu discurso a respeito do significado da ação de cuidar do doente oncológico.

Ciente que a ação do cuidar dá-se na coexistência de pessoas compartilhando o mesmo espaço e o mesmo tempo, pretendo partir do individual, através das falas dos sujeitos, para chegar à compreensão do significado do cuidar, numa dimensão social, captando os “motivos para” dos enfermeiros,

existentes na sua relação com a pessoa doente, quando praticam a ação de cuidar. Estes motivos vão se mostrando na relação comunicativa que se instala neste contexto.

Neste sentido, o estudo foi desenvolvido segundo as idéias básicas do filósofo alemão Alfred Schütz, pois elas possibilitam a abordagem do significado da ação da pessoa que é o interesse básico deste estudo².

2 Encaminhamento teórico-metodológico

2.1 A opção pelo referencial da fenomenologia

Ao pensar esta pesquisa, parti de minhas reflexões, buscando compreender e não explicar o sentido de cuidar em oncologia para o sujeito cuidador, o profissional enfermeiro. Ir e ver além daquilo que as coisas possam se mostrar em sua simples representação, mas sim em sua intenção total, em sua essência tal como se mostra no vivido. Neste sentido, a fenomenologia foi a opção, pois ela trata de descrever os fenômenos tais como eles se dão: neles mesmos. Como ciência do rigor, usando um termo do fundador da fenomenologia Edmund Husserl, procura examinar a experiência humana descrevendo-a de forma rigorosa tal como ela se mostra e buscando a sua compreensão.

HUSSERL (1965), considerado o pai da fenomenologia contemporânea, propõe o retorno às coisas mesmas como princípio de uma ciência rigorosa, a descrição da consciência pura e originária, a análise do que se apresenta primária

² No Brasil, vários estudos de enfermagem vêm sendo realizados segundo a fundamentação filosófica de Schütz e serão mencionados posteriormente.

e fundamentalmente anterior a toda e qualquer relação ou explicação científica. Sugere o retorno às origens, dando como ponto de partida não mais as opiniões dos filósofos, mas a própria realidade. Assim, diz Husserl: ***não convém que a impulsão filosófica surja da filosofia, mas das coisas e dos problemas.***

A trajetória na fenomenologia inicia-se indo às coisas mesmas e isso só é possível ao pesquisador através do seu mundo-vida, de suas experiências vividas (MARTINS, 1992, p. 57).

Para Husserl, consciência não se refere apenas a um conjunto de neurônios ou parte qualquer do organismo. Refere-se a um estado de alerta para o mundo e, por isso, é sempre consciência **de** alguma coisa, está dirigida **para**. Apresenta uma direção (MARTINS, 1992, p. 56).

O que se mostra à consciência é o objeto de estudo da fenomenologia, o fenômeno. Dirigir-se a ele implica a presença de uma intencionalidade, um ***noesis***, que é próprio da consciência. ***Noesis*** é o aspecto subjetivo do ato cognoscente e consiste na disposição do sujeito para ver algo; noema é o aspecto objetivo, aquilo que é visto e que tem, em seu conteúdo, um significado e ocupa um lugar (HUSSERL, 1986, P. 210-12).

Segundo Husserl, a fenomenologia tem a tarefa de explicitar o mundo da vida, explicitar as estruturas dessa correlação noético-noemático. E, para se chegar ao mundo da vida, é preciso adotar certas posturas, como suspender juízos, colocar o fenômeno entre parênteses, deixar que surja o sentido da atribuição de um sujeito. A suspensão da tese do mundo e da subjetividade empírica deixa como resíduo um Eu Transcendental, que é visto como o

fundamento, a origem de toda significação, dentro dessa forma de pensar (CAPALBO, 1996, p. 23).

A questão da ação social enquanto ação significativa de sujeitos foi mencionada mas não aprofundada por Husserl. Tal questão será objeto das investigações fenomenológicas de Schütz e daí a escolha deste autor para a presente tese.

No percurso desta trajetória tenho procurado adentrar ao mundo vida do profissional enfermeiro que cuida de doentes na área de oncologia, profissional este que está situado no mundo, relacionando-se com os outros homens; embora seus sentimentos sejam próprios, subjetivos, eles se dão num contexto social, ou seja, compartilhados com os outros homens. Assim, o estudo dessa relação social num cenário de dor, sofrimento, esperança e cura, levou-me a buscar fundamentação para esta pesquisa nas idéias de Alfred Schütz.

Schütz, fenomenólogo do social, ao invés da consciência transcendental de Husserl para chegar à intersubjetividade, parte da esfera da vida cotidiana, tipificando os fenômenos para chegar à intersubjetividade. Para ele a intersubjetividade faz parte do mundo social e, o mundo social é constituído através da comunicação e ação intersubjetiva entre os sujeitos (WAGNER, 1979, p.11- 2).

Passo, então, a descrever as principais idéias desse autor na tentativa de evidenciar, no método³ por ele proposto, a perspectiva de abordagem compreensiva do modo de ação cotidiana na enfermagem oncológica, de forma

³ Método para Schütz tem o sentido de caminho mais adequado para apreender a realidade social de modo científico. Para isto ele indica alguns postulados que serão tratados posteriormente.

que os dados possam ser analisados à luz de uma hermenêutica que se mostrar pertinente à natureza mesma dos dados.

2.2 A Sociologia fenomenológica de Alfred Schütz

Alfred Schütz nasceu em Viena, em 1899 e morreu em Nova Iorque em 1959. Estudou Direito e Ciências Sociais e durante sua vida sofreu influências das idéias de Edmund Husserl e Max Weber.

Pela sua formação em ciências sociais tinha o propósito de estabelecer os fundamentos de uma sociologia compreensiva (WAGNER, 1979, p.5). Dedicou-se a aprofundar as idéias de Husserl da pretensão de uma filosofia sem pressuposições, tendo como ponto de partida as experiências do ser humano consciente, que vive e age em um “mundo”. Para lidar com este mundo parte da intencionalidade espontânea, “dirigida” para objetos, reais ou imaginários, materiais ou ideais e todos esses objetos são intencionados. Na psicologia fenomenológica de Husserl, dessa unidade da consciência *noesis* – *noema*, é possível se chegar à consciência comum, “aquilo que une as consciências individuais” na “unidade fenomenológica da vida social”, uma sociedade de pessoas que compartilham uma vida consciente (WAGNER, 1979, p.7-9). Tal trajetória colocada por Husserl não foi, no entanto, devidamente tematizada, pois Husserl ficou preso à consciência de si transcendental e para justificar a consciência do outro nela mesmo, sem poder ter acesso imediato, ele recorre à noção do outro análogo a mim.

Não me compete, neste trabalho, aprofundar este dilema em Husserl mas ver, de modo direto, como Schütz o tratou.

Schütz também era familiarizado com as idéias de Weber e de sua insistência em que a sociologia, basicamente, ocupa-se, ou pelo menos deveria ocupar-se, do significado subjetivo como critério fundamental de compreensão da ação humana. Para Weber, a objetividade das ciências sociais só é possível mediante o uso do método de construção e verificação dos “tipos ideais”⁴, não se podendo estabelecer nenhuma lei causal de conduta humana; o sociólogo trabalha, na melhor das hipóteses, com “possibilidades típicas” de que determinados conjuntos de fatos observáveis levarão a determinados cursos de ação social (WAGNER, 1979, p. 10-1).

Para Schütz, porém, a construção dos tipos ideais não equivale a uma média estatística. Deve emergir a partir do material histórico concreto, comportando, em si, significados. Diz esse filósofo:

“Mediante este modo de construção e verificação dos tipos ideais, pode-se interpretar, estrato por estrato, o significado dos fenômenos sociais particulares como significado a que tendem subjetivamente os atos humanos. Desta maneira, pode-se desvelar a estrutura do mundo social como uma estrutura de significados intencionais e inteligíveis”
(SCHÜTZ, 1972, p. 37).

O mundo cotidiano é compartilhado com o domínio público, dentro do qual nós nos comunicamos, trabalhamos e vivemos nossas vidas. Diante disso,

⁴ Para WEBER, o ideal tem o sentido de apreender a pessoa como sempre a mesma e homogênea, sem levar em conta todas as mudanças e os contornos definidos que fazem parte da individualidade. Assim, não importa quantas pessoas são categorizadas sob o tipo ideal; ele não corresponderá a nenhuma delas em particular (WAGNER, 1979, p.221)

pretendeu obter uma fundamentação racional da vida cotidiana mediante um exame de suas múltiplas tipificações (SCHÜTZ, 1974a, p.16).

Passo, agora, a explicitar alguns pressupostos filosóficos básicos do seu pensamento de forma a permitir que o leitor acompanhe os passos fundamentais que ensaiei, na busca pela apreensão das idéias de Schütz.

O mundo de sentido comum é o mundo cotidiano, o mundo da vida; são expressões que indicam o mundo intersubjetivo, experimentado pelos homens em mútua relação, entendendo-se consigo mesmo e com os outros. Mundo que existia antes de nós, o qual tem uma história e que nos é dada de maneira organizada. É primordialmente o cenário de nossas ações sociais. Não é um mundo simplesmente físico, mas também um mundo sócio-cultural, o que confere a cada indivíduo uma “situação biográfica” determinada (SCHÜTZ, 1974a, p.17).

A bagagem de conhecimentos disponível constitui-se no decorrer da vida com a sedimentação das experiências vividas do indivíduo ou adquiridas através da sua relação com as coisas do mundo e com seus semelhantes. Os predecessores, que viveram antes de nós e que convivem conosco através de informações de outros, os contemporâneos, que vivem em nosso tempo e os sucessores que viverão após nossa morte, sendo, no momento, anônimos. Na relação social os antecessores, contemporâneos e sucessores são situados e interpretados de diversas maneiras, por meio das tipificações da vida de sentido comum. É através dos conhecimentos adquiridos que o indivíduo se orienta no mundo de acordo com suas perspectivas de seus

particulares interesses, motivos, desejos, aspirações, compromissos religiosos e ideológicos (SCHÜTZ, 1974a, p.21-2).

*A **relação face a face** só pode acontecer quando duas pessoas compartilham a mesma comunidade de tempo e espaço; é nela que pode se dar a maior parte de meu intercâmbio social junto aos meus contemporâneos. Para tal, há de haver uma direção do “eu” para o “tu”, ter um interesse, um envolvimento; tem que haver o nós, isto é, a consciência da presença do outro. Contrário a isto, transformamos o outro em um anônimo (SCHÜTZ, 1974a, p. 21).*

***Situação biográfica definida** refere-se ao lugar e tempo que um indivíduo ocupa em uma determinada sociedade bem como a totalidade de suas experiências que vão se sedimentando ao longo do curso de sua existência concreta. Esta situação na qual eu me encontro faz com que eu seja único, diferente dos demais e, assim, me interesse também, de forma diferente, por determinados assuntos. O “aqui” onde eu estou e o “ali” onde meu semelhante está, são, necessariamente, lugares diferentes e jamais poderemos ocupar, ao mesmo tempo, o mesmo lugar e a mesma posição. Portanto, a minha perspectiva é necessariamente diferente da do outro e é só no intercâmbio de nossas idéias, na idealização de pontos de vistas do outro, que se pode ter uma reciprocidade temporária de perspectivas. O intercâmbio entre o “aqui” e o “ali”, numa relação dialética, é a condição necessária para uma realidade compartilhada (SCHÜTZ, 1974a, p.17-20).*

*A **intersubjetividade**, para SCHÜTZ, comenta Wagner, é um dado intramundano sob o qual se ergue toda e qualquer*

atividade do eu de relação e da própria ciência social. O mundo da minha vida não é, de forma alguma, meu mundo privado mas é, desde o início, um mundo intersubjetivo, compartilhado com meus semelhantes, vivenciado e interpretado por outros; em suma, é um mundo comum a todos nós. Não poderíamos ser pessoas para os outros e nem para nós próprios se não pudéssemos encontrar com os outros um ambiente comum de conexão intencional de nossas vidas conscientes. Este ambiente comum é estabelecido pela compreensão que, por sua vez, fundamenta-se no fato de que os sujeitos motivam-se reciprocamente em suas atividades espirituais. Assim, originam-se os relacionamentos de compreensão mútua e o consentimento e, dessa forma, um ambiente comum de comunicação (WAGNER, 1979, p.159-61).

Continuando a citar Alfred Schütz:

***Social** é entendido como a relação de conduta entre duas ou mais pessoas; é um sistema de relação entre pessoas. A “ação social” é a conduta humana projetada pelo ator de maneira consciente. Ela tem um significado subjetivo que lhe dá a direção, é projetada da consciência do ator, tem um propósito. Ela só poderá ser compreendida pelo seu significado, orientando-se para o passado, presente ou futuro de outra pessoa ou pessoas (SCHÜTZ, 1974a, p. 22).*

*Os **motivos-para** instigam a ação social, estado de coisa em função do qual a ação foi levada adiante; referem-se a algo que se quer realizar, objetivos que se procuram alcançar e estes motivos de projetos⁵ têm uma estrutura temporal voltada para o*

⁵ Projeto para Schütz é a antecipação de uma conduta futura mediante a imaginação. Todos os projetos de ações baseiam-se em conhecimentos existentes à mão no momento da projeção (SCHÜTZ, 1974a, p.49).

tempo futuro, formando uma categoria subjetiva da ação, isto é, estão estreitamente relacionados com a ação e a consciência do ator (SCHÜTZ, 1974a, p.26).

Os motivos-porque estão evidentes nos acontecimentos já concluídos. Eles explicam certos aspectos da realização do projeto, portanto, eles têm uma direção temporal voltada para o passado. Formam uma categoria objetiva, acessível ao observador (SCHÜTZ, 1974a, p.26). Wagner comenta dizendo que na medida em que o ator se volta para o seu passado, tornando-se, assim, um observador de seus próprios atos, é que ele pode captar os motivos por que, genuínos, o significado objetivo. São essas experiências passadas que determinaram que ele agisse como agiu (WAGNER, 1979, p. 125).

Tipificação em Schütz - a tipologia deve sintetizar os traços típicos de um fenômeno social, tornando possível sua inteligibilidade. Trata-se de um processo que não utiliza conceitos genéricos do ponto de vista de sua extensão, mas que utiliza conceitos específicos para cada fenômeno singular. O seu procedimento consiste em colocar, em evidência, o que há de original, específico e típico no fenômeno. Assim sendo, o tipo ideal não corresponde a uma média estatística, mas sim aos traços típicos encontrados no fenômeno observado. Para Schütz, as tipificações devem levar em consideração a angústia existencial. Os tipos sociais não fixam os atores, há margem para a liberdade e para o imponderável, pois pode-se deixar de desempenhar o papel que o tipo nos havia imposto conforme comenta Capalbo (CAPALBO, 1998, p.81-7). Wagner observa que *O mundo factual de nossa experiência é vivenciado, desde o*

*início, como típico e esses tipos são formados principalmente por outros, predecessores e contemporâneos, os quais são aceitos pelo grupo no qual o indivíduo nasceu. É um elemento inseparável da herança sócio-cultural que nos é transmitida e, portanto, um elemento gerado socialmente (WAGNER, 1979, p. 117-8). O entendimento, a localização dos **motivos por que** e dos **motivos para** para propor uma ação é um fio condutor na pesquisa fenomenológica social⁶.*

Para Schütz, o homem vive no mundo do senso comum, relacionando-se com outros homens, semelhantes a si e, seja em relação face a face ou relação indireta, a base para a ação social é a situação biográfica que cada um possui. Ela influirá nos motivos, na direção, enfim, no modo como a pessoa ocupa o espaço da ação, interpreta suas possibilidades e se envolve em desafios.

Para ele, a apreensão da realidade social é feita através da tipificação dos fatos do mundo; seja qual for o homem, pesquisador ou homem do senso comum, ele irá seguir seus motivos e interpretar a realidade segundo sua situação biográfica. Porém, o pesquisador para chegar à tipologia do vivido segue alguns princípios, os quais Schütz denominou de postulados (SCHÜTZ, 1974a, p. 67-8)

- (a) *Postulado da Coerência Lógica*: as construções típicas estabelecidas com um grau de clareza e nitidez e o esqueleto conceitual deve ser totalmente compatível com os princípios da lógica formal. Este postulado garante a validade científica dos modelos construídos por especialistas em ciências sociais.

⁶ CAPALBO, C. Aula ministrada na disciplina de “Metodologia de Investigação Fenomenológica”, oferecida pela EERP/USP, sob o código: ERG-5864, Ribeirão Preto, 2º semestre de 1998.

- (b) *Postulado da Interpretação Subjetiva*: para compreender as ações humanas, o pesquisador deve se perguntar que modelo de mente individual é possível construir e que conteúdos típicos são necessários atribuir a ele para explicar fatos observados como resultado da atividade da mente, numa relação compreensiva. Assim, tem-se a garantia da significação da ação humana para o ator.
- (c) *Postulado da Adequação*: cada término de um modelo científico de ação humana deve ser construído de tal modo que um ato humano, efetuado no mundo da vida por um ator individual, indicado pela construção típica, seja compreensível tanto pelo ator mesmo como para seus semelhantes em termos de interpretação de sentido comum na vida cotidiana. Assim, fica a garantia da compatibilidade entre as construções do pesquisador e as experiências do sentido comum na realidade social.

Para Schütz, a meta do pesquisador social consiste em descobrir o *motivo para* e o *motivo porque* que estão atrás do ato humano. A interpretação de cada unidade de ação de outra pessoa é só um corte transversal que o observador extrai do contexto fático total. Portanto, o *tipo vivido* está determinado sempre em si mesmo pelo ponto de vista do intérprete e variará de acordo com seus interesses e problemas (SCHÜTZ, 1972 p.218)

Sob essa perspectiva, considero que o cuidar em oncologia é uma ação e, como tal, é projeto; portanto, traz em si os *motivos para* dos sujeitos que realizam esse cuidado o qual, quando realizado, torna-se um ato concreto, pois permite a possibilidade de uma atitude reflexiva, conduzindo aos *motivos por que* dessa ação.

Originalmente, enquanto a ação de cuidar na enfermagem oncológica se dá é uma vivência, uma ação que não tem preocupação com o seu significado mas trás em si os “motivos para” dos sujeitos da ação. O pesquisador, interessado em compreender esta ação, é que vai dirigir-se para o sujeito da ação, buscando o significado de sua ação no contexto de cuidar em oncologia.

A proposta deste estudo é buscar o entendimento do contexto da realidade social a partir da convivência, do contato direto com a dimensão humana do que está sendo investigado.

Das leituras que realizei, bem como de minha participação na Disciplina de Metodologia de Investigação Fenomenológica, à qual já me referi, na qual o pensamento de Schütz foi abordado pela Professora Creusa Capalbo, apreendo que há pertinência das idéias desse filósofo para a abordagem compreensiva do desgaste dos profissionais de enfermagem, no seu vivenciar o cotidiano da oncologia.

Também venho participando das reuniões do *Grupo de Estudos de Alfred Schütz*⁷⁸, através de leituras e discussões de textos acadêmicos, propiciando-me reflexão sobre este referencial.

Vários estudos vêm sendo realizados por autores enfermeiros brasileiros, fundamentados no pensamento de Alfred Schütz, para abordar suas investigações. (SALGADO, 1993; TOCANTINS, 1997; RODRIGUES, 1998; SANTOS, 1998; CASTELO BRANCO, 1999; PINTO DE JESUS, 1999; FUSTINONI, 2000 e outros). As idéias de Schütz permitem a análise das relações sociais, concebidas como relações mútuas que envolvem pessoas. Estas investigações mostram a sua pertinência para uma abordagem que possibilite o emergir do eu das pessoas envolvidas na ação social, suas necessidades concretas, a partir delas mesmas, no mundo da vida social.

As descrições das pessoas da ação social poderão fazer emergir os motivos que a ação tem para elas, revelando o seu sentido face às questões que envolvem a ação do cuidar em oncologia, que é o tema deste estudo.

⁷ Realizado quinzenalmente, na cidade do Rio de Janeiro, e do qual fazem parte, essencialmente, enfermeiros que desenvolveram e/ou vêm realizando suas pesquisas fundamentadas na abordagem da *Sociologia Compreensiva de Alfred Schütz*.

3 Constituição da Pesquisa

3.1 Seleção do campo

Durante a elaboração do projeto desse estudo estive bastante próxima ao Centro de Tratamento e Pesquisa da Fundação Antônio Prudente, localizado na cidade de São Paulo. A decisão de estar trabalhando com esta instituição deu-se naturalmente, pela sua referência técnico-científica nacional e pela especificidade no tratamento à pessoa com câncer.

O Hospital do Câncer, como é chamado, caracteriza-se por ser especializado, de ensino e sem fins lucrativos. Iniciou suas atividades em 1953 como Instituto Central (A. C. Camargo). Nesta época o Hospital contava com 18 enfermeiras da Cruz Vermelha Alemã, chefiadas por Marga Kasic. Hoje comporta 250 leitos ativos, sendo constituído por diversos departamentos, dentre os quais encontra-se o de enfermagem, compreendendo 117 enfermeiros, 53 técnicos de enfermagem e 309 auxiliares de enfermagem. A instituição abriga também a Residência Médica, Escola de Enfermagem em nível médio e um Centro de Estudos, em parceria com o Instituto Ludwig de Pesquisa (SCHNEIDER, 1989). Em 1997 deu início ao Curso de Mestrado em Oncologia.

A opção por trabalhar apenas com enfermeiros fundamentou-se nos estudos de LAURELL & NORIEGA (1989) e SILVA (1996) os quais mostram que o desgaste do profissional em uma instituição varia de acordo com as atribuições que cada indivíduo desempenha. De forma particular, o estudo de SILVA (1996) mostra que o enfermeiro tem atribuições diferentes das do auxiliar de enfermagem e das do técnico de enfermagem. Ele acaba por coordenar a equipe, muitas vezes distanciando-se da assistência direta. Para esta autora, cabe ao enfermeiro o cuidar e o administrar.

Na instituição onde o estudo foi realizado as enfermeiras, tanto assistenciais como as supervisoras, prestam assistência direta ao paciente, motivo pelo qual esta proposta pode ali ser desenvolvida.

