

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

FABIANA BARCELLOS TEIXEIRA

**O ENFRENTAMENTO EMOCIONAL DE ENFERMEIROS CUIDADORES DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Porto Alegre

2006

FABIANA BARCELLOS TEIXEIRA

**O ENFRENTAMENTO EMOCIONAL DE ENFERMEIROS CUIDADORES DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Projeto do Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Isabel Pinto Coelho Gorini

Porto Alegre

2006

AGRADECIMENTOS

Expresso meus agradecimentos:

A Deus, pelo dom da vida, por guiar meus passos e por ter permitido que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais, Fernando e Eloá, por todo esforço, dedicação e apoio que dispuseram a mim durante toda a Faculdade. Aos meus irmãos, Nanda e Mano. À Nanda pelo exemplo de força, luta e perseverança; ao Mano pelo carinho, companheirismo e ajuda técnica nos momentos de sufoco em frente ao computador.

Ao Rodrigo, meu amor, amigo e companheiro, incansável presença em todas as horas desde o 2º semestre de Faculdade.

À minha orientadora Profª Dra. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini, que ao longo deste estudo acreditou na minha capacidade, incentivou e respeitou minhas idéias.

A duas professoras especiais que contribuíram muito, nas etapas iniciais, para realização desta pesquisa: Vera Portela e Maria Luisa Ludwig.

RESUMO

Nesta pesquisa com delineamento qualitativo objetivou-se encontrar de que maneira que os enfermeiros de unidades de internação clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre lidam com as emoções e reações despertadas pelo paciente oncológico. Para isso foi utilizada uma entrevista semi-estruturada e na análise identificaram-se quatro categorias: reações frente ao diagnóstico de câncer, emoções envolvidas no cuidado, manejo das emoções frente ao paciente oncológico e sugestões para o enfrentamento emocional dos enfermeiros. Nesse sentido, observou-se que as reações dos enfermeiros frente ao diagnóstico de câncer variaram desde aqueles que oferecem um cuidado individualizado, priorizando as necessidades de cada paciente, àqueles que vêem o câncer como uma outra doença qualquer ou simplesmente “ignoram” o diagnóstico de seus pacientes. O cuidado do paciente oncológico despertou diferentes sentimentos em seus cuidadores, tais como, compaixão, angústia e sofrimento. Para enfrentar estas situações, alguns enfermeiros optaram por uma maior aproximação emocional, de modo a entender melhor as carências do paciente, enquanto outros preferiram proporcionar um trabalho técnico especializado. As situações de assistência consideradas difíceis foram relacionadas à deficiência de apoio psicológico ao cuidador. A maioria dos enfermeiros ouve as queixas dos doentes, mas não sabe o que poderia fazer para ajudá-lo ou então procura se abster deste compromisso. Isso acontece devido à falta de conhecimentos específicos e habilidades expressivas para promoverem o apoio psicológico adequado. Quando precisam de ajuda lembram da psicologia e psiquiatria como suporte necessário, mas que se faz ausente.

Descritores: enfermagem oncológica, cuidados de enfermagem, oncologia

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Categoria- Reações emocionais frente ao diagnóstico de câncer	19
Quadro 2- Categoria- Emoções envolvidas no cuidado	22
Quadro 3- Categoria- Manejo das emoções frente ao paciente oncológico	25
Quadro 4- Categoria- Sugestões para o enfrentamento emocional dos enfermeiros	28

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVO	8
2.1	Objetivo geral	8
2.2	Objetivo específico	8
3	REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1	Aspectos gerais relacionados ao câncer	9
3.2	Emoções na enfermagem oncológica	10
4	METODOLOGIA	14
4.1	Tipo de estudo	14
4.2	Campo de estudo	14
4.3	População e amostra	14
4.4	Coleta de dados	15
4.5	Análise dos resultados	16
5	CONSIDERAÇÕES BIOÉTIICAS	18
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	19
6.1	Reações diante do diagnóstico de câncer	19
6.2	Emoções envolvidas no cuidado	22
6.3	Manejo das emoções frente ao paciente oncológico	24
6.4	Sugestões para o enfrentamento emocional dos enfermeiros	28
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	34
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	37
	APÊNDICE B – Instrumento para Coleta de Dados	38

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um processo patológico que inicia quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA. É uma doença degenerativa crônica associada ao envelhecimento da população. Segundo dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000) de 1980-2000 o índice do grupo de pessoas com 65 anos ou mais cresceu, e, de 1990-2004, a esperança de vida ao nascer subiu de 66 para 72 anos. Esses dados se refletem na estimativa de novos casos de câncer que a cada ano aumenta (SMELTZER; BARE, 2005).

Dados do Instituto Nacional do Câncer (2006) mostram que 472.050 brasileiros devem ser diagnosticados com algum tipo de câncer em 2006. Mundialmente a neoplasia que mais acomete a população é a pulmonar, no Brasil os tipos de cânceres mais incidentes, à exceção dos de pele não melanoma, são os de próstata e pulmão em homens e mama e colo de útero em mulheres, acompanhando o perfil da magnitude observada no mundo.

O Rio Grande do Sul é, e continuará sendo o Estado, com a maior incidência de câncer de todos os tipos. Provavelmente isso se deva aos bons registros e notificações da doença, mas o fato é que para 2006 estima-se 477,5/100.000 gaúchos e 430,18/100.000 gaúchas sejam acometidas por alguma neoplasia maligna. Para os homens tem-se a maior incidência com os cânceres de próstata seguidos dos de traquéia, brônquios e pulmões e cólon e reto; para as mulheres câncer de mama seguido de cólon e reto (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2006).

A enfermeira que trabalha com câncer deve estar preparada para apoiar o paciente e a família em todos os aspectos: físico, emocional, social, cultural e espiritual (SMELTZER; BARE, 2005). O conteúdo dos sentimentos e emoções é extremamente importante para nós, que atuamos na área da saúde, para podermos entender e aceitar a carga emocional proveniente de nossos clientes, assim como para termos à percepção do que nós despertamos nos mesmos.

Na minha concepção a oncologia sempre esteve associada com terminalidade/morte e sofrimento. Durante estágio curricular feito no Ambulatório de Quimioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