3.2 Observância da dimensão ética.

O projeto deste trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Câncer, na cidade de São Paulo, com vistas à sua aprovação, em observância à recente legislação que regulamenta a pesquisa em seres humanos⁹. Esse Comitê analisou e aprovou o desenvolvimento do projeto. (Anexo 1)

Também em observância à essa legislação foi elaborado um Termo de Consentimento livre e Informado, no qual, em linguagem clara, os sujeitos da pesquisa foram informados de minha proposta, bem como foram-lhes garantidos o anonimato e o seu desejo ou não em participar. Este documento foi entregue a cada participante, anteriormente ao início da entrevista, sendo assinado por mim e pelo sujeito da pesquisa, reservando-se uma cópia para cada qual. (Anexo 2)

3.3 Planejamento da coleta de depoimentos

Uma vez o projeto aprovado pelo Comitê de Ética, participei de reuniões com a gerente de enfermagem para, juntas, decidirmos os horários e seleção de locais para os encontros com os enfermeiros. Buscamos por Unidades nas quais a pessoa doente permanece por algum tempo, requerendo, dessa forma, o cuidado da enfermagem, implicando, portanto, em uma convivência entre ela e o

⁹ BRASIL – Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução nº 196 de outubro de 1996. IN: O Mundo da Saúde. Ano 21, Nº 21; jan/fev., 1997.

profissional que dela cuida. Diante disso, a gerente agendou uma reunião na qual fui apresentada às enfermeiras supervisoras das Unidades de internação e da Central de Quimioterapia. Nessa reunião pude explicitar minha proposta de investigação e a relevância de suas contribuições, enquanto parceiras do estudo.

Dirigi-me, então, acompanhada por cada uma dessas supervisoras, às Unidades de Internação que contemplavam o cotidiano de cuidado desejado. Considerando o grande porte do hospital e atenta ao fato de que não poderia entrevistar todos os enfermeiros dessa instituição, selecionei as Unidades Médico-Cirúrgica de Internação de pacientes adultos e a Central de Quimioterapia.

Assim, as Unidades de Centro Cirúrgico, Centro de Diagnóstico por Imagem não foram incluídos por não contemplarem a questão do convívio durante um tempo vivido. A Unidade de Pediatria também não foi incluída por ser um local onde eu não tenho habitado como enfermeira.

Tomei o cuidado de entrevistar apenas aqueles enfermeiros que tinham um ou mais anos de experiência em oncologia, ou seja, um tempo vivido na relação de cuidado, por crer que este profissional poderia melhor falar de suas experiências vividas, do seu projeto de cuidar.

Realizei uma preleção em uma reunião geral, na qual expus minha proposta. Entretanto, no momento de cada entrevista, explicitarei novamente para cada um o objetivo da pesquisa e propus a questão orientadora: **O que significa para você cuidar em oncologia? Descreva para mim.**

4 As descrições das enfermeiras

4.1 Coletando as falas

Uma vez apresentada às enfermeiras¹⁰, agendei uma data e um horário, para o encontro com cada uma que manifestou desejo de participar. Mantivemos, então, um encontro face a face, em sintonia com nossas experiências conscientes. Assim, estive no Hospital pela manhã, à tarde e à noite, contemplando os horários possíveis para cada qual poder participar.

Os encontros foram realizados antes ou após o horário de trabalho, possibilitando um espaço sem interrupções. As entrevistas foram conduzidas segundo a abordagem fenomenológica, de forma a permitir o encontro com o sujeito, numa relação empática, podendo, assim, penetrar no mundo do outro e captar os aspectos subjetivos de sua maneira de vivenciar o mundo da oncologia, percebê-lo como sujeito consciente, sem qualquer preconceito ou imposição de minha parte. Orientada por uma questão, procurei deixar que o humano pesquisado se mostrasse de forma originária (CARVALHO, 1991).

As entrevistas foram gravadas desde que com a anuência das enfermeiras e, posteriormente, foram transcritas por mim, possibilitando-me uma análise de suas falas, permitindo-me chegar às suas intencionalidades motivacionais na ação de cuidar em oncologia.

Foram realizadas 15 (quinze) entrevistas quando comecei a perceber a repetitividade dos motivos da ação dos sujeitos no cuidar em oncologia. Este é o critério segundo a abordagem fenomenológica, no qual o número de sujeitos não

¹⁰ Passo a usar o termo enfermeiras porque nesse estudo houve a participação somente de profissionais mulheres.

é significativo; o que se procura é o comum, o invariante (MARTINS & BICUDO, 1989), que se mostrou na pesquisa na repetitividade dos motivos.

4.2 O dizer das enfermeiras

DEPOIMENTO N.º 01¹¹

Nome (iniciais): V.L.A

Estado Civil: Separada

Tempo na Instituição: 2anos e meio

Cargo: Enfermeira Assistencial

Sexo: F

Ano da Graduação: 1989

Setor de trabalho: UI (7ª)

Turno de trabalho: manhã

Bem, quando eu entrei aqui eu tive uma certa dificuldade; primeiro porque eu fiz Obstetrícia na Faculdade, trabalhei em Clínica Médica, mas assim, nunca nada direcionado à Oncologia. E no começo foi difícil para eu me especializar, tudo é muito direcionado, este paciente tem características muito próprias, e aqui dentro do hospital ele se diferencia quando ele é cirúrgico e, quando ele é clínico. O cirúrgico chega numa fase muito inicial, a expectativa dele é maior, a tolerância dele é maior. Ele espera realmente que ele seja tratado e até curado mesmo, ele vem com esta expectativa. Já o da Oncologia clínica não, ele já passou pela cirurgia, já passou pela quimio, já passou pela radio, sabe que não está curado, não agüenta mais. Muito do que você faz não tem retorno, porque ele mesmo já não permite mais, já está cansado, já está desistindo mesmo. Então eu senti uma dificuldade muito grande neste sentido, e hoje, depois de 2 anos e meio, eu sinto que muitas vezes o que a gente faz tem retorno e muitas vezes não tem retorno. Às vezes está num estágio muito avançado e não tem retorno nenhum. Você tenta fazer o que você faz quando você acorda, pega o carro e vem para cá, é tentar dar uma melhor qualidade de vida para este paciente. E nem sempre a gente consegue isso aqui dentro, nem sempre é o lugar. Pelo menos se consegue a nível de conforto, ele está alimentado, ele está sem dor. A medicação dos sinais como o paciente que tem dor, as vezes é enorme o tumor, avaliando o uso da medicação, da morfina. Então assim o que a gente tenta é isso, mas muitas vezes a decepção é grande. É um caminho que você sabe que começou a trilhar e que não vai ter muito retorno. E sinto assim que não é um hospital, não é um trabalho para o resto da vida não. As enfermeiras do hospital são muito jovens. É um trabalho pesado, a gente não agüenta muito tempo, porque todo mundo vai cansando, você deve ter sentido mais isso porque trabalhou 6 anos, eu tenho menos da metade do seu tempo, e a gente vai cansando, porque? O que é que é isso? Às vezes o paciente ele está ótimo, você

encontra ele no corredor, no ambulatório, oi, como você está bem... Vai tudo depender muito de como ele chega aqui... Mas mesmo assim não é um hospital para o resto da vida, é uma coisa que vai desgastando, como profissional, como pessoa, eu acho que é isso. Não sei se é isso mesmo que você queria? Você quer que eu preencha esta ficha para você?

Após desligar o gravador a depoente continuou a falar:

Quando eu falo não estou falando do Hospital, da estrutura, é o paciente mesmo. Acho que não é um trabalho para sempre. A gente não agüenta. Observa, não tem enfermeiras com muito tempo de casa.

DEPOIMENTO N.º 02

Nome (iniciais): S.P.

Estado Civil: Solteira

Tempo na Instituição: 01ano

Cargo: Enfermeira supervisora

Sexo: F

Ano da Graduação: 1987

Setor de trabalho: UMC (7ª)

Turno de trabalho: 8h/ dia

Olha Regina, para mim o cuidar em oncologia, das diferentes áreas em que eu já trabalhei, eu acho que é um cuidar diferenciado. Primeiro porque o paciente oncológico é uma realidade ao mesmo tempo que, naquele momento pode ser uma coisa distante da sua realidade, é uma coisa muito próxima. Porque sabidamente a patologia oncológica é uma coisa que chega – como outras evidentemente – chega a qualquer momento. Acho que você sabidamente nunca está preparada para recebê-la, então nem você mesma, nem ninguém próximo a você, seja familiar, seja amigo, ou qualquer pessoa próxima. Então, isso para mim não tem... o fato de estar sempre tentando estar próxima do paciente, tentando se colocar no lugar dele, isso independe dele ser oncológico ou não. Mas o paciente oncológico requer um carinho muito diferente, porque na grande maioria das vezes ele foi pego de surpresa no decorrer da vida, foi uma surpresa e muitas vezes é uma coisa que muda completamente a vida dele, em todos os sentidos. Então, por mais prognóstico que a patologia tenha, sempre há um período muito doloroso de tratamento, em que ele vai se sentir muito mal, vai se mostrar fisicamente muito mal, muitas vezes com todos os efeitos da quimio e da radio. Eu acho que dentro de toda a Oncologia e para mim, que trabalho diretamente com a parte Cirúrgica da Oncologia, você tem a parte de imagem mesmo do doente, principalmente dos pacientes de cabeça e pescoço, que tem toda uma ..., uma, grosseiramente falando, muitos deles sofrem mutilações mesmo da face; para a mulher o neo de mama, é uma coisa brutal, mas se

¹¹ O Número representa a ordem cronológica das entrevistas

ela coloca uma blusa, aquilo está dentro dela, não é? Por fora não se vê, mas os pacientes com tumores de cabeça e pescoço são uma coisa muito complicada. Então eu acho que a parte de cuidar, na técnica, requer especialização, requer uma série de conhecimentos diferenciados; mas, eu acho que no teu eu mesmo, você tem que estar preparada para essa diferenciação: o que é cuidar em Oncologia? É você lidar com todos os percalços que a patologia vai trazendo no dia a dia. E até saber lidar com você mesma, com o sucesso do tratamento, com a perda do paciente, que muitas vezes fica, fica, fica com você, nada, nada, nada e morre na praia, e também para saber lidar com a melhora, que sem dúvida é um sucesso quando você consegue; é um sucesso não só de toda a equipe mas também do próprio paciente. Eu acho que por um outro lado, para mim, enquanto enfermeira, é tentar fazer com que a equipe perceba isto também que não é, quando você fala, o enfermeiro além de tudo tem um papel de orientador da equipe, para mostrar que existe essa diferença, e que o paciente se cuidar é muito mais que a técnica, do que uma coisa, do que um remédio. Eu acho que o doente pede a você essa cumplicidade no tratamento, não só porque o paciente oncológico acaba sabendo, cuidando muito do catéter, cuidando dos horários da medicação. Ele é diferente de um paciente que vem para fazer uma colecistectomia, que é uma realidade que veio, operou, tchau, tchau, que ele não tem conhecimento; agora aquele que interna direto, sabe perfeitamente de tudo, ele precisa disso, ele participa, é um doente participante. Ele precisa da sua rigidez no horário, que para ele é muito importante, de você estar bem, de você estar sorrindo, porque já é uma coisa muito doída. Se você ainda chega como mais um problema para o paciente é muito ruim ... Eu acho que basicamente é isto.

DEPOIMENTO N.º 03

Nome (iniciais): L.L.S.R.

Estado Civil: Casada

Tempo na Instituição: 1ano e 6m

Cargo: Enfermeira Assistencial

Sexo: F

Ano da Graduação: 1997

Setor de trabalho: UI (8ª)

Turno de trabalho: Manhã (7/13h)

Para mim, cuidar de um paciente oncológico, é em primeiro lugar, estar cuidando do psíquico dele. Por que muitas vezes ele vem para o Hospital do Câncer, mas muitas vezes ele não sabe qual é a sua patologia, em que estado está sua doença. Então a gente acaba cuidando até da família, porque eles acabam tendo dúvida de como estar passando isso para o paciente, qual é o momento certo; porque às vezes isso é adiado pela equipe médica através da família, a família não quer que fale, a equipe médica fica protelando, só que chega um momento em que o paciente não tem escapatória, ele tem que saber. Porque ele sabe, ele demonstra que o tratamento não está tendo sucesso. Então o cuidado do enfermeiro começa pelo psíquico, e aí vem todo o cuidado do físico, o banho, a comida e que a gente tem o apoio dos auxiliares e técnicos, que a gente não conseguiria estar fazendo sem eles, sem a equipe,

porque no caso é uma equipe. E o cuidado mesmo do enfermeiro vai ser direcionar esta equipe para estar dando uma assistência boa, humana, porque tem que tratar como gente, é, apesar, ainda mais com a patologia que está carregando. Então tem que ter um amor maior, um vínculo maior com o paciente para estar dando uma assistência mais humana. Só o psíquico nessa hora não importa, tem que cuidar do todo, um cuidado maior não só com o corpo, mas também com o psíquico. E nessa parte quem trabalha melhor é a enfermagem, porque o paciente vai se degradando, ele vai ficando deprimido e ele acaba morrendo com essa depressão se a gente não cuidar; aqui no nosso serviço a gente tem um serviço bem ativo de Psiquiatria, então a gente logo, já pede um acompanhamento. Então para mim o cuidar em primeiro lugar é isso, é cuidar do psíquico do paciente e da estrutura familiar, porque eles ficam realmente embaraçados.

Pesquisadora: Eu entendi, você tem esse modo de chegar ao doente pensando nessas vertentes todas, me fale mais sobre isto, como é?

- É complicado, é conversando bastante, só conversando. E às vezes a gente não chega até o paciente para falar, você conversa com a família porque a família... ela se sente num beco sem saída. O que eu faço com o paciente, porque o médico deixa claro para a família, só que a família mesmo não quer que isso chegue até o doente; só que ela percebe que chega em um determinado ponto em que não dá para segurar mais, ela tem que passar para ele, e aí a gente acaba conversando mesmo. E chega uma hora em que você percebe que a coisa flui, só que aí o paciente entra em depressão, e aí você tem que passar da família para o paciente, e aí tem que ser um cuidado bem minucioso, conversando com ele, e que nem tudo está perdido. Às vezes só o fato de você falar que independente do que acontecer eu vou estar do seu lado, já clareia uma luz no fim do túnel, porque ele já abre um sorriso, ele já mostra um fio de esperança se ele tem alguém com quem pode contar. E aí ele vai ver que nem tudo está perdido; você coloca que apesar da patologia que não tem mais saída, que a enfermagem está aqui para cuidar do senhor. Do que é que o senhor está precisando, tratar da pele? Vamos pentear o cabelo, vamos fazer a barba? E aí é o que eu te falei, esse é o cuidado com o corpo em si, pois o psíquico a gente vai trabalhando, mostrando a realidade para ele, que nem tudo está perdido, apesar de não ter mais tratamento médico, mas a enfermagem está aqui atuante, até o último respiro dele, a gente não deixa em palavras claras, mas a gente mostra em situações, em cuidados mesmo. Porque muitas vezes ele questiona: Porque que eu vou ter que passar esse creme no meu corpo? Porque precisa, vamos cuidar, vamos manter a aparência, ficar bonito. Eu não quero comer, não adianta, eu estou tendo diarreia frequente. Não, saco vazio não para em pé, vamos comer, tem que manter o corpo em atividade. A gente às vezes acaba brincando para o paciente sentir a necessidade de estar realmente se cuidando. Então para mim, o cuidado se resume nisso. (silêncio)

Pesquisadora: Muito bem resumido, obrigada

E às vezes também para ele aceitar o cuidado, tipo, tem que ficar em repouso porque os níveis de plaquetas e leucócitos estão baixos, então você tem

que demonstrar isso para ele, ele tem que ter certeza de que ele realmente precisa ficar em repouso. O que é que vai acontecer comigo se eu não ficar em repouso? Então você tem que dar muita orientação para ele aceitar alguns tipos de cuidados que para ele não tem importância, ele não vê importância, é leigo. É conversando mesmo, acho que é a base, você vai tateando mesmo até onde você pode ir, porque tem coisas que realmente não são de nossa competência estar passando para o paciente e, aí, onde você pode palpar, você vai aprofundando, e ele vai aceitando cada vez mais os cuidados. Ah, você está me impondo? Não, o seu estado está precisando de repouso. Uma coisa que eu observava é que eles passam algumas... algumas coisas eles falam e têm coisas que eles não falam para o enfermeiro. Então se o seu trabalho fosse feito também com a equipe de auxiliares e técnicos talvez você fosse pegar o outro lado do cuidar, você está me entendendo? Porque tem coisas que eles não confiam tanto no enfermeiro. Entra no quarto e eles perguntam: Você é enfermeiro? E a gente acaba sabendo depois nos corredores, porque “a gente é enfermeiro”, e a gente acaba sabendo isso. Porque os auxiliares falam: Fulano me perguntou se eu era enfermeiro, e aí ele acabou me falando um monte de coisas. Coisas que na realidade ele tinha que ter falado muitas vezes com o médico. O paciente mesmo acaba determinando essa barreira, só que, quem passa daqui para lá é só realmente aquele que demonstra mais cuidado com o doente. Nesse andar a equipe é muito integrada. O paciente se apegava muito à gente e a gente à ele. Às vezes ele re-interna e quer vir para cá, briga na internação para vir para cá. (risos)

- Vai ficar muito bom o seu trabalho.

DEPOIMENTO N.º 04

Nome (iniciais): CAY

Estado Civil: Solteira

Tempo na Instituição: 3anos

Cargo: Enfermeira assistencial

Sexo: F

Ano da Graduação: 1996

Setor de trabalho: UI

Turno de trabalho: M (7-13H)

Eu acho assim que, aqui no hospital, a gente tem pacientes muito dependentes da gente. Mesmo aqueles que não estão dependentes fisicamente, não estão precisando de cuidados físicos intensos, eles são dependentes mesmo. Eles precisam que a gente fique junto e, quando vai começar a quimioterapia eles não exigem, mas eles de uma certa forma acabam fazendo com que a gente fique sempre junto deles; ou seja, a gente teve uma paciente agora que expressou claramente que ela queria que, se eu não ficasse lá, que eu colocasse uma pessoa para ficar com ela, que ela prefere que o enfermeiro fique sempre junto, porque ela acha que o enfermeiro pode detectar mais rápido os problemas que ela possa ter. Ela falou para mim: Olha, eu quero que alguém fique comigo, de preferência um enfermeiro. Essa é uma paciente que só expressou, mas os outros acabam fazendo isso também. Para mim, é muito importante que o

paciente... claro que a gente não quer que eles sejam dependentes... mas é importante que eles demonstrem para a gente que a gente é importante no tratamento, que eles precisam de nossa ajuda de alguma forma. Eu não sei, eu não trabalhei com outros pacientes que não oncológicos, mas o que a gente vê nos estágios e na faculdade é assim: os pacientes cirúrgicos, por exemplo, ou de uma outra patologia qualquer, eles estão mais preocupados com aquela coisa mais imediata. Eu estou com apendicite, eu vou resolver essa apendicite e pronto. A gente acaba ficando assim – não em segundo plano - mas a gente acaba ficando assim, parece que o nosso serviço parece ser uma coisa mecânica, você vai lá, faz curativo, o paciente vai embora, dali já vem outro. Aqui não, os nossos pacientes aqui ficam muito tempo com a gente, eles voltam sempre, ficam às vezes meses internados, a gente cria um vínculo com eles não é, esse vínculo para mim é muito importante também. Ele vai, volta, vai, volta, é..., a gente conhece o pai, a mãe, conhece os hábitos em casa. Isto facilita a gente na hora de tratar, tem mais facilidade de saber como é que está o paciente; que ele não gosta de tomar banho de manhã, então a gente sabe que vai ter que fazer os curativos à tarde. Então esse tipo de tratamento aqui na Oncologia, principalmente aqui no 8º andar, onde nós temos mais pacientes clínicos..., é bem individualizado. Eu sempre gostei muito de trabalhar na Oncologia, desde a época de faculdade, eu não tenho experiência de trabalhar em outro hospital, eu não sei se eu ia gostar também.

Pesquisadora: Mas só de você estar aqui há 03 anos...
 - Então, para mim, é a patologia em si, tecnicamente falando, não na parte de cuidados humanizados, mas assim..., a própria patologia é interessante, a gente estuda, para mim é..., é que eu gosto mesmo, então para mim acaba ficando mais fácil. E eu acho que a enfermeira oncológica tem um papel diferente de uma outra enfermeira, não sei, por exemplo uma enfermeira que cuida de um posto de saúde, que cuida de pacientes crônicos também; a gente também sente aquela parte psicológica do paciente, o que a gente vê com os pacientes, eu acho que a nossa visão de doença e saúde é completamente diferente de uma enfermeira que fica num posto. Eu não sei também, eu acabo pensando assim, eu tenho colegas que trabalham em outros lugares e que pensam e agem diferente da gente. A gente vê a doença de um jeito... Aqui a gente não vê essa parte de prevenção, a gente nem toca, não dá nem tempo mesmo de ver. E muitas vezes a forma que a gente aborda a cura no paciente também é diferente, porque muitas vezes eles vem em estágios muito avançados, então a gente acaba visando o bem estar naquilo que ele pode ter, naquilo que a gente considera normal para ele, então a gente acaba tentando para que ele se sinta melhor naquilo, no contexto dele. Muitas vezes a gente não tem como visar a cura e coisas assim. A gente tem muito contato com a família, a família acaba precisando também bastante da gente. Muitas vezes eles não entendem o que os médicos falam, os médicos falam em termos técnicos, eles não conseguem conversar de outro jeito com a família, e a família normalmente vem conversar com a gente. Perguntam: Olha, porque

é que fulano de tal tá com dor óssea? Por que é que ele tem isso? Por que é que ele tem aquilo? Perguntam, a gente acaba explicando do tratamento, tanto para a família quanto para o paciente ..., mais para a família do que para o paciente. E, faz parte do cuidado também. A gente tem às vezes muita dificuldade de conversar com a família, a gente conversa bastante, mas algumas vezes a gente fica meio emperrada naquilo: Você não pode falar isso porque isso é o médico quem fala! E a família questiona a todo momento, o que é que está acontecendo, por que é que fez, por que é que não fez. A escola de residentes, eles não estão muito acostumados, preparados, a sentar mesmo e conversar com a família. Então eles preferem falar: Ele está com adenocarcinoma de alguma coisa... E acaba ficando por isso mesmo. E a gente fica atrás: Olha fulano, a família está perguntando, explica de um jeito mais fácil para eles entenderem! Mas para eles também fica difícil de explicarem, a não ser que o titular venha e os obrigue a fazer, eles acabam não fazendo muito não.

Pesquisadora: Muito bom. Você quer colocar mais alguma coisa?

- Acho que não. Acho que é isso.

DEPOIMENTO N.º 05

Nome (iniciais): V.M.M.

Estado Civil: Solteira

Tempo na Instituição: 1ano

Cargo: Supervisão de enfermagem

Sexo: F

Ano da Graduação: 1990

Setor de trabalho: UI

Turno de trabalho: (8h/dia)

Bom, eu acho que o cuidado de enfermagem para a gente que trabalha dentro da Oncologia, na minha opinião, eu acho que acima de tudo é o psicológico do paciente, porque assim..., todo mundo, principalmente estes pacientes de um modo geral, eles nos procuram e assim..., eles associam muito câncer e morte. Isto é muito forte na cabeça dos pacientes, e mesmo nos profissionais que chegam aqui, são novos, os que chegam para trabalhar com a gente dentro da área da Oncologia. Então eu, primeiramente, acho que a parte psicológica do paciente, que ele já vem com uma carga emocional muito alterada, porque assim..., associam muito isso, câncer e morte, câncer não tem cura, eu vou morrer daqui há um tempo. Então assim, a primeira coisa assim que mais choca os pacientes, que necessitam mesmo da equipe de enfermagem, é a parte psicológica do paciente. Depois disso, eu acredito que juntamente vem o familiar do paciente também. O familiar do paciente, quer sim quer não, sofre toda essa fase de internação junto com o paciente, porque é um ente querido, porque é um familiar dele, porque nós ainda não aceitamos muito bem morrer, não é?, vamos dizer assim, “morrer”. Então eu acho que depois disso é que vem mesmo a parte do cuidado biológico do paciente em si, da assistência de enfermagem, do banho de leito, das assistências todas que aparecem no dia a dia. Eu acho que também, durante o tratamento do paciente, por exemplo, a

grande maioria dos pacientes não se importam em fazer quimioterapia. Apesar dele associar morte e câncer, mas assim, se ele vai fazer quimioterapia, para ele não tem problema nenhum se cai cabelo, se vomita, não é?..., isso é uma coisa que até me assusta, eu achava que cair cabelo, fazer quimioterapia, para mim, na minha opinião, é uma coisa muito grave. Só que na opinião da maioria dos pacientes não é, para ele é: Eu quero curar e eu vou fazer esse tratamento, não tem problema se cair cabelo, não tem problema se fique com uma coloração de pele diferente, ele vê isso muito como um todo. Não sei se é isso que você queria ...

Pesquisadora: É isso mesmo. Eu entendi e achei ótimo o enfoque que você deu para estar atendendo ao doente oncológico. Você tem mais alguma coisa para colocar?

- De um modo geral é isto, o que a gente enxerga muito aqui dentro do hospital, é que, às vezes, o próprio funcionário, o próprio auxiliar de enfermagem, às vezes ele perde até um tempo maior só para dar uma atenção ao paciente, um olhar para o paciente, escutar as queixas do paciente, o paciente quer alguém, um apoio para ele, alguém que escute ele naquele momento. Às vezes a pessoa se preocupa tanto com fazer medicação, em dar banho, em prestar uma assistência boa, e deixar o paciente assim, vamos dizer, “brilhando”. Mas às vezes é muito importante para o paciente só escutar, uma pessoa que escute, que olhe para ele, que dê uma atenção naquela fase da doença, naquela fase crítica que ele está passando, não é? Então, os funcionários mesmo colocam isso para a gente, não é?, os pacientes daqui, quem cuida de paciente oncológico, eles falam isso para mim, quem cuida de paciente oncológico tem que ser uma pessoa muito especial, por que não é qualquer um que agüenta tudo isso, que tolera tudo isso. E às vezes não é nem você entrar no quarto, falar bom dia e sair, não; você entra no quarto e o paciente quer falar com você, isso a gente vê e vivencia isso durante as visitas que a gente passa, os funcionários comentam, os enfermeiros comentam, eu acho que é bem por aí mesmo... é bem aquele biopsicosocioespiritual mesmo, dizendo assim a palavra correta não é, eu acho que é isso...

Pesquisadora: Essa palavra, esse palavrão...

- Esse palavrão eu acho que cabe direitinho

Pesquisadora: Muito obrigado...

- De nada. Na minha opinião eu acho que deveria ter um acompanhamento, uma acessoria para gente, com alguém, ou um psicólogo, ou reuniões; sabe, alguma coisa para você colocar isso, por que, por exemplo, a gente vai levando tudo isso no dia-a-dia porque você vai indo, vai indo, vai indo e, vai agüentando; mas acho que uma pessoa que tiver um emocional um pouco mais enfraquecido, vamos dizer assim, se envolver demais com o paciente, ela cai no primeiro buraco que aparecer na vida dela, não é?, e fica extremamente chocada. Isso, quer sim, quer não, a gente fica assim, o emocional da gente é muito lábil, e dependendo do que você encontra na sua frente, ou você cai de vez, ou você carrega, tropeça e fica firme, e vai... Eu sinto falta disso, entendeu?, ou são reuniões, são discussões, ou alguma coisa com psicólogo para gente entender um pouco mais sobre tudo isso..., eu acho que lidar com o doente num modo geral já é uma coisa muito difícil, não é?;

porque você lidar com pessoa saudáveis, que estão jogando bola, que estão praticando esportes é uma coisa, fica todo mundo saudável, você lidar com doente, doente em si, a gente mesmo fica doente, já fica choroso, já fica manhoso, já fica enfraquecido, agora você imagina juntar tudo isso numa doença dessa, não é? Eu acho que deveria ter algum acompanhamento para nós profissionais sim.

DEPOIMENTO N.º 06

Nome (iniciais) A.D.P.

Estado Civil: Solteira

Tempo na Instituição: 3 anos e 7 meses

Cargo: Enfermeiro assistencial

Sexo: F

Ano da Graduação: 1995

Setor de trabalho: T.M.O

Turno de trabalho: M (7/13H)

É, eu já entrei na instituição e já fui direto para o transplante. Então assim, é um cuidado totalmente diferente, é oncológico, mas é extremamente diferente das unidades. Mas para mim, cuidado de enfermagem para paciente oncológico, eu acho que tem que ser bem intensivo, e da enfermagem, e bem mais a enfermagem que foi preparada psicologicamente, por que esses pacientes oncológicos são bem atingidos psicologicamente, e eles passam isso para a gente. E assim, você queria saber como eles gostariam, como eles deveriam...

Pesquisadora: Não, eu quero saber o que é que você acha desse cuidado, você já está falando, como o cuidar em oncologia se mostra a você.

- Então, eu vou dar uma resposta para mim e para o meu trabalho... Para mim, o cuidado para pacientes oncológicos, para mim, é mais assistencial mesmo; eu acho que, como no transplante é uma forma direta, a gente vê o resultado, o paciente fica muito grato à gente, pelo cuidado que a gente dá direto à ele, acho que deveria ser em todas as unidades, aqui inclusive. No TMO só trabalham enfermeiros, não temos auxiliares, então a gente vê a gratidão que o paciente sente e a gente vê também a segurança que eles sentem; tanto que quando vai auxiliar lá para o transplante eles ficam bem inseguros, não pelo serviço dos auxiliares, mas porque eles já estão acostumados com a gente, porque a gente fica 24 horas com eles. Fora os cuidados que a gente tem que dar, que a gente aprende na faculdade, os cuidados básicos ...e, técnicos que a gente aprendeu, e vai dar em qualquer paciente tanto num hospital geral ou num hospital oncológico. Mas aqui no hospital oncológico, é, a gente tem que assistir mais a parte psicológica do paciente, que é um fator que pega muito aqui, essa parte e, assim..., pelo retorno que a gente tem dos pacientes a gente alcança; mesmo sendo corrido, aqui no andar, quando eu fico aqui, às vezes, a gente consegue dar essa parte em que a gente se empenhou, então essa parte..., eu acho que eles precisam mais de apoio moral e psicológico do que um comprimido. A parte psicológica do paciente oncológico é muito afetada, então a gente precisa

lidar mais com essa parte. Bem, quem trabalha aqui há muito tempo é porque gosta dessa área, porque eu já vi muita gente que entrou, não agüentou e foi embora. Você deve ter percebido que em um hospital deste tamanho tem pouca gente “velha” de casa. Não são muitas por causa disso entendeu, porque o hospital, ele, como a gente está falando da parte psicológica do paciente, ele, como é que eu posso te explicar, a parte psicológica do ser humano atinge muito o outro ser humano, não é, essa parte do paciente suga muito. Mas a gente que gosta dessa parte, a gente nem liga mais, sabe, a gente quer mesmo é dar conforto para o paciente...A gente aprende a lidar com esse tipo de paciente, aqui a gente costuma falar que a gente vive como uma família, porque o paciente oncológico não é um paciente do hospital geral que sai de uma cirurgia ou que vem tratar de uma queixa algica e vai embora. Ele fica, e é um paciente que sempre está retornando, a gente sempre está conhecendo, sabe que ele vai retornar, sabe que ele vai retornar daqui a 1 ou 2 meses, e a gente sempre vai estar identificando o paciente. Então a gente sempre fala, aqui é uma família, eles mesmos retratam isso para a gente, aí, isso daqui é uma família, por que a gente já sabe tudo do paciente, ele não vai mudar muito. O hospital é bom ao paciente, infelizmente é um hospital que não tem muito o que se fazer pelo paciente. Quer dizer, ele faz, pena que é uma patologia perigosa, o paciente está sempre à beira da morte ou coisa assim...Lá no transplante, pelo menos, a gente vira uma família mesmo, porque dependendo do transplante o paciente fica durante 3, 6 meses direto com a gente. Então a gente acaba dando aquele conforto familiar para eles. Eu acho que o hospital é muito bom nesse sentido, pela equipe de Enfermagem que a gente tem. Então é isso, não sei se eu consegui te ajudar.

Pesquisadora: Sim, muito obrigada

Após desligar o gravador: Eu não falei mas eu estou saindo daqui, este é meu último mês. Estou cansada. Preciso descansar, arejar a cabeça. Porque você sabe, eu trabalho na clínica a tarde e aqui de manhã. É muito cansativo. O Dr. O. falou para eu procurar você quando eu quisesse arranjar outro emprego mas agora eu não quero. Preciso descansar. Eu faço terapia, busco equilíbrio pra tudo isto nos florais de Bach.

DEPOIMENTO N.º 07

Nome (iniciais): N.D.S.

Estado Civil: Solteira

Tempo na Instituição: 5 anos

Cargo: Enfermeira Assistencial

Sexo: F

Ano da Graduação: 1994

Setor de trabalho: Semi-Intensiva

Turno de trabalho: M (7/13H)

Para mim, cuidar em oncologia é prestar assistência direta, porque aqui eu acho que nós

prestamos assistência direta, mais tempo até do que outras instituições; está muito mais tempo presente, o tempo todo ao lado do paciente e da família. Apesar que o auxiliar ele está muito mais com o paciente, até mais que o enfermeiro, porque ... ele dá o banho, ele troca o curativo... porque aqui a enfermeira faz a assistência direta sim, ela faz cuidados em relação à curativos longos, à administração de quimioterápicos mas o auxiliar ele está ali, na hora do banho eu acho que assim... é o maior contato. A enfermeira não faz banho, é difícil, ela até ajuda, mas assim, no contato com o banho é uma hora que você está bem mais próxima, é nessa hora que acontece muitas coisas, de você falar com a família e com o paciente. Nessa relação, assim, eu acho que o auxiliar, ele até tem uma probabilidade de se envolver muito mais do que o próprio enfermeiro. Eu acho que assim, em termos de probabilidade - não que o enfermeiro não vá se envolver mais do que o auxiliar, não é isso - eu acho que é uma coisa individual, é do indivíduo, é o aspecto emocional de cada um que conta nesta situação. E assim, na minha percepção, que trabalho na Semi-Intensiva, que são duas coisas: é um paciente oncológico, que assim, tem paciente que fica muito tempo internado e você acaba se envolvendo sim, com a família, com o paciente, tá; e tem aquele outro lado que você precisa atuar em situações de emergência, quer dizer, o paciente com problema cardíaco, renal, então você está o tempo todo em situações de emergência. Aqui é difícil ter administração de quimioterápicos, eu, particularmente, em um ano a gente fez uma administração de quimioterápico, porque os pacientes aqui já estão semi-críticos, então não faz quimioterapia, porque eles não estão em condições clínicas para fazer. Então, eles não fazem quimioterapia aqui. Eles vem para cá porque estão com alguma descompensação hemodinâmica, cardíaca e tal, mas eles ficam muito tempo, às vezes ficam... tem paciente que fica um mês, chega a ficar trinta dias o mesmo paciente. Então você tem sim, a minha percepção em relação... já tem, vão fazer 05 anos que eu trabalho aqui, é que assim, a gente se envolve, mas não ao ponto, a gente também não pode se envolver ao ponto de sair daqui e isso interferir na sua vida. Você dá atenção ao que está acontecendo aqui, ou vir trabalhar pensando: Pô, aquele paciente está lá ainda... ou não sei muito bem, mas tem momentos em que você vai entrar, você pensa um pouquinho antes de entrar no quarto. Por exemplo, você pensa: Poxa, ele já está aqui há tanto tempo..., você já não sabe mais o que você faz, e às vezes você fala: Poxa, às vezes é bom de repente ele ir para um outro quarto, ficar com uma outra equipe, porque aí já tem bastante coisa envolvida, agora em outros casos não, outros casos o paciente fica tanto tempo, fica até 30 dias, 15 dias, e você não sente, não é que você não sente, você não..., algumas situações você não vê melhora, você sabe que ele não vai melhorar, que ele vai vir à óbito. E aí você tem aquela situação em que a família não aceita, não é, mas você sabe que ele vai vir à óbito, você só pode prestar os cuidados de enfermagem, que na maioria dos casos é higiene e conforto, porque clinicamente não tem nada para fazer. E aí você tem outro problema, que é aquela coisa, não, não vai poder mais ficar na Semi-Intensiva, porque dinamicamente ele não vai melhorar,

é um paciente que vai vir a óbito, então você tem que ir para outro setor, tem que ir para outro setor onde ele vai receber assistência de enfermagem também até realmente o dia, disso acontecer. Então aqui você tem aquela situação, nesta unidade, tá..., vem para cá os pacientes que eles não são fora de possibilidade terapêutica que a gente chama, eles estão com alguma descompensação hemodinâmica, não tem indicação de UTI, mas vão ser tratados aqui, vão, melhoram, vão para o andar, se melhorarem mais, ou fazem quimioterapia ou fazem cirurgia, depende do caso de cada um; outros casos não, o prognóstico dele fecha, ele realmente está muito complicado e vai chegar o momento que ele vai vir à óbito. Aí a gente fica numa situação que é assim: ele vai vir à óbito e você tem que transferir ele, tem que tirar ele daqui para outra unidade...

Então por um lado isso é muito, é meio chato com a gente, porque às vezes a gente tem que falar com a família. Não, olha, eu costumo dizer assim, ele vai para outro quarto, porque aqui a gente tem uma restrição do tipo: Não pode ver a toda hora..., você tem o horário de visita e o horário para a troca do acompanhante, então você fala assim: Ele vai para outro quarto, e lá você tem, é liberado visita..., é uma coisa que eu costumo dizer para a família porque fica meio chato, agora não tem muito o que fazer, ele vai para... ou então eu digo: Olha, a assistência de enfermagem..., quando a família é bem esclarecida, porque tem família que é bem esclarecida, a gente fala: Olha, a assistência de enfermagem que ele ia receber aqui, que é o que pode ser feito por ele agora, de conforto e higiene ele vai receber lá no andar..., e ainda você tem uma outra coisa que ajuda que é a família poder entrar e sair o tempo todo e poder estar mais perto do que aqui, que tem uma certa restrição. Então nesse momento também é ruim pra gente, outros não, que é esse caso que eu te falei, quando a família é mais esclarecida fica mais fácil da gente falar, não é, nessa situação. Mas assim, a pergunta direto que você queria saber, como que é o...

Pesquisadora: Eu gostaria que você me descrevesse sobre o significado deste trabalho para você, você está falando, você já falou muitas coisas importantes, continue...

- É, eu acho que assim, a pessoa que trabalha com doença, e que trabalha num Hospital Oncológico, ela tem uma perda de energia, um desgaste muito grande durante o trabalho, seja no emocional ou até físico, pela própria carga de trabalho que a enfermagem exige. Mesmo que não fosse oncológico, você teria uma carga de serviço que eu acho que é desgastante; a gente levanta peso, a gente anda muito, então já tem isso. Além desse aspecto, o aspecto - não sei se eu vou dizer físico ou não - da carga de trabalho mesmo tem um outro lado. Tem um lado emocional relacionado ao paciente-família, tem um lado emocional relacionado ao contato com os trabalhadores da mesma linha, que seriam os seus auxiliares e superiores, que também pode ter o desgaste emocional por conta disso. Então eu não descarto nada, descarto, eu considero tudo, considero o paciente-família, trabalhar com isso, com a doença, o paciente oncológico é um paciente que sofre muito, a gente vê que sofre muito, você lida com o sofrimento dele e com o sofrimento da família. Aí conta o seu trabalho físico, cabe o físico que você

despende ali também, e o seu relacionamento com os seus superiores e na mesma linha que você está. Então tudo isso pode, você tem um desgaste emocional muito grande além do físico. Mas assim, pensando no que a gente normalmente costuma pensar, que é só falar, não, a gente lida muito com dor e sofrimento, eu acredito que a gente tem que ter um suporte, cada um, que não tem nada assim definido, olha, pessoal de enfermagem tem que ter uma assistência psicológica, um tratamento, ou um acompanhamento, fazer uma terapia, digamos assim, para que tenha um suporte emocional para lidar com algumas coisas. Tem muita gente que pensa que precisa ter, eu acho que precisa ter sim algum suporte, não vou dizer que seria terapia com psicólogo, alguma coisa assim, que te alivie, que faz bem para você, que..., você goste.

Pesquisadora: Você está falando, provavelmente o que alivia a sua pode não aliviar a minha.

- É aí, é nesse ponto que eu queria chegar. Eu acho que, é isso mesmo que você falou, o que alivia você não é o que alivia o outro. Então cada um procura em um determinado momento o que vai te compensar, digamos assim, que seja essa perda de energia que você teve, o que vai compensar você, essa perda de energia que te desequilibrou fisicamente e emocionalmente, alguma coisa que você vai buscar fora, que não é no emprego, com certeza, que vai te compensar, seja lá a família, seja uma terapia, que nem a que eu faço com o psicólogo, ou alguma outra prática alternativa de saúde que te alivie. No caso eu, eu sou especialista em terapia floral, então uma coisa que me ajuda bastante em alguns determinados momentos..., e na época quando eu procurei fazer essa terapia não foi nem para atender outras pessoas, foi para mim - apesar de que eu tenho o título para atender à outras pessoas - mas na época foi para mim. Então eu tomo muito, porque assim, eu não faço terapia aí fora, com um psicólogo; então assim, é uma coisa que me compensa, nesse sentido me compensa sim. Porque a gente trabalha com essa situação que eu te falei, com dor e sofrimento, lidamos com o paciente, com a família. Aí tem a carga física também, que você trabalha muito - que a enfermagem exige isso de você - você anda, você levanta peso, você é cobrada o tempo todo, seja do paciente, da família, do médico, do seu supervisor, do seu auxiliar você é cobrada e de você mesmo. Então você tem que ter algum suporte, no caso eu acho que cada um busca uma coisa que te dê esse apoio; eu vejo do outro lado, quando a pessoa não busca isso, você começa a ficar doente, você tem, ou você fica de, você fica com dores, você entra de licença, você vem trabalhar mal humorado, tem muitas coisas. E não vou dizer também que as coisas que a gente faz, ou uma terapia, ou outra coisa para te compensar resolve, porque nem sempre também resolve, às vezes dependendo do caso você até pode ficar doente também. Então eu acho que para fechar seria isso, eu acho que para a gente, pelo fato de trabalhar com dor e sofrimento e todas as coisa que acabam acontecendo no hospital, que é essa coisa que eu te falei, ser cobrada por você mesmo, ser cobrada pelo médico, pelo paciente, pela família, pelo supervisor, pelo seu subordinado e por você. Além de todo o dispêndio de energia e carga emocional que você perde com todas essas relações, porque são relações

eu acredito. Então você precisa sim de alguma coisa para te compensar, agora o que vai ser..., o que vai ser isso vai depender da sua busca, do que você vai buscar para te compensar. Então assim, o fato de trabalhar num hospital e o fato de trabalhar com Oncologia, com o câncer, aumenta ainda mais a carga emocional que você despende, o fato de trabalhar com o câncer, não sei. Eu acredito que as pessoas precisam buscar alguma coisa para compensar esse lado, não vou dizer só emocional, porque você perde energia física também, fica muito cansado...Estas coisas estão muito ligadas...eu não sei se seria aí nesse ponto que você queria chegar, mas eu acho que...

Pesquisadora: Eu vim mesmo ouvir a sua percepção sobre o cuidar em oncologia, eu tenho a minha mas ela sozinha não pode virar pesquisa. O seu discurso pode ser parecido com algum outro ou pode ser completamente diferente mas isto não importa, ele me será útil, pode ter certeza.

- Então essas coisas que eu te falei, eu abordei esse lado. Mas tem a coisa que se fosse somente desgastante e somente porque você precisa do dinheiro, você não ficaria aqui, eu acho que ninguém ficaria na enfermagem. Eu acho que tem o lado compensador também, eu acho; se fosse só pelo dinheiro eu acho que o auxiliar e o enfermeiro fariam outra coisa. Eles se virariam de outro jeito, quer dizer, então não é só isso, se fosse uma coisa que fizesse só mal para o indivíduo ele não fica, seja na enfermagem ou em outra profissão; se faz só mal ele não fica, ele vai buscar uma outra profissão, vai fazer outra coisa, se vira, dá um jeito. Então não é só coisa ruim, eu acabei falando desse lado porque é muito forte mas, não é só coisa ruim..., a gente tem uma compensação, essa compensação traz satisfação para a gente, se a gente não se sentisse satisfeito para fazer aquela atividade ou não tivesse um retorno nela, em um determinado nível, a gente não fica; indivíduo nenhum fica, se ficar ele vai acabar saindo por algum problema, por exemplo ele vai ficar doente ao ponto de não exercer mais aquela atividade, ele vai ter que trocar. Eu estou aqui há 05anos, 05 anos. Agora nesse setor vai fazer 04anos e, são muitas as coisa que vão satisfazer a gente. Você chega aqui, você conhece o paciente, você conhece a família, você conversa com eles. As coisas que você faz em algum momento trazem alegria e conforto para ele e ele manifesta isso, isso daí são coisas que vão satisfazer você. Então você fica contente, dá uma satisfação pessoal, então é o lado compensatório de todas essas dificuldades que eu te falei. Então assim, no teu trabalho, no teu cotidiano, tem o potencial de satisfação, que você normalmente tem retorno ou naquele dia, ou em outros dias e que compense os outros lados em algum momento. Mesmo assim você tem que buscar algo fora. Não vou dizer que é maior, talvez até seja maior, mas você também lida com coisas suas; então você tem que buscar coisas fora, você tem que buscar fora alguma coisa assim, mas a satisfação pessoal no que você faz você tem que ter, senão você não ficava, eu acho, você não ficava, não sei se você consegue ter nas suas atividades. O fato de conseguir perceber que o outro ficou satisfeito com aquilo, até o fato de saber que ele está feliz, que ele está melhorando, porque ele também melhora. Então quando você percebe que ele melhora, você

também fica contente com isso. São os lados da satisfação do trabalho, às vezes até um elogio por um procedimento que você fez, ou às vezes só uma conversa que você teve e que não tinha nada a ver com aquilo, você conversou com ele e ele se sentiu esclarecido. Às vezes alguma coisa que algum outro profissional deveria ter esclarecido, não esclareceu e em algum momento estava causando alguma dúvida para ele que estava incomodando; você consegue esclarecer e você não sabia que aquilo era um problema para ele, e só depois que você conversou e viu a satisfação dele, isso aí também te satisfaz. Então é um retorno à profissão que você tem, compensa também, mas mesmo assim eu acho que a pessoa tem que buscar alguma coisa fora. Acho que seria isso.

DEPOIMENTO N.º 08

Nome (iniciais): M.C.B.da S.B.

Estado Civil: Casada

Tempo na Instituição: 3anos e 7 meses

Cargo: Enfermeira assistencial

Sexo: F

Ano da Graduação: 1989

Setor de trabalho: Semi – Intensiva

Turno de trabalho: M (7/13H)

Bom de início, como é o seu nome? Regina, de início assim eu nunca pensei em estar trabalhando com Oncologia, eu sempre trabalhei em Cardiologia e é primeira experiência realmente aqui na Instituição em Oncologia. Anteriormente eu trabalhava com Oncologia mas era muito superficial, agora que eu estou realmente lidando com estes pacientes. Bom, no início, eu senti dificuldade foi na parte psicológica mesmo, de lidar com isso, de estar conversando com o paciente quando ele vem dizer que está com medo, que tinha medo de morrer, essas coisas. Então, nesta parte psicológica às vezes eu senti dificuldade de estar verbalizando com o doente. Eu levava muito a dor até... me emocionava junto com o doente, é ainda assim até hoje. Mas, assim, lidar com o doente mesmo, em si, é como eu sinto o seguinte: ele só tem o tumor, a doença degenerativa, mas que ele também tem doenças associadas, que a gente também tem que ver ele como um todo; tanto a parte cardíaca, como a renal, a gente também está avaliando tudo isso. Então, eu creio assim, a assistência é exigente, eu tive que ver essa parte, além do tumor e da parte psicológica também. Creio que dificuldades mesmo, na assistência, não; só mesmo nessa parte psicológica, toda a equipe e a gente também sente, a família e tudo mais. Não sei se é bem isso que você está querendo falar...

Pesquisadora: Sim é isso mesmo...

- Então é isso que eu senti até agora, me adaptei bem ao serviço, à patologia. Antes eu pensava assim, eu trabalhava na UTI, depois fui trabalhar na UTI geral e quando vinham pacientes se internar, fazer internação: Ah, é um tumor tal, precisa ficar no respirador.... Eu ficava pensando para quê que este paciente vem para cá se não tem prognóstico, não é? Mas agora eu já penso diferente, estando aqui a gente vê como a família, o esforço de manter esse parente vivo. E também você já sente que realmente não é

aquilo que eu pensava antes, não ter que dar mais chance. Eu acho que tem que ter chance até onde puder vendo que tem alguma solução e não deixar o paciente sofrer, mas até onde ele possa ter uma boa condição de vida. É isso que eu senti anteriormente.

DEPOIMENTO N.º 09

Nome (iniciais): B.F.N

Estado Civil: Casada

Tempo na Instituição: 04anos

Cargo: Enfermeira Supervisora

Sexo: F

Ano da Graduação: 1987

Setor de trabalho: Central de QT

Turno de trabalho: 8h/ dia

A minha opinião é de quem... partindo do princípio que eu tive uma formação assistencial, então eu trago muito do que eu tive na faculdade, eu viço muito a assistência, acho que a enfermeira tem que estar ali, lado a lado com o doente, não só prescrevendo ou fazendo plano de cuidados para que o auxiliar execute. Ela também tem....e, mesmo o paciente, falar assim, paciente SUS ou paciente carente, não, o paciente diferenciado também quer a sua atenção. Já trabalhei com paciente diferenciado e eu vi que a carência é a mesma. Então, hoje em dia se exige muito, administrativamente, do enfermeiro, tem mil e uma questões para resolvida, para delegar, para coordenar e sei que muitas vezes a visita dele se limita apenas a uma visita formal, na beira da cama e, acho que isso deixa a desejar, acho que isto está faltando complementar na assistência oncológica porque o paciente oncológico é um paciente complexo, de muita carência, de muito medo. Você chega perto e ele te despeja uma série de coisas, as vezes você não tem nem capacidade de assimilar tudo aquilo, é medo da morte, é insegurança se o tratamento vai dar certo ou não, você é muito questionada. O que eu percebo hoje é que você tem tanto questionamento por parte do paciente que as vezes você nem arrisca a tocar no assunto, você passa meio por cima, pensa vou entrar rapidinho, vou sair porque este paciente é problemático. Se eu começar a conversar não vamos parar mais, aquelas coisas... Então, muitas vezes, a enfermagem pela situação, pela estrutura dela, o profissional acaba passando batido em algumas questões. Muitas vezes a gente não está ali para resolver mas para ouvir, seria o caso. A gente ouviu sobre cuidados paliativos... quantas coisas a gente está deixando a desejar. (referindo se a um congresso que estivemos juntas nos últimos dias) E, por outro lado a enfermagem oncológica é um tema atual, eu com 10 anos de formada agora que estou aprendendo oncologia. E para aprender você tem que estar ali, dentro da instituição e também vejo a necessidade da especialização. Não da especialização, da atualização do enfermeiro. Você vê os enfermeiros recém contratados não sabem nada de quimio, não sabem nada de onco e isso, quando a instituição oferece, porquê não ir atrás? Então o que eu sei hoje eu não aprendi na faculdade, fui atrás, investi tempo e dinheiro. Também tem aquele profissional que é de tocar serviço. Ele pensa: eu não quero, pra mim está bom, daqui vou embora, vou para outro hospital e não tem o envolvimento. Você

percebe vários tipos de perfis profissionais na área , enfim, a assistência de enfermagem na oncologia tem melhorado muito. A gente está tendo mais consciência, tipo não meter a mão em cumbuca, principalmente em relação à quimioterapia, ter conhecimento dos equipamentos de proteção, as leis que protegem a gente e acaba exigindo que a empresa reconheça aquilo e que te dê condições boas de trabalho. Eu acho isso muito bom. O que mais que falta? Que eu vejo. Acho que é mais este lado mesmo. Acho que a enfermagem tem que desenvolver mais este lado humano e não só deixar eles limpinho, cheirosinho, os drenos medidos, todos os volumes anotados, os planos executados e as vezes aquele paciente não sabe nem o nome da enfermeira. Dessa forma ele fica meio perdido, é verdade, isto que eu tenho notado. Então, essa coisa, essa essência de assistência vem com a gente, vem da escola onde você fez e é muito importante. Eu não consigo perder isto e é possível você dar isto, Regina. Dar esta atenção, tipo assim: você se importa comigo. Então aquela enfermeira grandona, ela me escuta, a outra não, ela bota a cara na porta e sai, então á tarde vou falar com a enfermeira grandona porque ela me ouve, coisas assim acabam destoando de certa forma do resto porque não é essa mesma linha de compromisso. E você pode ser a enfermeira eficiente, tecnicamente boa, cientificamente integrada à oncologia e a enfermeira assistencial, enfermeira de cabeceira mesmo. Em termos de oncologia nosso hospital está muito bom, é uma linha de atendimento bem humano. Não vou entrar em detalhes dos outros hospitais onde a gente trabalhou, (referindo-se a um outro lugar onde atuamos juntas), eu vejo que aqui cobra de você assistência, não que você seja secretária do médico, por exemplo, estar bonitinha, cheirosa no posto de enfermagem para recepcionar familiares. Não, você está aí, você sabe o nome de cada paciente, sabe a patologia, principalmente o oncológico você cria vínculo, ele está aqui toda semana. Interna e fica um mês, a gente sabe de toda história, da gravidade. Quando tem possibilidade de cura, quando já não tem mais. Não tem como. Você cria vínculos e acho que é reconfortante, gratificante. Às vezes você ouve coisas tipo assim: eu nunca pensei em encontrar pessoas tão boas que pudessem me ajudar tanto numa hora dessas. Você ouve isso. Então, você está aqui fazendo seu trabalho mas você não vai falar pra ele assim: eu faço isso porque é minha obrigação, não é. Você tratou ele diferente, porque ele não falou isto para todo mundo, você deu um toque diferente nele. É verdade, isto é tão gratificante, eu acho. O processo de enfermagem é um instrumento importante para nos auxiliar na assistência, ele realmente mostra como está o estado biológico do doente, dá todos os débito, os sinais e sintomas e etc, mas eu não me prendo a ele, acho que não devemos nos prender a ele.

DEPOIMENTO N° 10

Nome (iniciais): ML
Estado civil: Casada
Tempo na instituição: 5 anos
Cargo: Enfermeira assistencial
Sexo: F

Ano da graduação: 7 anos
Setor de trabalho: Central de QT
Turno de trabalho: tarde

Para mim a assistência de enfermagem ao paciente oncológico é um trabalho como outro qualquer, é como qualquer pessoa que precisa de um emprego, é um profissional especializado e tem uma profissão e ele exerce aquela profissão, vai para o trabalho, realiza o trabalho dele e volta para casa. Eu acho que é dessa maneira que eu vejo a enfermagem. Eu venho para o hospital, aqui é meu local de trabalho, vou executar as tarefas que eu tenho que executar, sempre visando executá-las da melhor forma possível, que a gente sabe que a enfermagem é uma coisa dinâmica que a gente precisa estar se atualizando, precisa estar lendo, estar estudando. O atendimento para cada paciente é uma coisa muito específica, ... para cada paciente. Está além de toda destreza manual, de toda parte técnica. Acho que é importante também você ter a sensibilidade, olhar para o doente e saber qual é a ansiedade dele naquele momento. Se é a demora no atendimento, o que você vai fazer para agilizá-lo, se é medo do medicamento, o que você vai falar para ele para diminuir esta ansiedade, se é preocupação com o filho que deixou em casa com a família ou então o paciente está muito deprimido, ansioso, às vezes desabam com você. São coisas... Existem pessoas específicas para fazer isto mas ali, naquele momento, eu estou mais próximo, é comigo que ele quer desabafar, nem que eu não vá tomar nenhuma conduta para resolver aquele problema dele, nem aconselhar, nem nada, apenas ouvir algumas palavras que podem diminuir a ansiedade. Então, nesse aspecto, é um trabalho técnico que precisa de conhecimento científico, de atualização e precisa ter muita sensibilidade. Você está tratando com pessoas diferentes. Tem pessoas que não gostam que converse muito e queira saber da vida dele, tem pessoas que gostam de conversar. Você tem que saber atender a cada paciente de maneira... sem mudar a sua personalidade. Não é porque o paciente gosta de rir, de pessoas que sorriem, que eu vou ficar rindo o tempo todo. Não, eu sou eu, M., sou desta maneira assim, sabendo respeitar o momento do paciente e, acho assim, os pacientes esperam muito da enfermagem e eu não sei até que ponto a gente pode fazer este muito que eles esperam, porque tem muitas coisas que têm que ser divididas com outros serviços, assistente social, psicologia, psiquiatria e a gente acaba fazendo, muitas vezes, este papel. Não sei, para mim acho que é isto. Não faço, não vejo a enfermagem como caridade como muitas pessoas vêem, um trabalho de caridade então eu posso ganhar qualquer salário, salário baixo e tudo bem, pensando é isto que eu gosto de fazer. Não, não é, eu gostaria de ter uma remuneração melhor até para poder investir na reciclagem, fazer cursos, comprar livros e para mim também, eu preciso estar bem para poder trabalhar bem. Então, não vejo como caridade como muita gente vê. É um trabalho como outro qualquer e eu tenho que executá-lo da melhor maneira possível. Muito obrigada.

Depois de desligar o gravador:

Eu adoro cuidar do doente, não gosto da área administrativa. Não gostaria de ser supervisora

nunca. Olha para mim não tem procedimento difícil, medicamento novo, parada cardíaco-respiratória, reação alérgica. Você tendo médico e materiais e medicamentos de urgência, tudo bem. Eu sei o que fazer. Não tem problema. O que me chateia é quando eu não posso resolver, coisas que pertençam a outros setores, por exemplo aquela paciente esperando, a prontuário não desce, a prescrição demora, a QT não fica pronta, o doente te cobrando, isto eu acho chato mas o resto tudo bem.

DEPOIMENTO Nº 11

Nome (iniciais): E.M.M.S.
Estado civil: Solteira
Tempo na instituição: 1a e 9m
Cargo: Enfermeira assistencial
Sexo: F.
Ano da graduação: 1997
Setor de trabalho: UI
Turno de trabalho: tarde

Bem, eu tenho duas experiências em relação à oncologia, uma em relação ao fato de ser enfermeira e outro em relação a ser acompanhante de paciente porque minha mãe tem câncer de mama e ela trata até aqui no hospital. Então, eu acho assim, é uma coisa muito complexa, uma coisa muito... a parte técnica é muito difícil, a gente tem que dominar muito bem. Eu escolhi a oncologia porque acho que das áreas que a enfermagem pode trabalhar, das especialidades é a mais complexa, eu escolhi por que eu queria isto mesmo, acho que é a área que mais, para mim é a área que mais exige, todas as áreas exigem mas acho que a oncologia você tem que ter maior conhecimento possível porque lida com pacientes que têm certas patologias associadas ao câncer. Por coincidência, justamente, quando decidi ir para a oncologia, minha mãe fez diagnóstico de câncer. Para mim é muito complexo este lado técnico e tem também o lado psicológico, as vezes eu me identifico com a família e a estrutura do hospital não permite, assim a estrutura do trabalho não permite que a gente tenha uma aproximação muito grande com a família e com o paciente. Porque a gente tem que cumprir uma série de tarefas, rotinas que têm que ser cumpridas e, muitas vezes o que te avalia enquanto profissional dentro de uma instituição é sua habilidade de cumprir aquelas tarefas, então às vezes isto faz com que você..., dificulta você de se aproximar da família, então, para mim isto é uma dificuldade muito grande de me aproximar mais, de dizer: olha, eu entendo a que está passando, as vezes eu falo isto a alguns pacientes ou acompanhantes. Às vezes eu falo que entendo eles mas eles parecem que não entendem porque eles não sabem da vida da gente, eles não sabem o que a gente tem a oferecer. Às vezes eu falo que eu entendo porque eu tenho o outro lado da situação também. Então isto para mim é muito difícil, as vezes desgastante porque eu estou olhando um paciente que tem a mesma doença da minha mãe e sinto tratar esta pessoa, sei lá, de uma forma diferente. Acho que mudou, o fato dela ter ficado doente mudou meu relacionamento com o

paciente. Às vezes eu acho que a gente tem que entender muitas, deixar de se impor, acho que a relação tem que ser uma relação de igualdade. O cuidado para estes pacientes aqui do hospital, eu fiz estágios, não tenho experiências profissionais com outro tipo de doentes, mas para mim o doente de câncer, com o tempo ele vai aprendendo, ele vai entendendo o cuidado, ele tem mais liberdade de escolher. Então a gente tem que ter a consciência que o nosso cuidado também depende da escolha do paciente. Então, na verdade, alguns falam que não querem fazer assim, querem fazer de outro jeito e, a gente acaba deixando de ser impositiva, de ser uma pessoa que impõe. Porque a enfermagem tem esta atitude de querer mandar e, por outro lado, você... na hora que você está prestando seu cuidado é uma coisa que você tem que se aproximar do paciente e perguntar se ele concorda ou não. Às vezes, assim, acho que é muito desgastante porque é um paciente que de uma hora para a outra o estado físico dele muda muito rápido, às vezes ele não consegue entender quão rápido isto muda. Um dia ele está bem no outro ele veio a falecer e é um processo muito rápido, isto é uma coisa que desgasta muito. Por outro lado, acho que o trabalho em oncologia é recompensador. Hoje mesmo veio uma paciente aqui que vem sempre, ela faz tratamento com a gente, então tem aquela coisa de..., se aproxima muito, vem compartilhar com a gente os avanços deles, que estão bem. Esta parte recompensa muito, o reconhecimento profissional da gente. Reconhecimento do paciente, reconhecimento da família, percebi que aqui tem muito isto. tem alguns atritos é claro, a gente está lidando com o ser humano e às vezes, eu mesmo, tem dias que eu não estou bem para ser enfermeira mas você tem que dar conta do recado. Assim, eu gosto muito da oncologia apesar das pessoas me perguntarem com eu consigo fazer as duas coisas ao mesmo tempo, é porque eu gosto. Eu não consigo me ver fazendo outra coisa. Desde o meu segundo ano de graduação é o que eu quis fazer. Acho que é isto.

DEPOIMENTO Nº 12

Nome (iniciais) M.Y.Y.
Estado civil: Casada
Tempo de instituição: 1ano e 6m
Cargo: enfermeira assistencial
Sexo: Feminino
Ano de graduação: 1985
Setor de trabalho: UI (8 andar)
Turno de trabalho: T (13/19H)

O cuidado de enfermagem em oncologia, para mim, é uma atenção redobrada porque eles têm muitas instabilidades, principalmente pós quimioterapia e radioterapia, eles são muito instáveis. De repente eles estão calmos e tranquilos, daqui a pouco eles estão já com distúrbios eletrolíticos, sinais vitais, metástases que surgem. A quimioterapia que o deixa com neutropenia. Então, são muito instáveis os pacientes oncológicos e por isto mesmo eles também são muito, não digo inseguros, mas eles têm o pavor da doença em si, das intercorrências que acontecem com o paciente, com ele próprio. Então eles são muito inseguros emocionalmente, eles exigem que a

gente demonstre segurança e carinho porque eles reclamam mesmo quando a pessoa entra de mau humor, aparentemente de mau humor, sem um sorriso... então, eles se sentem muito sozinhos, as vezes com medo de morrer e por isto mesmo a parte emocional da gente tem que estar mais estruturada. A gente necessita de ter um apoio, não digo de ser fria no atendimento, fria assim... porque as vezes a gente se emociona com um caso ou outro mas a gente tem que evitar se envolver o máximo que a gente puder, porque depois a gente acaba chateada, vai para casa chateada com certos óbitos, que a gente acaba conhecendo os pacientes. Assim, procurar não envolver isto com a família da gente porque senão a gente vai ficar complicada, o lado emocional da gente acaba perdendo estrutura e acabamos atendendo mal o paciente também. Então, eu acho que a gente tem que, o profissional que trabalha com o paciente oncológico, tem que ser, não digo forte emocionalmente, mas equilibrado, carinhoso, gostar do que está fazendo senão não fica no hospital. Eles são muito inseguros mesmos, questionam tudo, você tem que ter muita paciência. É isso. A gente tem que ser muito humano mesmo. Tem que ter aquele dom, senão não agüenta. Eu sempre falo para os funcionários novos que os pacientes são muito delicados e o vínculo deles, dos auxiliares é ainda maior, eles entram no quarto de 2 em 2 horas, durante o banho que é demorado, eles ficam mais com o doente do que nós enfermeiros.

DEPOIMENTO Nº 13

Nome (iniciais): C.M.S.
Estado civil: Solteira
Tempo na Instituição: 3 anos
Cargo: Enfermeira Assistencial
Sexo: Feminino
Ano de Graduação: 1996
Setor de trabalho: UI (SUS)
Turno de trabalho: Noturno

Eu nunca trabalhei com outro tipo de doente, sempre trabalhei com oncologia, desde a faculdade eu fiz estágio no Hemocentro, fiquei lá por 2 anos e depois entrei aqui, então eu não sei fazer outra coisa, não sei cuidar de outro tipo de doente. Já me acostumei com este tipo de doente (risos). Então, assim, eu..., o que eu posso fazer por ele, eu trabalho em um andar que é de SUS, os pacientes de lá são extremamente carentes, demais mesmo, muitos deles não sabem nem o que eles têm na verdade. Tem muitos deles que a família leva e larga lá e, não vem buscar, é tudo muito lá com a gente, sabe... É bem diferente da noite que eu passei aqui (esta enfermeira estava substituindo em um outro andar). Os pacientes são bem orientados, querem tal remédio para tal coisa... o que eu vejo lá embaixo, o que eu penso fazer é dar muita atenção para eles, é o que eu tento fazer, é diferente daqui que eles tem família em cima, no SUS não pode nem ter a família, tem um horário limitado de visita, isso eu acho injusto pra caramba, porque eu acho que eles tinham que ter, do mesmo jeito que os conveniados tem acompanhante. Por mais que o acompanhante lá embaixo fique numa cadeirinha, eu acho que ia ser muito bom para eles. A

família ali direto, estar acompanhando o tratamento, eles ficam muito mais tranquilos quando tem perto uma mãe, o marido, um irmão, estar junto cuidando. Os pacientes que ficam, que a gente pode estar autorizando eles ficam muito mais tranquilos, são bem mais cuidados, eles são super interessados. O pessoal do SUS, os que não abandonam, os que ficam, são super interessados. Então, assim, a gente sempre está junto tentando ensinar as coisas pra família, porque eles ficam pouco tempo internados. Os médicos mandam embora para casa mesmo, diferente daqui. Eles fazem o que precisa e mandam embora para casa e é difícil porque eles não tem dinheiro para estar bancando alguém em casa. A gente está sempre ensinando as coisas para eles, pacientes traqueostomizados.... pego a família e ensino como é que cuida. Isto é o que mais eu sei fazer, estar orientando a família para cuidar, ajudo no que eu posso. Todo mundo que pede para ficar eu deixo (risos). De manhã todo mundo vai embora mas de noite fica todo mundo que quer. Eu acho super importante a participação da família porque depois são eles que vão estar cuidando em casa. Deixa-me ver o que mais eu tenho para lhe falar....eu acho que os pacientes mais complicados são os pacientes hematológicos, assim, de linfomas, de leucemias de adultos, tem um prognóstico pior, além de ter um mau prognóstico, têm mais complicações, requerem mais cuidados. Agora os pacientes cirúrgicos são mais tranquilos, mesmo quando é uma cirurgia grande. Geralmente vem fazer a cirurgia, um ou outro que tem alguma complicação mas vão embora bem, sempre acabam voltando depois... mas a maioria fica bem, os que ficam maior tempo com a gente são os pacientes hematológicos. Ah!, o que mais...acho que o que melhorou muito a assistência foi a implementação da SAE (**sistematização da assistência de enfermagem**) melhorou muito mesmo, a assistência dos auxiliares inclusive. A noite é bem diferente do dia.

Pesquisadora: como diferente? fale sobre isto.

- O que mais a gente faz a noite é escrever, escreve pra caramba. Temos 43 pacientes e 16 pacientes são prescritos e evoluídos à noite, é bastante coisa. O bom é que a gente faz muitos procedimentos aqui, auxiliares fazem muito pouco. É bom porque a gente tem bastante contato com o doente, sobrecarrega um pouco a gente mas eu gosto. Prefiro realizar procedimentos a escrever. Deixa eu ver o que mais...eu sempre trabalhei a noite, no começo eu era substituta, cobria todos os andares inclusive a pediatria, eu não gostei da pediatria, as crianças daqui são muito espertas, eu ficava impressionada, não gostei. Adulto é mais tranquilo, você sabe o que ele está querendo, flui melhor. Aqui como é convênio os pacientes, às vezes, te solicita a noite para umas coisas bobas que podiam ter sido resolvidas durante o dia. Lá não, lá é diferente, eles queixam quando precisam, quando eles estão com dor, quando estão sentindo alguma coisa. Outra coisa é isto, a dor, ainda bem que os médicos deixam bastante coisa pra dor, porque eles tem muita dor, mesmo assim a gente tem que estar em cima. Tem também aqueles pacientes que ficam sedados que a gente faz tudo por eles também. Geralmente os pacientes que entram com sedação ficam sozinhos. A família vai embora, não tem cuidado com eles, então a gente faz o que pode.

Tem tanta coisa pra falar e às vezes a gente acaba esquecendo algo. Eu gosto de fazer... o que eles me pedem eu faço. Tem gente que adora ficar escrevendo, eu não, eu gosto de estar fazendo coisas. Não sei deixar para amanhã, tenho muita, muita dó... não é dó, eles estão tão deprimidos, é raro um ou outro que está alegre, contente por que está vendo algum resultado, são muito poucos. A maioria está prostrado, está triste, desanimado, nunca tem um bom resultado... Na mama, os pacientes de convênios são tratados diferentes, os titulares nem vem ver os pacientes do SUS. Pôxa vida, não sei porquê. Eles fazem os mesmos protocolos mas não são visitados igualmente. Já aqui, ontem veio um médico às 2:00H da manhã conversar com a esposa que ficou esperando, imagine que lá pode ficar a família querendo saber alguma coisa, a gente faz o que pode mas tem coisa que a gente também não sabe. A gente fala o que está vendo, que ele está bem, aconteceu isto, ele vai receber isto, a gente faz o que pode porque a família também fica ansiosa só que aqui ela acha que tem o direito de saber, lá já não. Eles dizem: a gente fala com o médico amanhã, que horas ele passa para gente esperar por ele? E, as vezes não podem subir, o médico passa muito cedo, eles não podem ficar junto. Eles passam por tudo isto, que eu acho que é muito triste estas coisas de Sus por aqui. Não é só aqui, acho que é em todos os lugares mas eu não troco o 4º andar por nenhum outro andar (risos) eu fiquei tão triste de ter vindo pra cá esta noite. Aqui o que mais me incomoda são os acompanhantes, eles são mais exigentes, às vezes não são coisas que você pode estar resolvendo, às vezes nem o médico, às vezes é coisa de porta de não sei o quê, a noite você não pode resolver, ficam te cobrando, aquela hora? Lá não, você tem muita liberdade de trabalhar, muito mais tranquilo, eles aceitam muito mais as coisas. Aqui não. Lá eles confiam em você, eles acreditam que você sabe o que é bom para o doente, o que é necessário. Sempre agradecem tudo o que você faz.... eu adoro lá. Posso ficar com os 43, não quero sair de lá..., espero ter ajudado você.

DEPOIMENTO Nº 14

Nome(iniciais): F. B. F.

Estado civil: Solteira

Tempo de instituição: 3 anos

Cargo: enfermeira assistencial

Sexo: F

Ano da Graduação: 1996

Setor de trabalho: Central de QT

Turno de trabalho: M (8/14H)

Eu acho que tem dois lados, primeiro que uma enfermeira oncológica tem que ser uma enfermeira que conheça profundamente a doença oncológica e conheça profundamente as particularidades de um doente oncológico, todos os..., por exemplo, os cateteres, é um cuidado muito específico. Não é qualquer pessoa que sai da faculdade que pode cuidar de um paciente oncológico. Tem este lado e tem o lado psicológico do paciente nosso. Então, para você cuidar de um paciente oncológico, você aprende, com o tempo, que tem que se ter muita sensibilidade. Existem uns

pacientes que querem que você pegue eles no colo, mais ou menos, existem aqueles que não querem, eles querem ficar na deles e tal, é muito importante que você tenha esta sensibilidade para tratar com eles, pra você perceber de anti mão, perceber que tipo de paciente você está lidando, aquele que quer que você chegue e aquele que não quer que você chegue. Aquele que quer desabafar e aquele que não quer. Sendo que é importante que também você tem, sinta o direito de querer ou não querer. Nos dias que você quer e nos dias que você não quer. Não está disponível para isto. É um cuidado que exige muito de você no lado psicológico. Tem dias que você sai do seu trabalho completamente esvaída de energia, porque eles sugam você, eles querem tudo e, você tem que dar. Além disso, o paciente oncológico não é um paciente como outro qualquer de um hospital que chega, você tem um contato com ele, por exemplo um paciente cirúrgico, ele vai embora depois e acabou. É um contato mínimo. Não, na oncologia não é assim, ele se torna um amigo seu, uma pessoa que você, por mais que não queira, você tem uma relação e um envolvimento com ele. Porque ele vem muitas e muitas vezes, ele conhece você e ele te chama pelo nome, ele sabe coisas da tua vida também. Porque quando você troca as coisas com ele, você acaba contando as coisas da tua vida, então você participa da vida dele e ele da sua. E você participa, na maioria das vezes, da piora dele, porque infelizmente esta é nossa realidade, ainda, porque a maioria deles vem de uma forma... e, a cada dia vai piorando, piorando, piorando....e, você vai acompanhando, passo a passo. Desde o início, desde a primeira vez que ele veio, que você deu a informação, que você explicou para ele o que seria aquele tratamento e ele confiou em você, até o dia que ele vai morrer e você vai ficar sabendo porque a família dele vai te dizer que ele morreu e ele vai chamar você quando ele estiver internado. Porque é em você que ele confia, é você que ele quer ver. Então eu acho que é uma coisa..., você tem que ter muito conhecimento científico e também muito preparo emocional para tratar com isso e não prejudicar a sua vida pessoal.

Após desligar o gravador: é assim, hoje mesmo veio uma garota aqui me pedir para ir ver a mãe dela que está internada e que não para de falar em mim. Eu tive de prometer que ia.

DEPOIMENTO Nº 15

Nome(iniciais): P.C.L.

Estado civil: Solteira

Tempo de instituição: 04 anos

Cargo: enfermeira assistencial

Sexo: F

Ano da Graduação: 1994

Setor de trabalho: Central de QT

Turno de trabalho: M (8/14H)

Cuidar de paciente oncológico é muito difícil, porque assim..., ele não tem só a patologia, câncer, ele tem a patologia e tem uma carga, outra, muito grande, de que eu vai morrer, de que precisa

de alguém para lhe salvar e aí ele se apega muito às pessoas que estão perto dele, então, ao médico mas muito mais à enfermeira que está próxima, muito mais próxima dele. Então, você se sente meio como tábua de salvação e, com muita responsabilidade em cima disso. Você tenta se dar de todas as formas, tenta dar o seu melhor, pra poder atender as necessidades dele. Aqui na central de quimioterapia, a gente ainda não implantou a SAE (sistematização da assistência de enfermagem) mas assim, a gente fala muito com os pacientes, fala muito com os funcionários a respeito disso, é uma coisa mais verbal mas a gente procura realizar os cuidados com os pacientes de acordo com a prescrição médica e de acordo como ele chega aqui na central. Então, têm determinadas drogas quimioterápicas que exigem alguns cuidados específicos na administração então você se detém a isto mas às vezes ele chega aqui com outras queixas que não tem nada a ver com o tratamento quimioterápico e às vezes você começa encaminhar para outros setores. Então, tem todo este intercâmbio. Se ele chega com queixa algica, você vai estar solicitando o plantão, vai estar encaminhando para outros departamentos pra estar solucionado isto. Mas sinto que eles têm muita confiança na enfermagem, nesse sentido. A gente, às vezes, fica até meio com medo porque você não consegue ser a salvação dele. Você faz o melhor que possível mas nem sempre consegue atingir o objetivo. Então, se criam vínculos também com os pacientes, muitas vezes se sofre com isto também, aí você fica sabendo que foi à óbito, é muito difícil você lidar com isto. Você acaba conhecendo a vida do paciente, ele acaba confiando demais em você e te contando coisas confidenciais e nem sempre você tem como segurar isto. Tem que se ter um suporte, um acompanhamento pra gente. Então, assim.... a medida do possível o nosso grupo tem procurado fazer um trabalho legal com os pacientes. Aqui na central a gente está sempre responsável neste sentido, os enfermeiros também, é um grupo legal da enfermagem neste sentido.

5 Interpretação das descrições

Para se compreender o significado da ação vivencial pelos enfermeiros em relação ao cuidado em oncologia, segundo o pensador Alfred Schütz, seguirei os passos indicados por PARGA NINA (1976), também utilizados por autores como: TOCANTINS (1997); PINTO de JEJUS (1999); RODRIGUES (1998); CASTELO BRANCO (1999) e outros que trabalharam com as idéias de Schütz em contextos de abordagem social, descrevendo, compreendendo e interpretando facetas do mundo da enfermagem no contexto brasileiro.

Assim, com base em PARGA NINA (1976), os dados qualitativos deste estudo foram trabalhados do seguinte modo:

- *Leitura demorada e atenta dos depoimentos, enquanto material não estruturado, visando apreender a vivência motivada dos sujeitos envolvidos;*
- *Identificação de categorias concretas que comportem as ações dos sujeitos em relação ao cuidado em oncologia, a partir das falas analisadas;*
- *Releitura dos depoimentos para extração e registro de trechos das falas que tiverem aspectos afins dos significados da ação do cuidar em oncologia, que compõem as categorias anteriormente identificadas;*

- *Construção do tipo vivido - enfermeiro em oncologia -, a partir do típico da ação nas falas analisadas, captando na vivência dos sujeitos os seus motivos para;*
- *Apresentação da análise compreensiva destes agrupamentos, tendo como base a interpretação do conteúdo associado ao referencial teórico-metodológico de Alfred Schütz.*

Da leitura atenta dos depoimentos e de meu habitar o mundo-vida da oncologia busquei apreender nas falas das enfermeiras os motivos que envolvem a ação do cuidar nesse contexto, focalizando as experiências conscientes, desses sujeitos, para chegar ao típico de sua ação.

Segundo PARGA NINA (1976, p.88):

o típico é uma abstração não encontrada necessariamente na vida real. Entretanto, ele é construído pela observação da vida real; é um produto da mente do investigador, daquilo que ele capta da realidade por sua participação e vivência.

Desse esforço para compreender o fenômeno cuidar em oncologia, na perspectiva do enfermeiro que cuida, pude chegar às categorias concretas do vivido. Lazarsfeld apud PARGA NINA (1976, p.45) define categoria concreta como:

aquela formulada pelo pesquisador participante da situação a partir dos dados obtidos pela pesquisa qualitativa e não como categoria lógica a priori, incompatível com a riqueza do fato social.

A determinação do grau de importância ou relevância de um tema ou tópico e, portanto, seu destaque como categoria está relacionada à frequência com que ocorre. Este é um indicativo válido, porém, não é suficiente. No entender de ANDRÉ (1983):

é possível que os dados contenham aspectos, observações, comentários, características únicas, mas extremamente importantes para a apreensão mais abrangente do fenômeno estudado. Haverá também mensagens não intencionais, implícitas e contraditórias que, embora únicas, revelam dimensões importantes da situação.

Nesse sentido, a intuição e a subjetividade têm um papel fundamental no processo de localização desse tipo de dado, além, evidentemente, do quadro teórico no qual o estudo se situa. Trechos de falas vão formando tópicos e temas, e não são mutuamente exclusivas. Uma determinada frase, ou um período, pode ser, em parte ou mesmo no todo, incluída em mais de uma categoria.

Segundo Schütz, a construção das categorias vai se dando sempre mediada pela situação biográfica do pesquisado, a qual, neste estudo permitiu-me significar as ações das enfermeiras que cuidam de pessoas doentes em oncologia.

A construção das categorias – categorização - Sshütz a chama de *constructos de segundo nível*, ou seja, elaboradas pelo pesquisador a partir dos conceitos vivenciados pelos sujeitos no mundo da vida, os chamados *constructos de primeiro nível*. Para esse filósofo, a finalidade das ciências sociais é obter conhecimento organizado da realidade social (SCHÜTZ, 1974a, p.37).

O que se procura, no processo científico, não é quantificar os dados empíricos, mas organizá-los em uma estrutura tão significativa quanto possível: captamos, empiricamente, no contexto com o “real”, os aspectos qualitativos desse real (PARGA NINA, 1976, p. 52).

Os *construtos de segundo nível* irão possibilitar a constituição da tipologia do vivido dos enfermeiros que cuidam em oncologia e que, segundo minha interpretação, foram emergindo de modo que esse vivido foi se mostrando em seus aspectos mais relevantes. Eles traduzem o ponto de vista, o modo de agir dos enfermeiros que cuidam de pessoas doentes na oncologia, de modo que, enfermeiros típicos, agindo de modo típico, neles se reconhecem.

5.1 O emergir das categorias do vivido

Diante da questão orientadora: O QUE SIGNIFICA PARA VOCÊ CUIDAR EM ONCOLOGIA? DESCREVA PARA MIM e após leitura atenta dos depoimentos, neles busquei os motivos que os enfermeiros que cuidam da pessoa com doença oncológica revelam ter em mente quando da ação de cuidar:

COMO UM CUIDADO QUE IMPLICA EM LIDAR COM O HUMANO EM SITUAÇÃO DE FRAGILIDADE ÍMPAR.

As enfermeiras na sua relação com o doente oncológico o reconhecem como sendo especial, fragilizado, inseguro, requerendo para seu cuidado um saber técnico-científico e uma sensibilidade dirigida ao humano ali envolvido:

...eu acho que a parte de cuidar, na técnica, requer especialização, requer uma série de conhecimentos diferenciados. (1) *

A parte técnica é muito difícil, a gente tem que dominar muito bem. (11)

Tem que ser uma enfermeira que conheça profundamente a doença oncológica e conheça profundamente as particularidades de um doente oncológico...por exemplo os cateteres, é um cuidado muito específico. (14)

A complexidade física do paciente oncológico, tanto pela patologia da qual é portador como pelo uso de utensílios típicos para o tratamento, como os cateteres, é reconhecida e verbalizada pelas enfermeiras. Ao lado dessa compreensão, reconhecem também a necessidade de se atender essa pessoa doente em sua fragilidade emocional. Vejamos as falas:

...cuidar de um paciente oncológico, é em primeiro lugar, estar cuidando do psíquico dele. (3)

...na minha opinião, eu acho que acima de tudo é o psicológico do paciente, porque assim..., todo mundo, principalmente estes pacientes, de modo geral, eles nos procuram e assim, eles associam muito câncer e morte. (5)

* Os números entre parênteses correspondem aos números dos depoimentos, em sua ordem cronológica de obtenção.

...eu acho que tem que ser bem intensivo, da enfermagem, e bem mais a enfermagem que foi preparada psicologicamente, porque esses pacientes oncológicos são bem atingidos psicologicamente e eles passam isso para a gente. (6)

...eles são muito inseguros emocionalmente, eles exigem que a gente demonstre segurança e carinho...(12)

A manifestação das necessidades do paciente, na perspectiva da enfermeira, vai se dando na relação social que se instala entre eles no conviver durante o tratamento. Para Schütz, uma relação social é tanto mais efetiva quando mais trocas houver entre as pessoas. Na relação face a face, onde se co-habita o mesmo espaço e tempo, onde se pode captar os pensamentos do outro num presente “vívido”, conforme eles se desenvolvem e o mesmo ocorre com o outro em relação à minha corrente de pensamento, os motivos estão mais diretamente acessíveis do que em outro tipo de relação social. A enfermeira, em sua ação de cuidar, na convivência com o paciente, vai captando e se mostrando aberta e acessível às ações intencionais do paciente e, o mesmo ocorre com ele, de forma recíproca em relação à ela. Durante este fluxo de tempo vivido eles envelhecem juntos e as trocas envolvidas nesses momentos possibilitam exercícios da ação comunicativa, permeados por densos sentimentos de reciprocidade, numa espécie de posse mútua, íntima. (SCHÜTZ, 1972, p. 231)

O paciente oncológico requer um carinho muito diferente, porque, na grande maioria das vezes ele foi pego de surpresa na decorrer da vida, foi de

surpresa e muitas vezes é uma coisa que muda completamente a vida dele, em todos os sentidos. (2)

Ainda mais com a patologia que está carregando, então, tem que ter um amor maior, um vínculo maior com o doente para estar dando uma assistência mais humana. (3)

Em estudo anterior (POPIM & BOEMER, 1999) pude evidenciar a subjetividade da pessoa acometida por uma doença oncológica em relação a ser portador de um câncer. Os pacientes revelam que a doença muda completamente suas vidas, uma facticidade, algo não escolhido e que os atingem em questões centrais de suas existências, trazendo à tona toda sua condição humana. Revelam-se angustiados, inseguros, com medo. A doença estrangula, estreita seus horizontes de possibilidades no mundo da vida.

Enquanto suas condições de saúde eram boas, era-lhes possível permanecer na cotidianidade, no “a gente”. Mas, o instalar-se da doença requer deles um recolhimento em si, um olhar para o seu mundo, uma auto reflexão segundo suas experiências vividas. Dessa forma, são revolidos da cotidianidade e assumem o seu eu, em autenticidade.

No presente estudo, as falas das enfermeiras permitem observar que essa fragilidade emocional dos pacientes é percebida por elas e, em suas ações de cuidar, está implícita uma postura de contemplação dessa necessidade:

Você tenta se dar de todas as formas, tenta dar o seu melhor, pra poder atender as necessidades dele. (15)

...aqui no Hospital oncológico, é, a gente tem que assistir mais a parte

psicológica do paciente... () pelo retorno que a gente tem dos pacientes a gente alcança, mesmo sendo corrido... (6)

A gente tem pacientes muito dependentes da gente. Mesmo aqueles que não estão dependentes fisicamente, não estão precisando de cuidados físicos intensos, eles são dependentes mesmo. Eles precisam que a gente fique junto...(4)

Somente uma parte muito pequena de nosso conhecimento origina-se de nossas experiências pessoais. A maior parte tem origem social, transmitida pelos nossos contemporâneos e antecessores (SCHÜTZ, 1974a, p. 44). Do mesmo modo, a enfermeira, durante a trajetória de sua vida profissional, vai adquirindo experiências no trato com o paciente oncológico, constituindo em sua mente um típico de pessoa, no caso a pessoa doente. Esse típico é constituído de uma síntese de conhecimentos, advindos de um tempo vivido com vários pacientes, daqueles dos quais já cuidou, daqueles que ouviu falar e daqueles com os quais convive no momento. Isto lhe possibilita um conhecimento à mão, disponível, o qual vai direcionar a sua conduta diante do doente da qual está cuidando:

... no começo foi difícil para eu me especializar, tudo é muito direcionado, este paciente tem características muito próprias. (1)

...no início eu senti dificuldade foi na parte psicológica mesmo, de lidar com isso, de estar conversando com o paciente quando ele vem dizer que está com medo, que tinha medo de morrer, essas coisas. (8)

Da convivência com os pacientes oncológicos, o profissional apreende as diferenças entre eles quando estão sob tratamento cirúrgico ou clínico; este último requer que o paciente passe por inúmeras intervenções, exigindo internações freqüentes e, conseqüentemente, maior tempo de convívio com os profissionais que dele cuidam:

O cirúrgico chega numa fase muito inicial, a expectativa dele é maior, a tolerância dele é maior. (...) já o da oncologia clínica não, ele já passou pela cirurgia, já passou pela quimio, já passou pela rádio, sabe que não está curado, não agüenta mais. (1)

A gente aprende a lidar com esse tipo de paciente, aqui a gente costuma falar que a gente vive como uma família, porque o paciente oncológico não é um paciente do hospital geral que sai de uma cirurgia ou que vem tratar de uma queixa álgica e vai embora. Ele fica e é um paciente que está sempre retornando...(6)

Um paciente oncológico clínico apresenta-se para a enfermeira como requerente de uma relação mais afetiva. Nessa relação vão acontecendo trocas, momentos de encontros, transformando a relação que pode ser do tipo “eu” e do “tu” em uma relação do tipo “nós”

Aqui não, os nossos pacientes aqui ficam muito tempo com a gente, eles voltam sempre, ficam às vezes meses internados, a gente cria um vínculo com eles, não é? esse vínculo para mim é muito importante também. Ele vai, volta, vai, volta, é..., a gente conhece o pai, a mãe, conhece os hábitos da casa.(4)

Além disso, o paciente oncológico não é um paciente como outro qualquer de um hospital

que chega, você tem um contato com ele, por exemplo um paciente cirúrgico, ele vai embora depois acabou. É um contato mínimo. Não, na oncologia não é assim, ele se torna um amigo seu, uma pessoa que você, por mais que não queira, você tem uma relação e um envolvimento...(14)

No enfrentamento da sua doença o paciente é rigoroso no que se refere ao seu tratamento, pois, muitas vezes, disso depende a continuidade de sua existência. Os efeitos colaterais são percebidos pelo paciente, mas se mostram a ele irrelevantes dada sua busca maior que é ser novamente uma pessoa sem a doença (POPIM & BOEMER, 1999). Este rigor, o interesse pelos detalhes da terapêutica, o enfrentamento como tal, a sua necessidade naquele momento, são todas facetas que fazem parte da essência do cotidiano do paciente oncológico e tudo isso é percebido pela enfermeira:

o paciente oncológico acaba sabendo, cuidado muito do cateter, cuidando dos horários da medicação. (...) sabe perfeitamente de tudo, ele precisa disso, ele participa, é um doente participante...() Ele precisa da sua rigidez no horário (2)

...isso até me assusta, eu achava que cair cabelo, fazer quimioterapia..., era uma coisa muito grave. Só que na opinião da maioria dos pacientes não é, para ele é: Eu quero curar e vou fazer esse tratamento... (5)

As falas evidenciam que compreendem as necessidades dos doentes e, assim, procuram atendê-las expressando haver nessa relação uma interseção de perspectivas: - a de quem é cuidado e a de quem cuida.

Na relação face a face os motivos são mais diretamente acessíveis do que em outras relações sociais e, segundo Schütz, a linguagem desempenha um papel tipificante da maior importância. É através dela que é possível conhecer outras mentes (CAPALBO, 1998, p. 35).

Existe, além da fala do paciente, a sua inflexão de voz, a sua expressão facial, os seus gestos que são constitutivos do seu dizer. Esses elementos, do ponto de vista do falante, não são planejados mas expressam um significado vivido, fala silenciosa, ou ainda, em outra hipótese, mero fazer, ou mesmo, meros reflexos. São experiências que podem não ter a intenção comunicativa, mas são elementos integrantes da interpretação do ouvinte, do enfermeiro. Co-habitar o mesmo espaço permite ao enfermeiro apreender as expressões corporais do outro, não apenas como eventos no mundo exterior, mas como fatores do próprio processo de comunicação:

pacientes oncológicos são bem atingidos psicologicamente e eles passam isso para a gente. (6)

...quando vai começar a quimioterapia eles não exigem, mas eles de uma certa forma acabam fazendo com que a gente fique sempre junto deles. (4)

O ação comunicativo tem como meta não apenas que alguém tome conhecimento dele mas, sim, que sua mensagem motive a pessoa, a quem ela é dirigida, a desenvolver uma conduta (SCHÜTZ, 1974a, p. 158). Os pacientes, no seu conviver com a enfermeira, vão se mostrando requerentes de cuidados para com sua pessoa através de manifestações de seu corpo como a fala, os gestos.

O profissional enfermeiro, com sua bagagem de conhecimentos e com seu tempo vivido, reconhece e evidencia em suas falas a preocupação com a dimensão humana do paciente oncológico, ao lado dos requisitos indispensáveis para prestar um cuidado técnico especializado. Reconhece em cada doente características próprias, diferentes das de outros tipos de pacientes.

Para mim é uma atenção redobrada porque eles têm muitas instabilidades, principalmente pós quimioterapia e radioterapia, eles são muito instáveis. (12)

...uma enfermeira oncológica tem que ser uma enfermeira que conheça profundamente a doença oncológica e conheça profundamente as particularidades de um doente oncológico, todos os..., por exemplo os cateteres...(14)

A aquisição dos conhecimentos técnico-científicos é possível através da leitura de livros, manuais e mesmo do tempo transcorrido de trabalho na área:

E para aprender você tem que estar ali dentro da instituição e também vejo a necessidade de especialização, não da especialização, da atualização do enfermeiro. Você vê os enfermeiros recém-contratados não sabem nada de quimio, não sabem nada de onco... (9)

A gente sabe que a enfermagem é uma coisa muito dinâmica, que a gente precisa estar se atualizando, precisa estar lendo, estar estudando. (10)

Muito embora haja esta preocupação, há o reconhecimento de que o cuidado em oncologia vai além do técnico-científico e o preparo do profissional para isto está além dos livros, diretamente relacionado com o eu de cada profissional:

O que é cuidar em oncologia? É você lidar com todos os percalços que a patologia vai trazendo no dia a dia. E até saber lidar com você mesma, com o sucesso do tratamento, com a perda do paciente. (2)

...nessa relação, assim....., eu acho que é uma coisa individual, é do indivíduo, é o aspecto emocional de cada um que conta nesta situação. (7)

Da fragilidade que emana de cada paciente e da disposição pessoal do profissional para atender as suas necessidades vai se construindo uma relação de compromisso permeada pela solidariedade, ternura e apegos mútuos.

COMO UM CUIDADO QUE REQUER UMA RELAÇÃO DE AFETIVIDADE

O estabelecimento de uma relação social entre o doente e a enfermeira na ação de cuidar em oncologia vai permitindo a construção de uma relação intersubjetiva. É quando a intencionalidade de um dirige-se para a do outro de forma recíproca, caracterizando uma relação permeada pelas manifestações dos corpos animados, permitindo, uns aos outros o acesso aos motivos que estão nas

mentes envolvidas. Os significados, na relação intersubjetiva, deixam de ser individuais para configurar um sentido social:

Às vezes só o fato de você falar que independente do que acontecer eu vou estar do seu lado, já clarea uma luz no fim do túnel, porque ele já abre um sorriso, ele já mostra um fio de esperança se ele tem alguém com quem pode contar. (3)

...o próprio funcionário, o próprio auxiliar de enfermagem, às vezes, ele perde até um tempo maior só para dar uma atenção maior ao paciente, um olhar para ele, alguém que escute ele naquele momento. (5)

...o que eles me pedem eu faço...,tenho muita dó...não é dó, eles estão tão deprimidos, é raro um ou outro que está alegre, contente por que está vendo algum resultado, são muito poucos. A maioria está prostrada, está triste, desanimada, nunca tem um bom resultado. (13)

Ao prestar cuidado, o enfermeiro reconhece ser necessário haver sensibilidade para atender a pessoa em seu sendo-doente e, assim, entre o paciente e o enfermeiro vai-se criando uma relação permeada pela afetividade. Segundo CAPALBO¹², para HUSSERL (1965), no coexistir entre os homens há trocas de idéias, emoções, sentimentos e, na presença do corpo animado, o sentimento fundamental que une os homens é a empatia¹³. Ela se dá na vida

¹² CAPALBO, C. Nota de aula junto à Disciplina “ Metodologia de investigação fenomenológica”, oferecida pela EeRP/USP, sob o código: ERG – 5864, Ribeirão preto, 2º semestre de 1998.

espiritual no corpo animado e se revela na manifestação corporal. Tais concepções são abraçadas igualmente por Schütz¹⁴.

É possível captar nas falas das enfermeiras sua percepção de importância dessas trocas:

O atendimento para cada paciente é uma coisa muito específica, para cada paciente . Está além de toda destreza manual, de toda parte técnica, acho que é importante também você ter a sensibilidade, olhar para o doente e saber qual é a ansiedade dele naquele momento. (10)

Então, para cuidar de um paciente oncológico, você aprende com o tempo que tem que ter muita sensibilidade...., perceber que tipo de paciente você está lidando, aquele que quer que você chegue e aquele que não quer que você chegue. (14)

Da relação social construída na convivência, os enfermeiros reconhecem haver um envolvimento emocional com os pacientes, gerando vínculos emotivos:

..tem o paciente que fica muito tempo internado e você acaba se envolvendo sim, com a família e com o paciente...(7)

na oncologia não é assim, ele se torna um amigo seu, uma pessoa que você, por mais que não queira, você tem uma relação e um envolvimento com ele. Porque ele vem muitas e muitas vezes, ele conhece você e ele te chama pelo nome, ele sabe coisas da tua vida também. Porque você troca as coisas com ele, você acaba contando as coisas da tua vida,

¹³ Empatia no sentido de Intropia: Intro significa interioridade e Pathos – derivado do grego significa paixão, significando sentir-com.

¹⁴ Para Schütz a estrutura do mundo social se constitui pela dimensão, espacial, temporal e social, onde o corpo animado é quem faz a intermediação nas relações sociais, situando-se, percebendo a si e aos outros e, comunicando-se com os outros homens (SCHÜTZ, 1974a, p.45-9).

então você participa da vida dele e ele da sua. (14)

As enfermeiras verbalizam a percepção da reciprocidade do apego dos pacientes em relação ao profissional. Eles expressam, em cada ato, a interligação afetiva com a enfermeira que deles cuidam. Essa relação construída tem como base a confiança:

O paciente se apega muito a gente e a gente a ele. Às vezes ele reinternar e quer vir para cá, briga na internação pra vir para cá. (3)

...desde a primeira vez que ele veio, que você deu informação, que você explicou....e ele confiou em você,.....até o dia que ele vai chamar você quando ele estiver internado. Porque é em você que ele confia, é você que ele quer ver... ele conhece você e ele te chama pelo nome...(14)

O profissional é nominado pelo paciente, o que lhe confere uma identidade, um vínculo, excluindo uma relação anônima. Revela uma situação na qual há alguém disponível para estar com ele numa relação social e, portanto, intersubjetiva. A fala acima revela claramente a instalação de uma relação de significados, onde a pessoa - enfermeira existe para o paciente e é importante para ele, com a qual, ele construiu um vínculo.

Refletindo sobre o meu cotidiano de trabalho, coexistindo com os pacientes oncológicos, posso perceber, nos discursos das enfermeiras, um testemunho para minhas ações do cuidar em oncologia. Com frequência me deparo com situações nas quais me percebo envolvida emocionalmente com a pessoa doente. Recebo dos doentes manifestações desse apego para com a minha

pessoa, tais como, presentes, bilhetes, cartões de agradecimento, revelando a mim, a reciprocidade de sentimentos; mais do que isso, talvez a busca da seguridade do nosso vínculo afetivo. Quando dos presentes, muitas vezes são acompanhados de uma estória: **estava em tal lugar e me lembrei de você...** Para mim, está implícito aí que, mesmo estando longe de minha pessoa, revelam a minha presença na vida deles.

Também de minha parte, estando longe do hospital, lembro-me dos pacientes, chego a sonhar com eles, preocupo-me e sofro por e com eles.

Perscrutar os discursos de enfermeiras de uma instituição diferente da daquela onde eu trabalho e encontrar neles a repetitividade de nossas ações motivadas significa para mim o alcance da intersubjetividade, tal como é colocada por Schütz em sua obra. Ela se constitui como característica típica de um dado corpo social. Não é somente a minha subjetividade, de modo único, que está aí; é também a de meu semelhante, vivendo situação semelhante à minha.

Os enfermeiros mostram em seus depoimentos que cuidar em oncologia implica numa relação de cuidado na qual a esperança de cura do paciente nem sempre está presente:

..eu sinto que muitas vezes o que a gente faz tem retorno e muitas vezes não tem retorno. Às vezes está num estágio muito avançado e não tem retorno nenhum.. (...) É um caminho que você sabe que começou a trilhar e que não vai ter muito retorno. (1)

O hospital é bom ao paciente, infelizmente é um hospital que não tem muito o que se fazer pelo paciente. Quer dizer, ele faz, pena que é uma patologia perigosa, o paciente está sempre à beira da morte ou coisa assim. (6)

As enfermeiras declaram uma intenção, muitas vezes de cuidar apenas, confortar o paciente sem buscar, em primeira instância, a cura dado que ela vai se mostrando difícil de acontecer:

...muitas vezes eles vem em estágios muitos avançados, então a gente acaba visando o bem estar naquilo que ele pode ter, naquilo que a gente considera normal para ele, então a gente acaba tentando para que ele se sinta melhor naquilo, no contexto dele. (4)

...mas a enfermagem está aqui atuante até o último respiro dele, a gente não deixa em palavras claras, mas a gente mostra em situações, em cuidados mesmo. (3)

As enfermeiras dirigem ao paciente o cuidado, o zelo para o humano, o seu semelhante doente, no sentido de preservá-lo em sua essência de humano, em sua autonomia:

Às vezes eu acho que a gente tem que entender mais, deixar de se impor, acho que a relação tem que ser uma relação de igualdade. () o doente de câncer, com o tempo vai aprendendo, ele vai entendendo o cuidado, ele tem mais liberdade de escolher. Então a gente tem que ter a consciência que o nosso cuidado também depende da escolha do paciente. (11)

Esta fala revela uma postura profissional ética em relação ao ser doente. Uma relação social plena, permeada pelo vínculo de onde emerge o respeito pelo querer do paciente e não somente pelo querer da equipe.

Nesse sentido, segundo CARAPINHEIRO (1993), é conferido à enfermeira, pela sua proximidade e vínculo com o paciente, um poder periférico

em relação ao poder central, instituído ao médico. Porém, é nessa relação de proximidade que a enfermeira pode ajudar o paciente a tomar consciência de seus direitos enquanto ser humano e paciente, fortalecendo-o e possibilitando-lhe o exercício de sua autonomia conforme evidenciou a fala acima. O estudo de BOEMER & SAMPAIO (1997) também faz um alerta nesse sentido.

A enfermeira reconhece o paciente oncológico como um ser no mundo, relacionando-se com os outros homens. Nesse sentido, a família¹⁵ do paciente é incluída como parte integrante do tratamento:

... você conversa com a família porque a família..., ela se sente num beco sem saída.
(3)

A gente tem muito contato com a família, a família acaba precisando também da gente. (4)

A família do paciente, quer sim, quer não, sofre toda essa fase de internação junto com o paciente, porque é um ente querido....(5)

A enfermeira percebe e expressa ainda em sua postura uma preocupação com a orientação do paciente oncológico e seus familiares e também com os funcionários que dele cuidam durante a internação. Transmite os conhecimentos que acredita serem importantes para o cuidado em oncologia numa postura de zelo para com a pessoa doente, revelando que o cuidado, aos seus olhos, vai para além da administração de uma medicação ou de um período que encerra a internação hospitalar:

¹⁵ O termo família aqui é usado no sentido de acompanhante, não necessariamente de pessoa que tenha laços sanguíneos com o doente. É a pessoa que se apresenta mais próxima ou mais presente junto a ele.

...o enfermeiro, além de tudo, tem um papel de orientador da equipe para mostrar que existe essa diferença que para o paciente cuidar é muito mais que a técnica, mais que um remédio. Eu acho que o paciente pede a você esta cumplicidade no tratamento. (2)

é um cuidado mesmo do enfermeiro vai ser direcionar esta equipe para estar dando uma assistência boa, humana, porque tem que tratar como gente, é, apesar....., ainda mais com a patologia que está carregando. (3)

Eu sempre falo para os funcionários novos que os pacientes são muito delicados e o vínculo deles, dos auxiliares é ainda maior, eles entram no quarto de duas em duas horas, durante o banho que é demorado, eles ficam mais com o doente do que nós enfermeiros. (12)

Também há a preocupação da enfermeira com a família, após a alta hospitalar, para a continuidade do cuidado no domicílio, distribuindo, dessa forma, o conhecimento para além do “endogrupo”¹⁶ da enfermagem oncológica. A relação de familiaridade, de especificidade que existe no grupo de enfermeiros, com essa postura de orientar aos pacientes e familiares, vai se tornando extensiva também a essas pessoas, tornando um modo de pertencimento social onde os signos e os símbolos vão ficando comuns ao grupo:

A gente está sempre ensinando as coisas para eles, pacientes traqueostomizados.... pego a família e ensino como é que cuida. (13)

A gente tem muito contato com a família, a família acaba precisando também bastante da gente. (04)

¹⁶ Para SCHÜTZ, endogrupo é o contexto circunscrito de um grupo social onde há familiaridade entre os membros, o conhecimento é comum, os objetivos são comuns, enquanto que alguém de outro grupo social, apesar de semelhante, é estranho, chegando ser anônimo (SCHÜTZ, 1974b, p. 253-4).

As falas das enfermeiras sugerem que, na relação face a face do cuidado direto, seja envolvendo o auxiliar de enfermagem ou o técnico ou a enfermeira, há um coexistir, no qual os sujeitos motivam-se reciprocamente em suas atividades intencionais, percebendo-se um ao outro, num relacionamento de compreensão e consentimentos, gerando um espaço comum de comunicação. Para Schütz, a compreensão pode se dar em diferentes níveis, podendo chegar à incompreensão, o oposto da familiaridade. Entretanto, o revelado pelas enfermeiras é uma relação de familiaridade para com os pacientes que é tanto maior quanto maior for a convivência:

Ele se apega muito às pessoas que estão perto dele, então, ao médico mas, muito mais, à enfermeira que está mais próximo, muito mais próximo dele.(15)

...o vínculo deles, dos auxiliares é ainda maior, eles entram no quarto de duas e duas horas, durante o banho que é demorado, eles ficam mais com o paciente do que nós enfermeiros.(12)

Há ainda o reconhecimento que o estabelecimento de uma relação social plena, de confiança pode não acontecer especificamente com uma pessoa:

...algumas coisas eles falam e têm coisas que eles não falam para o enfermeiro...O paciente mesmo acaba determinando essa barreira, só quem passa daqui para lá é só realmente aquele que demonstra mais cuidado com o doente. (03)

...perceber de ante mão, perceber que tipo de paciente você está lidando, aquele que quer

que você chegue e aquele que não quer que você chegue. Aquele que quer desabafar e aquele que não quer. (14)

As falas das enfermeiras evidenciam que se percebem como humanas revelando ter seus limites diante da relação social com o paciente oncológico:

...tem aquele que quer desabafar e aquele que não quer, sendo que é importante que também você tem, sinta o direito de querer ou não que-rer. Nos dias que você quer e nos dias que você não quer. Não está disponível para isto.(14)

é lidar com todos os percalços que a patologia vai trazendo no dia a dia. É até lidar com você mesma, com o sucesso do tratamento, com a perda do paciente...(2)

Refletindo sobre a ação do cuidado de enfermagem em oncologia, a enfermeira a reconhece como desgastante.

COMO UM CUIDADO TRAZ CONSIGO A GÊNESE DO DESGASTE PROFISSIONAL

Da convivência, do coexistir entre o profissional e o doente oncológico, as enfermeiras revelam que há uma relação comunicativa com este doente, efetiva de tal ordem que a troca entre eles chega a ser íntima:

O paciente se apega muito à gente e a gente à ele.(3)

Porque você troca coisas com ele, você acaba contando as coisas da tua vida, então você participa da vida dele e ele da sua.(14)

Então, se criam vínculos também com os pacientes, muitas vezes se sofre com isto também, aí você acaba conhecendo a vida do paciente, ele acaba confiando demais em você e te contando coisas confidenciais...(15)

A parte psicológica do ser humano atinge muito o outro ser humano....(6)

A trajetória do tratamento não se dá de modo linear e idêntico para todos os pacientes oncológicos, porém, em seu prosseguir, a sua exposição e submissão ao tratamento apresenta uma tipificação de fatos. É freqüente a piora no quadro geral do doente, levando-o, muitas vezes, à morte. As enfermeiras revelam seu sentimento de pesar, de sofrimento:

Porque quando você troca coisas com ele, você acaba contando as coisas da tua vida, então você participa da vida dele e ele da sua vida. E você participa , na maioria das vezes, da piora dele....() a cada dia vai piorando, piorando, piorando...e, você vai acompanhando passo a passo.(14)

Então, se criam vínculos também com os pacientes, muitas vezes se sofre com isto também, aí você fica sabendo que foi à óbito, é muito difícil você lidar com isto. (15)

A morte implica na ruptura do vínculo gerado, revelando-se um processo doloroso para as enfermeiras. Reconhecem que o vínculo pode ser gerado na relação mesma entre o profissional e o paciente; essa relação, para ser efetiva, está sujeita à conjunção de motivações entre as pessoas envolvidas. Para Schütz, o intercâmbio e a troca de perspectivas só é possível no mundo intersubjetivo. A reciprocidade de perspectivas se dá conforme o grau de interesse de cada um por determinado objeto ou coisa e ela está relacionada à situação biográfica de cada

um. A relação social sempre é mediada pelo corpo animado, situado no espaço-temporal do mundo, o que torna cada pessoa um ser único. Esta diferença é percebida e verbalizada pelas enfermeiras:

O paciente mesmo acaba determinando essa barreira, só quem passa daqui para lá é só realmente aquele que demonstra mais cuidado com o doente.(3)

também tem aquele profissional que é de tocar serviço. ()... daqui vou embora, vou para outro hospital e não tem o envolvimento. Você percebe vários tipos de perfis profissionais na área....(9)

Reconhecem que o profissional, na oncologia, necessita gostar muito de cuidar de pessoas para suportar o trabalho na área, reafirmando a existência de pessoas cuidadoras diferentes umas das outras:

Bem, quem trabalha aqui há muito tempo é porque gosta dessa área, porque eu já vi muita gente que entrou, não gostou e foi embora.(6)

...quem cuida de paciente oncológico tem que ser uma pessoa muito especial, porque não é qualquer um que aguenta tudo isso, que tolera tudo isso. (5)

As falas das enfermeiras revelam de forma ora explícita, ora implícita o processo de desgaste profissional gerado na ação de cuidar de pessoas doentes internadas para tratamento oncológico:

É um trabalho pesado, a gente não agüenta muito tempo, porque todo mundo vai cansando...., Não é um hospital para o resto da vida, é uma coisa que vai desgastando, como profissional, como pessoa. (1)

Eu não falei mas estou saindo daqui. Este é meu último mês. Estou cansada. Preciso descansar, arejar a cabeça.... É muito cansativo.(06)

...eu acho assim... a pessoa que trabalha com doença e, que trabalha num hospital oncológico, ela tem uma perda de energia muito grande durante o trabalho, seja emocional ou até físico. (7)

As falas evidenciam ainda a percepção que na ação de cuidar do paciente oncológico há um desgaste emocional:

É um cuidado que exige muito de você no lado psicológico. Tem dias que você sai do trabalho completamente esvaída de energia, porquê eles sugam você...(14)

...como a gente está falando da parte psicológica do paciente, ele, como é que eu posso te explicar, a parte psicológica do ser humano atinge muito o outro ser humano, não é?, essa parte suga muito. (6)

Muito embora este estudo não tenha tido o objetivo de verificar o “Burnout” em termos de sinais e sintomas, é possível captar nas falas que elas explicitam um desgaste físico ao lado de um desgaste existencial, expresso por algumas palavras que emergem com grande densidade: *sugar, não agüenta, vai acabando com a gente, preciso descansar.*

Como enfermeira que trabalha em oncologia há oito anos, reconheço-me nessas falas. É um sentir-se cansada sem aparente razão, sentir-se, em alguns momentos, irritadiça e desanimada, ter sono fora de hora, uma sensação de viver apenas para o trabalho. Venho sentindo, já há algum tempo, estes sintomas e, mesmo estando refletindo sobre minha prática, não me eram claras as suas causas. Por um longo período pensei estar em mim, unicamente, o problema para esse meu sentir. Fazendo doutorado e trabalhando, deve ser por isso, pensava. Hoje, tendo o testemunho de outras enfermeiras da área, posso entender que o processo do desgaste acontece em mim mas é uma resposta aos estímulos advindos fóra de mim.

A minha compreensão do processo de *stress* iniciou-se quando cursei a disciplina: **Stress, coping e trabalho**¹⁷. Ela contribuiu para o meu entendimento da fisiologia do *stress* e suas conseqüências para o organismo humano. Também foram abordadas as estratégias para o seu enfrentamento, ressaltando que somos pessoas diferentes uma das outras e que, portanto, as nossas respostas a qualquer estímulo poderão também ser diferentes.

Nessa relação entre o profissional e a pessoa doente, permeada pelo compromisso, pelo afeto e dedicação, a enfermeira, muitas vezes, vai percebendo a piora do quadro clínico do paciente, envolvendo-o como um caminho sem volta, que o levará à morte, rompendo o vínculo construído no cotidiano do cuidar:

¹⁷ Disciplina oferecida pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o código: ENC5822, sob a coordenação das Profas. Dras. Estela R. F. Bianchi e Eliana C. Correa, no 1º semestre de 1997.

...é um caminho que você sabe que começou a trilhar e que não vai ter muito retorno.(01)

É até você lidar com você mesma, com o sucesso do tratamento, com a perda do paciente, que muitas vezes fica, fica, fica com você, nada, nada, nada e morre na praia....(02)

E você participa, na maioria das vezes, da piora dele, porque infelizmente esta é nossa realidade... () a cada dia vai piorando, piorando, piorando e você vai acompanhando, passo a passo... (14)

Tendo esta percepção do paciente oncológico , o típico que se apresenta como o fato dele ficar internado por um período longo, de sofrer dores como sintomas pela doença da qual é portador, de sofrer pioras em seu quadro clínico, a enfermeira sugere em seu discurso uma relação “ideal” com esse paciente, na qual, na medida do possível, não haja envolvimento emocional com ele, poupando-se, desse modo, de sofrimento maior:

... a gente tem que evitar se envolver o máximo que a gente puder porque a gente acaba chateada, vai para casa chateada com certos óbitos...() procurar não envolver isto com a família da gente, porque senão a gente vai ficar complicada, o lado emocional da gente acaba perdendo estrutura... (12)

...se envolver demais com o paciente, ela cai no primeiro buraco que aparecer na vida dela, não é? E fica extremamente chocada. Isso, quer sim, quer não, a gente fica assim, o emocional da gente é muito lábil. (5)

Vai fazer cinco anos que eu trabalho aqui, é que assim, a gente se envolve, mas não ao ponto, a gente também não pode se envolver ao ponto de sair daqui e isso interferir na sua vida. (7)

As falas expressam uma ambigüidade - **envolvimento x não envolvimento** - como se fosse uma conduta possível de ser tomada. No entanto, apesar de desejada pelas enfermeiras, como forma de manterem-se menos estressadas, tal não é possível considerando que as relações de natureza afetiva, são inerentes ao humano, em sua relação social com o outro. É pressuposto que vivemos com os outros homens, relacionando-nos uns com os outros, seja numa relação familiar ou anônima, estamos sempre uns com os outros em solicitude, em cuidado. No caso das enfermeiras que cuidam do semelhante numa relação face a face, numa situação onde se engajam as relações afetivas, não há como se ficar neutro, anônimo. As próprias falas confirmam isso:

...na oncologia não é assim, ele se torna um amigo seu, uma pessoa que você, por mais que não queira, você tem uma relação e um envolvimento com ele. (14)

...tem paciente que fica muito tempo internado e você acaba se envolvendo sim, com a família, com o paciente... (7)

O estudo de FERREIRA (1996) evidenciou que os enfermeiros que trabalham na oncologia lidam o tempo todo com o sofrimento e a morte dos pacientes, o que os afeta, gerando em si inúmeras emoções. Mas a morte do paciente os leva à atitudes de enfrentamento com este sentimento de pesar. Buscam até mesmo o distanciamento do paciente, evitando o envolvimento

excessivo com ele. Nesse mesmo estudo, as enfermeiras revelam que há envolvimento e que elas se apegam aos pacientes o que as levam ao sofrimento.

A morte do paciente implica na ruptura do vínculo gerado e é um processo doloroso: vejamos algumas falas:

Um dia ele está bem no outro ele veio a falecer; é um processo muito rápido, isto é uma coisa que desgasta muito. (11)

Então, se criam vínculos também com os pacientes, muitas vezes se sofre com isto também aí você fica sabendo que foi a óbito, é muito difícil você lidar com isto. (15)

Desde o início, desde a primeira vez que ele veio, que você deu a informação, que você explicou para ele o que seria aquele tratamento e ele confiou em você, até o dia que ele vai morrer e você vai ficar sabendo porque a família dele vai te dizer que ele morreu....(14)

Esse desgaste gerado pela morte do paciente é reconhecido por outras enfermeiras oncológicas. LEWIS (1999) relata em um estudo a experiência que enfermeiras oncológicas americanas realizaram na tentativa de aliviar o “Burnout”. Compuseram um grupo para discutir as suas angústias, dúvidas, medos para o qual tiveram assessoramento técnico e emocional de profissionais especializados. Nesse grupo existia uma pessoa responsável por fazer uma listagem dos pacientes que vinham a morrer na instituição, fazendo com que todos os membros desse grupo, independentemente do setor onde trabalhassem, pudessem saber dessa morte. O grupo elaborava um cartão de pesar e o

encaminhava à família do paciente. Esses procedimentos, segundo estas enfermeiras, não eliminaram o “Burnout” mas contribuíram para atenuá-lo.

A busca pela pessoa do profissional não se dá somente quando as emoções estão recentes. Os pacientes empenham-se em ir ter com o funcionário para dizer como estão, que encontram-se sem sintomas da doença. Fazem questão de compartilhar a vitória, mesmo que ela seja temporária. Isto revela que, seja em situação de vida ou de morte, houve um vínculo forte entre eles que permanece para além do tempo de duração da internação e tratamento:

As vezes ele re-interna e quer vir para cá, briga na internação para vier para cá. (3)
 ...você vai ficar sabendo porque a família dele vai te dizer que ele morreu e ele vai chamar você quando estiver internado. Porque é você que ele confia, é você que ele quer ver. (14)

ele vem compartilhar com você as melhoras do tratamento...

Para conviver com essa situação de sofrimento, de perdas, o profissional lança mão de estratégias pessoais para o seu enfrentamento, como terapias, procurando não se envolver muito, ou ainda, como mostrou um depoimento, pedindo demissão do trabalho.

Ao refletirem sobre o cuidado ao paciente oncológico, os profissionais o fazem reconhecendo-o como complexo, que requer conhecimento técnico e expressão de afetividade; a relação entre ambos se dá de modo estreito, mesmo quando não se deseja ter um envolvimento. O rompimento dessa relação pela morte do paciente gera no profissional sentimentos negativos e sofrimento para

cujo enfrentamento ele se sente despreparado, porém, busca por estratégias que o aliviem dessa carga para continuar o seu exercício profissional:

Faço terapia, busco equilíbrio para tudo isto nos florais de Bach. (6)

...você vai buscar fora..., seja na família, seja uma terapia que nem a que eu faço, seja com o psicólogo, ou alguma prática alternativa de saúde que te alivie. (7)

O enfrentamento passa pela questão do auto conhecimento. Saber os seus limites para aí permanecer ao cuidar do outro. Na busca por estar bem, insere-se uma vontade de poder atender às necessidades do paciente. Revelam que a busca de equilíbrio é pessoal, individual, variando entre uma pessoa e outra:

A gente tem que ser muito humano mesmo. Tem que ter aquele dom, senão não agüenta. Eu sempre falo para os funcionários novos...(12)

Tem muita gente que pensa que precisa ter, eu acho que precisa ter sim algum suporte, não vou dizer que seria terapia com psicólogo, alguma coisa assim, que alivie, que faz bem para você, que..., você goste. (7)

Aqui é válido lembrar CHAVES (1994) que explicita que as estratégias para o enfrentamento do *stress* pertencem à esfera pessoal. Até mesmo a resposta a um estímulo, o qual poderá ser causador de *stress*, é diferente de indivíduo para indivíduo. Para a autora, esta resposta vai depender, diretamente, da constituição física, emocional e até mesmo nutricional de cada indivíduo.

Na enfermagem oncológica há evidências, manifestadas nas falas, que as enfermeiras são diferentes entre si - as que convivem no contexto da oncologia

de modo tranqüilo, as que verbalizam ser um trabalho temporário e as que expressam o grau máximo de seu limite, solicitando demissão do trabalho:

Para mim a assistência de enfermagem ao paciente oncológico é um trabalho como outro qualquer, é como qualquer pessoa que precisa de um emprego, é um profissional especializado... (10)

E sinto assim que não é um hospital, não é um trabalho para o resto da vida. (01)

Eu não falei, mas eu estou saindo daqui, este é meu último mês. Estou cansada. (06)

O pedido de demissão expressa um ato de resolução face a um cotidiano difícil que está causando exaustão física e psíquica. Há também nas falas a revelação implícita que há pedidos de demissões na instituição, decorrentes da natureza do cuidado:

As enfermeiras do Hospital são muito jovens. É um trabalho pesado, a gente não agüenta muito tempo, porque todo mundo vai cansando... () observa, não tem enfermeira com muito tempo de casa. (1)

...os próprios funcionários falam isso para a gente...()quem cuida de paciente oncológico tem que ser uma pessoa muito especial, porque não é qualquer um que agüenta tudo isso, que tolera tudo isso. (5)

...quem trabalha aqui por muito tempo é porque gosta dessa área, porque eu já ví muita gente que entrou, não agüentou e foi embora...(6)

Acho que a gente tem que, o profissional que trabalha com o paciente oncológico, tem que ser, não digo forte emocionalmente, mas

equilibra-do, carinhoso, gostar do que está fazendo senão não fica no hospital. (12)

Não disponho de elementos para discutir sobre o número de demissionários deste hospital em relação a outros, de outras linhas de atendimentos. Porém, fica evidenciado nas falas, que o trabalho em oncologia se torna penoso, difícil por sua própria natureza, o que requer do profissional um convívio íntimo com o doente, achegando-se a ele no processo de desnudamento de sua existência, no qual o sofrimento, o desespero, a fragilidade e, sobretudo, a finitude do paciente mostram-se em sua plenitude:

Quando eu falo não estou falando do hospital, da estrutura, é o paciente mesmo. Acho que não é um trabalho para sempre. A gente não agüenta. Observe, não tem enfermeira com muito tempo de casa. (01)

Há a percepção por parte das enfermeiras que o sofrimento também acontece com os outros membros da equipe que cuidam, reconhecendo-se, entre seres semelhantes a si, em ação social.

O reconhecimento profissional por parte do paciente ou de seus familiares é uma fonte de prazer no trabalho. Ver a melhora da pessoa, os familiares mais tranquilos, traz também satisfação para as enfermeiras:

...quando você percebe que ele melhora, você também fica contente... () depois que você con-versou e viu a satisfação dele, isso aí também te satisfaz. (08)

As coisas que você faz em algum momento trazem alegria a conforto para ele e ele manifesta

isso; isso daí são coisas que vão satisfazer você. (07)

Por outro, acho que o trabalho em oncologia é recompensador...() a família vem compartilhar com a gente os avanços deles, que estão bem. Esta parte recompensa muito, o reconhecimento profissional da gente. Reconhecimento do paciente, reconhecimento da família. (11)

Para cuidar, as enfermeiras reconhecem ser necessário um requisito permeado pelo limite pessoal e pelo gostar do que se faz. Porém, vêem que é possível tornar esse cuidado menos desgastante, investindo-se na pessoa do cuidador, seja através de acompanhamento psicológico individualizado ou instituindo um espaço para discussões de suas angústias. Nesse sentido, clamam por ajuda:

Eu sinto falta disso, entendeu? Ou são reuniões, são discussões, ou alguma coisa com psicólogo para a gente entender um pouco mais sobre tudo isso... () eu acho que deveria ter algum acompanhamento para nós profissionais, sim. (5)

...por isso mesmo a parte emocional da gente tem que estar mais estruturada. A gente necessita ter um apoio... (12)

Tem que ter um suporte, um acompanhamento para a gente. (15)

As enfermeiras verbalizam perceber uma despreocupação, por parte da instituição, com o bem estar da pessoa do cuidador. A busca por ajuda, quando ocorre, é por iniciativa pessoal, de modo individualizado.

Gostar do que se faz, interessar-se pela fisiopatologia das doenças é um modo de melhor enfrentar o cotidiano da enfermagem oncológica:

...a própria patologia é interessante, a gente estuda, para mim é...,é que eu gosto mesmo, então para mim acaba ficando mais fácil. (4)

Esta fala: acaba ficando mais fácil, revela o seu reverso: a ação de cuidar em oncologia é difícil.

Alguns segmentos de outros contextos de trabalho já despertaram para a necessidade de se atentar para a pessoa do trabalhador; entretanto, o setor saúde, sabidamente desgastante, como evidenciam PITTA (1990); LAUTERT (1995); SILVA (1996) entre outros, não tem oferecido propostas efetivas nesse sentido.

O conhecimento técnico-científico e a afetividade do profissional enfermeiro no cotidiano da enfermagem oncológica são elementos constitutivos do cuidado, os quais estarão influenciando o desenvolvimento da assistência prestada à pessoa doente. Este estudo permitiu evidenciar o sofrimento existente na ação de cuidar na enfermagem oncológica, olhando fundamentalmente para o sentir do cuidador. Revelando sentimentos, motivos, os quais, às vezes, escapam à observação objetiva mas que estão nos acompanhando, interferindo em nosso modo de agir, de pensar, enfim, de existir.

Neste estudo não tive a intenção de captar as manifestações objetivas possíveis de se captar nas enfermeiras que cuidam na enfermagem oncológica. Enfoquei apenas os motivos subjetivos da ação de cuidar. Porém, despertou-me novas inquietações no sentido de conhecer mais acerca dessas enfermeiras cuidadoras, para saber quem são, como vivem, enfim, qual é a situação

biográfica de cada uma. São todas questões importantes, que implicam em um leque de investigações, objeto de futuros estudos.

6 Retomando a minha interrogação

Ao finalizar esse estudo, tornou-se imperativa uma reflexão sobre sua questão central - a preocupação com a pessoa do profissional enfermeiro que cuida de outras pessoas doentes na área de enfermagem oncológica. “Habitar”, no sentido de aí estar situado em meu trabalho profissional, e pensar esse contexto levou-me à busca de explicitação dos motivos que essas enfermeiras revelam ter em mente quando praticam a ação de cuidar. Para elas a ação de cuidar na enfermagem oncológica implica em lidar com o humano em situação de fragilidade ímpar.

Percebem e verbalizam que a pessoa doente é especial, fragilizada, carente, insegura, necessitando de cuidados físicos especializados mas também necessita de cuidados na esfera existencial. Estar com o paciente numa relação face a face, co-habitando o mesmo espaço e tempo, permite às enfermeiras ir captando e ir se mostrando acessíveis às ações intencionais do paciente e deste para com elas.

Os *motivos para* das enfermeiras consiste em contemplar o paciente em seu estado de fragilidade físico-emocional. Têm em mente um paciente típico, construído pela sedimentação de suas experiências profissionais. Essa tipificação é representada por um paciente portador de uma doença grave, que frequentemente apresenta piora em seu quando evolutivo, apresenta diferenciação

quando a natureza do seu tratamento é clínica ou cirúrgica. Essa natureza estará interligada à sua relação social com o cuidador.

Na relação de convivência com esses pacientes, ocorrem trocas, possibilitando que uma relação que pode ser do “eu” e “tu” passa a ser uma relação do tipo “nós”.

Os motivos das enfermeiras buscam contemplar a perspectiva do paciente, procurando considerá-lo em sua fragilidade, evidenciando haver uma relação de reciprocidade de perspectivas: a de quem cuida e a de quem é cuidado.

A enfermeira, com sua bagagem de conhecimento disponível, vai percebendo o paciente através da fala, da expressão corporal, os quais não são eventos no mundo exterior, mas são fatores do próprio processo de comunicação. A ação de cuidar na enfermagem oncológica se dá numa relação comunicativa, de trocas de idéias, emoções, sentimentos entre ela e a pessoa doente.

Reconhecem que a relação social com o paciente implica em sensibilidade de sua parte. Saber até onde pode ir. A maior ou menor aproximação dependerá também de cada parte, mas o típico é ocorrer a troca constante entre elas e os pacientes. Nessa ação, vão se formando vínculos afetivos. O profissional é nominado pelo paciente, o que lhe confere uma identidade, uma relação de proximidade, excluindo uma relação anônima.

Ver um semelhante, dotado de consciência como eu sou, acometido por uma patologia grave, é motivo para a enfermeira esforçar-se em contemplá-lo em suas perspectivas, cuidar, confortar muitas vezes, sem esperar, em primeira instância, a cura da doença. Revelam ainda ter como *motivo para* o desejo de orientar os

funcionários, sob sua supervisão, para a fragilidade do paciente portador de um câncer que está em tratamento, ensinando-lhes que é importante ter zelo para com a pessoa doente e que o cuidado está para além de administrar um medicamento. Reconhecem que os pacientes também com eles mantêm uma relação de proximidade, de afetividade.

A ação de cuidar acontece numa relação de familiaridade. Homens semelhantes, compartilhando o mesmo tempo e o mesmo espaço. Dessa convivência, desse coexistir com o doente oncológico, as enfermeiras revelam que há uma relação comunicativa entre elas e os pacientes, efetiva de tal ordem, que a troca entre eles chega ser íntima.

A trajetória do paciente em seu tratamento apresenta uma tipificação de fatos. É freqüente a piora do quadro geral do paciente, levando-o, muitas vezes à morte. Conviver com o sofrimento do paciente e sua morte leva a enfermeira a reconhecer a ação de cuidar na enfermagem oncológica como desgastante

Reconhecem também que para entrar e permanecer na ação de cuidar, o cuidador tem que gostar do que faz. Mais que isto - necessita ter cuidados para consigo: *não é qualquer um que agüenta*, verbalizam. São humanas e, como tal, apresentam seus limites, suas defesas, seus motivos, enfim, apresentam uma situação biográfica única.

Revelam explicitamente a presença de um desgaste físico ao lado de um desgaste emocional e, diante dessa percepção de sofrimento, buscam por estratégias que as aliviarão dessa carga. Buscam por terapias individuais, lazer,

alcance do ponto de equilíbrio, conhecendo seu limites. Reconhecem que para cuidar bem precisam estar bem consigo mesmas.

Diante da percepção de sofrimento, as enfermeiras pedem, em suas falas, a atenção para com a sua pessoa de cuidador. Seja um lugar para discussões de suas angústias, seja um apoio psicológico individualizado.

Esse estudo evidenciou que a ação de cuidar em enfermagem oncológica apresenta uma tipologia, tem uma natureza que é sua própria. Os pacientes são portadores de uma doença grave, são fragilizados física e emocionalmente e as enfermeiras se motivam para atendê-los em suas expectativas.

Neste estudo de doutorado, as mensagens das enfermeiras testemunham o que apreendi em meu existir enquanto enfermeira oncológica. Nesse sentido, elas constituem-se na manifestação da intersubjetividade o que, segundo CAPALBO (1999), na relação social o significado do outro enquanto outro que não sou eu, não se dá por projeção do meu eu sobre o outro, mas sim por analogia, com o auto-reconhecimento de que o outro é meu semelhante, parceiro e que, na vida social, age de acordo com motivos que são seus, da mesma forma que eu, em minhas ações, sou motivado a agir. A compreensão dessas ações motivadas vão expressar, essencialmente, o que há de comum na experiência da vida intersubjetiva, possibilitando o erguimento da tipificação da ação e, assim, ganhar foro de universalidade em sua análise de tipo compreensivo.

As falas das enfermeiras de um hospital de grande porte, as quais assistem a um número grande de pessoas doentes, vêm ao meu encontro, àquilo que vivo e percebo em meu cotidiano de cuidar em oncologia. Há, portanto, um sentido em

suas falas. Revelam perceber a pessoa gravemente doente que precisa de cuidados mas não somente o cuidado biológico. Um ser doente que carece de carinho, atenção, paciência; evidenciam estar cientes de que esse cuidado volta-se, necessariamente, para a pessoa na sua dimensão humana:

Às vezes a pessoa se preocupa tanto com fazer medicação, dar banho, em prestar uma assistência boa, e deixar o paciente assim, vamos dizer, "brilhando". () mas o paciente quer é mais de alguém, um apoio para ele, alguém que escute ele naquele momento. (05)

O processo de enfermagem é um instrumento importante para nos auxiliar na assistência, ele realmente mostra como está o estado biológico do doente, dá todos os débitos, os sinais e sintomas e etc, mas eu não me prendo a ele. Acho que não devemos nos prender a ele. (09)

É possível evidenciar algum esboço do abandono do enfoque funcionalista, caminhando para uma abordagem humanística. Na relação entre a pessoa do cuidador e a pessoa do doente, é que se pode alcançar a abertura para o ser da pessoa num movimento de deixar aflorar a autoridade de ambos. Autoridade em seu sentido original - *augere* - , do latim, que quer dizer crescer, de tomar consciência de si. Vejamos as falas das enfermeiras:

...com o tempo ele vai aprendendo, ele vai entendendo o cuidado, ele tem mais liberdade de escolher. Então a gente tem que ter a consciência que o nosso cuidado também depende da escolha do paciente. ()a gente aca-ba deixando de ser impositiva, de ser uma pessoa que impõe... (11)

...às vezes para ele aceitar o cuidado, tipo: tem que ficar em repouso porque os níveis de plaquetas e leucócitos estão baixos, então

você precisa demonstrar isso pra ele, ele tem que ter certeza de que realmente precisa ficar em repouso. (...)você tem que dar muita orientação para ele aceitar alguns tipos de cuidados que para ele não tem importância, é leigo. É conversando mesmo, acho que é a base.
(03)

É uma relação humana onde a ação é comprometida com a situação dos “atores ” – paciente e enfermeiro – diz respeito aos seus problemas, às suas subjetividades. É nessa relação que vai se construindo um vínculo pessoal, permeado pela afetividade.

Em meu cotidiano, a demonstração dessa afetividade se revela de vários modos; quando recebo presentes (coisas de maior ou menor valor material) mas, fundamentalmente, coisas com as quais que querem me presentear, demonstrando gratidão e desejando também alegrar-me. Pode até haver aí um mecanismo inerente à condição humana – o de trocar “mercadorias”. Mas, a forma como o presente é dado, o seu cuidado em escolher algo **para mim**, mesmo quando encontram-se em lugares distantes durante viagens, expressa que lembram-se de mim e me trazem algo. Considero isso muito significativo, expressando que uma relação de natureza humana se instalou e permanecerá até a sua cura ou morte.

Há ainda o fato deles perceberem quando estou triste ou preocupada. Querem também que eu lhes diga como vai meu curso, minha família. Novamente emerge aqui que a condição humana do profissional e do doente já é pré-dada, assumida por ambos. E, como tal, haverá doentes com os quais o envolvimento será mais ou menos estreito, a comunhão será maior ou menor e o sofrimento do

profissional é único para cada pessoa de quem cuida. Há também o desgaste gerado pelo sofrimento por aquelas pessoas doentes com as quais não conseguimos criar um vínculo autêntico, um afeto natural. Isso traz culpa pois é como se devêssemos ter o mesmo grau de envolvimento e solidariedade para com todos. Nesse sentido, estarmos sempre nos situando em nossa condição de humanos, pode ajudar-nos a aceitar essas situações como inerentes à ela.

As enfermeiras percebem que um trabalho de tal natureza requer, necessariamente, envolvimento, formação de vínculos, estreiteza de relacionamentos. Por outro lado, em algumas de suas falas, expressam que evitam o envolvimento:

... a gente tem que evitar se envolver o máximo que a gente puder porque a gente acaba chateada, vai para casa chateada com certos óbitos...() procurar não envolver isto com a família da gente, porque senão a gente vai ficar complicada, o lado emocional da gente acaba perdendo estrutura... (12)

Vai fazer cinco anos que eu trabalho aqui, é que assim, a gente se envolve, mas não ao ponto, a gente também não pode se envolver ao ponto de sair daqui e isso interferir na sua vida. (7)

É, de certa forma, contraditório e ambíguo e é natural que assim seja pois, num trabalho que se revela essencialmente voltado para o humano, a ambigüidade e a contradição estarão presentes.

O cuidado se revela para as enfermeiras como complexo por todos os motivos já expostos. Conforme relata MAST (2000), é um cuidado que requer habilidades tanto a nível técnico como interpessoal, espiritual, religioso. É um desafio para a

enfermeira lidar com o paciente oncológico mas também é um desafio para os educadores atraírem e manterem as enfermeiras atuando nessa área. Sugere que os estudantes precisam ir para a oncologia sabendo das especificidades desse cuidado. Salienta ainda que as dificuldades desse trabalho têm gerado uma escassez de enfermeiras oncológicas nos Estados Unidos, de modo geral.

As falas referem-se à necessidade de espaços para discutir sentimentos, aliviar tensões, ajudar a falar sobre as coisas difíceis que fazem parte deste mundo de trabalho. Inúmeros estudos vêm mostrando esta necessidade, recomendando estratégias para os profissionais poderem aliviar seu desgaste, seu sofrimento. (LUNARDI FILHO, 1995; SHIMIZU & CIAMPIONE, 1999; LEWIS, 1999, dentre outros). Algumas instituições têm aberto alguns destes espaços, mas ainda de forma muito incipiente. Também vários autores (KOVACS, 1989; BOEMER, 1998; BRONDI, 1997 e outros) vêm ressaltando a importância de que os cursos de graduação na área da saúde preparem os futuros profissionais para lidar com questões interligadas à vida e à morte.

Nesse sentido, a Bioética veio dar sua contribuição. Já existe no Brasil vários Cursos de Medicina e de Enfermagem que introduziram a disciplina de Bioética nos primeiros anos da graduação, na busca de que o graduando dirija seu olhar para o humano em suas situações-limite, vivenciando momentos difíceis de sua existência. Esses conhecimentos, muito embora já fizessem parte, de certa forma, da Ética, puderam Ter nova dimensão sob a ótica da Bioética.

Mas ainda é muito pouco. A reflexão sobre as grandes questões humanas que a Bioética se propõe a provocar fica restrita a uma disciplina ou a alguns

professores e não permeia o curso como um todo. Muito há de se fazer nesse sentido; entretanto, a sua abordagem já representa um avanço.

O estudo de BRONDI (1997) vem mostrar que é possível educar o aluno do curso de Auxiliar de Enfermagem para lidar com situações onde a morte está presente em todas as suas diversidades possíveis. Essa educação proposta pela autora tem a conotação de “conduzir os educandos para novas regiões de seu pensar a morte” e fundamenta-se no referencial heideggeriano de Educação¹³. Os dados de seu estudo permitem ver que o educando precisa ser tocado em sua dimensão existencial e o tema da morte permite e facilita esse acesso. A autora difunde a idéia de que, ao ser consciente de sua condição humana, o futuro cuidador terá melhores possibilidades de chegar-se a outro humano, o qual necessita ser cuidado; as condições básicas para a troca estarão colocadas. Entretanto, é um tema que nunca poderá ser intelectualizado pois as emoções, a ambigüidade, a afetividade estarão sempre presentes, a cada momento de nosso existir.

Em todo o meu processo de crescimento acadêmico pude realizar muitas leituras e discutí-las, assistir a filmes cuja temática permitia, de alguma forma, o emergir de pessoas nas diferentes situações existenciais que a vida se nos coloca, possibilitando-me o exercício contínuo da reflexão, do desenvolvimento da sensibilidade. Todas essas estratégias com certeza contribuíram para aguçar, o meu olhar para o humano. Exercendo a enfermagem, tenho a convicção de que

¹³ CRITELLI, D.M. – Para recuperar a educação. In: Heidegger, M. – Todos nós ninguém: um enfoque fenomenológico do social. Trad. Dulce Mara Critelli. Ed. Moraes, 1981, 72p.

tenho conseguido construir uma relação de compromisso e autenticidade com os pacientes dos quais venho cuidando.

À minha volta posso ver e ouvir de outros profissionais, médicos, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem o envolvimento com o paciente oncológico, também evidenciam sofrimentos de maior ou menor grau e a busca de alívio para esse sofrimento é individual. A maioria dos funcionários de nível médio trabalha em dois lugares e, por serem especializados, trabalham em dois centros de oncologia, dada a carência desse tipo de funcionário. Não há na instituição medidas oficiais para resguardar o bem estar físico e psíquico do funcionário. À medida do possível, quando cabe a mim, os favoreço em termos de escalas, os compreendo como pessoas que sofrem, que acordam cedo, que dormem tarde, que trabalham finais de semanas e feriados, que têm um salário mensal mas que não desfrutam maior privilégio trabalhista por trabalharem na oncologia.

Tento privilegiar o humano trabalhador, muito embora, saiba que é uma atitude desvinculada diante do caráter funcionalista das instituições e, portando, sem condições de resolução dos problemas de desgaste do profissional.

Este estudo não se propôs a de investigar o “burnout” segundo seus sinais e sintomas que o caracterizam enquanto tal. Minha intenção foi andar ao redor desse desgaste, perscrutando-o, não sob a ótica de desgaste enquanto síndrome já discutida, mas ao redor de falas de enfermeiras que vêem, percebem, vivenciam um desgaste pessoal, existencial, no seu cotidiano de cuidar.

Pude mostrar que as ações de enfermagem direcionam-se ao atendimento das necessidades manifestadas pelos pacientes, revelando, desse modo, haver uma confluência de motivos dos que cuidam e dos que são cuidados. Para SCHÜTZ, a reciprocidade dos motivos se dá num ambiente de comunicação comum, elíptico: uma situação e duas perspectivas subjetivas. Cada uma das pessoas envolvidas, contudo, lida com essa característica da situação que, se ela estivesse no lugar da outra, vivenciaria a situação comum da perspectiva da outra, e *vice e versa*. Constitui-se, pelo menos temporariamente num “relacionamento do nós” (WAGNER, 1979, p. 34,35).

A fenomenologia permitiu tematizar, por em evidência o contexto da enfermagem oncológica, vislumbrando, neste contexto, os sujeitos cuidadores como seres que vivem intersubjetivamente esta realidade¹⁵.

A fenomenologia social de SCHÜTZ mostrou a possibilidade de compreensão da ação social, a partir dos motivos existenciais das pessoas envolvidas. Segundo ele, o conhecimento do mundo da vida cotidiana se refere ao significado subjetivo que uma ação tem para o ator. As ciências sociais, diz SCHÜTZ, não podem deixar de incluir este significado subjetivo em seus constructos de segundo nível, sendo estes constructos objetivos típicos, idealizados, “ sistemas teóricos contendo hipóteses gerais verificáveis”. Mas, insiste SCHÜTZ, estas idealizações das Ciências Sociais não podem deixar de lado que eles se reportam “as manifestações humanas, dos fins humanos, do

¹⁵ Para Schütz, “realidade social” é a soma total de objetos e fatos dentro do mundo sócio-cultural, tal como os experimenta o pensamento do sentido comum dos homens que vivem sua existência cotidiana entre seus semelhantes e com os quais vinculam múltiplas relações de interação; é o mundo dos objetos culturais e instituições sociais em que nascemos, movemo-nos e com que devemos entender-nos (SCHÜTZ,1974a, p. 74-5)

planejamento humano, em suma, das categorias da ação humana”(CAPALBO, 2000, p. 294)

Segundo esta abordagem teórico-metodológica, as enfermeiras puderam expressar seus motivos na ação de cuidar de pacientes oncológicos, direcionando-os para a perspectiva de mundo da pessoa doente. Revelaram nessa atitude que o exercício da enfermagem pode revestir-se da possibilidade de encontro intencional entre o cuidador e o cuidado, exercendo influências e sendo influenciadas.

A atenção para com a pessoa do cuidador é uma faceta que necessita ser ser modificada, assistida, assessorada, criando-se espaços de várias naturezas para que essas pessoas possam discutir questões relevantes inerentes ao seu cotidiano de trabalho.

7 Anexos**(Anexo 1)**

Consentimento Livre e Informado**(Anexo 2)**

Nº _____

Solicito sua colaboração no sentido de participar da presente investigação, a qual constitui o tema de minha tese de doutorado em enfermagem.

O objetivo dessa investigação é conhecer o sentido de cuidar em oncologia, atribuído por nós, profissionais de enfermagem e que seus resultados possam servir para subsidiar propostas de intervenção dirigidas aos enfermeiros e à organização a fim de aliviar ou melhorar nosso nível de satisfação profissional no cotidiano da oncologia.

Será proposto uma questão a você participante, sobre o cuidado em oncologia, que será respondida em local tranquilo e privativo.

Não tenho cargo administrativo nesta instituição, sendo que esta tomará conhecimento dos resultados no relatório final, no qual será assegurado o anonimato dos participantes do estudo. Os resultados desta questão serão estritamente confidencial e nenhum caso acessível a outra pessoa.

Pelo presente Consentimento*, declaro que fui informado de forma clara e detalhada, dos objetivos, do procedimento a que serei submetido e dos benefícios da pesquisa.

Fui igualmente informado:

- da garantia de esclarecimentos a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à investigação;
- da liberdade de recusar ou retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim;
- da garantia do sigilo que assegure o caráter privativo das informações envolvidas na pesquisa;

A pesquisadora responsável por esse projeto é Regina Célia Popim, enfermeira, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa dessa instituição hospitalar.

Nome e assinatura do participante:.....

Assinatura da pesquisadora:.....

Data: ____/____/____

* O presente documento, baseado nos artigos IV.1 à IV.3, do Conselho Nacional de Saúde (IN: O Mundo da Saúde – Ano 21; no 21; jan/fev, 1997), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do sujeito pesquisado e outra com o pesquisador.

8 Referências bibliográficas

- ANDRÉ, M.E.D.A.de Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. Cad. Pesq., São Paulo, v.45, p.66-71, maio. 1983.
- ANTUNES, A.V.; SANT'ANNA, L.R. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. Rev. Bras. Enfermagem, v.49, n.3, p.425-34, jul. / set. 1996.
- BARBIEIRI, A.;POPIM, R.C. A morte no contexto da enfermagem obstétrica: uma perspectiva do cuidar. Rev. Gaúcha Enfermagem, v.13, n.2, p.11- 6, jul. 1992.
- BIANCHI, E.R.F. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. São Paulo, 1990. 137p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- BIANCHI, E.R.F. O conceito de stress entre enfermeiros. In: CONGRESSO BRASILEIRO de ENFERMAGEM, 48^o. Anais. São Paulo, 1996.
- BOEMER, M.R. A morte e o morrer. 3. ed., Ribeirão Preto, Holos, 1998. 135p.
- BOEMER, M.R.; SAMPAIO, M.A. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. Rev. Latino-Am.de Enfermagem, v.5, n. 2, p.33-8, 1997.

- BOEMER, M. R. et al. Introduzindo a dimensão existencial do homem na disciplina de fundamentos de enfermagem. Rev. Gaúcha Enfermagem, v.13, n.2, p.11- 6, jul. 1992.
- BRASIL Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. In: O Mundo da Saúde. Ano 21, no 21; jan/fev., 1997.
- BRONDI, M. L. O tema da morte enquanto a possibilidade de acesso à dimensão existencial do educando. Ribeirão Preto, 1997. 125p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- CAPALBO, C. Fenomenologia e ciências humanas. 3. ed. Londrina, UEL. 1996. 133p.
- CAPALBO, C. Metodologia das Ciências Sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz. 2.ed. Londrina, UEL, 1998. 97p.
- CAPALBO, C. Apresentação. In: PINTO DE JESUS. Educação sexual: o cotidiano de pais e adolescentes. Juiz de Fora, Edições FEME, 1999. 100p.
- CAPALBO, C. A subjetividade em Alfred Schütz. Veritas, v. 45, n.2, p.289-298, jun. 2000.

- CARAPINEIRO, G. Nas margens do poder médico: as possibilidades estratégicas. In: CARAPINEIRO et al. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Lisboa, Edições Afrontamento, 1993.
- CARVALHO, A. de S. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. 2. ed. Rio de Janeiro, Agir, 1991. 93p.
- CASTELO BRANCO, A. L. Encontro interativo: assistência de enfermagem psiquiátrica – privilegiando a relação social. Rio de Janeiro, 1999. 114p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- CHAVES, E. C. Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno-noturno. São Paulo, 1994. 136p. Tese (Doutorado) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- COHEN, M.Z. et. al. Rewards and difficulties of oncology nursing. Oncol. Nurs. Forum, v. 21, p. 9-17, 1994. 8 Suppl.
- CORREA, A. C. Do treinamento do enfermeiro à possibilidade da educação em terapia intensiva: em busca do sentido humano. Ribeirão Preto, 2000. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

- CRITELLI, D. M. – Epílogo. In: HEIDEGGER, M. Todos nós ninguém: um enfoque fenomenológico do social. Tradução de Dulce Mara Critelli e Solon Spanoudis. São Paulo, Editora Moraes, 1981. 72p.

- DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo, Cortez/Aboré, 1998. 168p.

- EDELWICH, J.; BRODSKY, A. Stages of disillusionment in the helping professions. New York, Human Sciences Press, 1980.

- FERREIRA, N.M.L.A. A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. Rev. Esc. Enfermagem. USP, v.30, n.2, p.229-53, Ago. 1996.

- FRANÇA, H. H. - A síndrome de Burnout / The burnout syndrome. Rev. Bras. Med, v.44, n.8, p.197-9, Ago. 1987.

- FUSTINONI, S. M. As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social. São Paulo, 2000. 127p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

- HUSSERL, E. A filosofia como ciência do rigor. Trad. Q. Laues, 2. ed. Coimbra, Atlântida, 1965. 73p.

- HUSSERL, E. Idéias relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenologica. Trad. José Gaos. 3. ed. México, Fondo de Cultura Económica, 1986. 529p.
- KASTENBAUM, R.; AISENBERG, R. Psicologia da morte. Trad. Adelaide Petters Lessa. São Paulo, Pioneira - EDUSP, 1983. 445p.
- KOSAKO, F. Quality of studies in nursing science. Kango Kenkyu, v.25, n.3, p.234-48, May-Jun. 1992.
- KOVACS, M. J. A questão da morte e a formação do psicólogo. São Paulo, 1989. 211p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. Trad. Cohen, A. et.al. São Paulo, Hucitec, 1989. 333p.
- LAUTERT, L. O desgaste profissional do enfermeiro. Salamanca, 1995. 275p. Tese (Doutorado em psicologia) - Universidade Pontifícia de Salamanca.
- LEININGER, M. Caring: a central concern of nursing services and health care. Nurs. Health. Care, v.1, n.3, p.135-43, Oct.1980.

- LEININGER, M. Care the essence of nursing and health. In: LEININGER, M
et al - Care the essence of nursing and health. Thorofare, 1984, cap.1, p.
3-15.

- LEWIS,A.E. Reducing Burnout: development of an oncology staff bereavement
program. Oncol. Nurs. Forum, v.26, n.6, p.1065-69, 1999.

- LUNARDI FILHO, W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à
organização do processo de trabalho da enfermagem. Porto Alegre, 1995.
288p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Econômicas,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

- MARQUIS, S. Death of nursed: burnout of the provider. Omega, v.27, n.1,
p.17-33, 1988.

- MARTINS, J. Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como
poiésis. São Paulo, Cortez, 1992. 142p.

- MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. A pesquisa qualitativa em psicologia:
fundamentos e recursos básicos. São Paulo, EDUC/Moraes, 1989. 110p.

- MASLACH, C. Burnout: the lost of caring. Englewood Cliffs, Prentice Hall,
1982.

- MAST, M. Are we preparing student nurses for oncology practice? ONS News, v. 15, n.9 Sept, 2000.

- PAPADATOU, D.;ANAGNOSTOPOULOS, F.;MONOS,D. Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. Br. J. Med. Psychol., v.67 (Pt 2) p.187-199, Jun. 1994.

- PARGA NINA, L. (Coord) Estudo das informações não estruturadas do ENDEF e de sua interpretação com os dados quantificados. Rio de Janeiro, IBGE, 1976. 215p. Pt.1. 2v.

- PINTO de JEJUS, M.C. Educação sexual: o cotidiano de pais e adolescentes. Juiz de Fora, Ed. FEME, 1999. 100p.

- PITTA, A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo, Hucitec, 1990. 198p.

- POPIM, R.C.; BARBIERI, A. O significado da morte perinatal - depoimento de mães. Rev. Gaúcha Enfermagem, v.11, n.1, p.33-4, Jan. 1990.

- POPIM, R.C.; BOEMER, R.M O que é isto, o tratamento quimioterápico? uma investigação fenomenológica. Rev. Ciencia y Enfermaria. Concepción. Chile. v.1, n.1, p.66-76, 1999.

- RABINOWITZ, S. et. al. Preventing Burnout: increasing professional self efficacy in primary care nurses in a Balint group. Am. Assoc. Occup. Health Nurses, v.44, n.1, p.28-32, Jan. 1996.
- RADÜNZ, V. Cuidando e se cuidando: fortalecendo o Self do cliente oncológico e o Self da enfermeira. Goiânia, AB – Editora, 1998. 63p.
- RODRIGUES, B. M. R. D. O cuidar de crianças em creche comunitária: contribuição da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz. Londrina, UEL, 1998. 74p.
- SALGADO, Z. O Significado do teste anti-HIV para o cliente: uma perspectiva de compreensão. Rio de Janeiro, 1993. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro.
- SANTOS, L.C.G. dos Necessidades de familiares da pessoa internada em unidade de terapia intensiva: uma perspectiva compreensiva para a humanização do cuidar. Rio de Janeiro. 1998. 116p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- SANTOS, M.L. dos O trabalho dos anjos de branco: um estudo em Hospital Geral Público. Saúde em Debate, v. 51 p. 69-74. Junho, 1996.

- SCHNEIDER, C. A. R. História da Fundação Antônio Prudente. Acta Oncol. Bras. v. 9, p.7-11, 1989.
- SCHÜTZ, A. El problema de la realidad social. Traducción Néstor Miguez. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1974a. 327p.
- SCHÜTZ, A. Estudios sobre teoría social. Traducción Néstor Miguez. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1974b. 277p.
- SCHÜTZ, A. Fenomenologia del mundo social: introducción a la sociología comprensiva. Traducción Eduardo J. Prieto. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1972. 279p.
- SHIMIZU, H.E.; CIAMPIONE, M.H.T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital Escola. Rev. Esc. Enfermagem. USP, v.33, n.1, p. 95-106, Mar. 1999.
- SILVA, V.E.F. da O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. São Paulo, 1996. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

- TOCANTINS, F.R. O agir do enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde: análise compreensiva das necessidades e demandas. Rio de Janeiro. Rev. Enf. Esc. de Enfermagem Anna Nery, v.1, p. 143-59, jul.1997. (n. especial)

- WAGNER, H. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz. Rio de Janeiro, Zahar, 1979. 319p.

- ZIEGLER, J. Os vivos e a morte: uma sociologia da morte no ocidente e na diáspora africana no Brasil e seus mecanismos culturais. Rio de Janeiro, Zahar Ed, 1977. 320p.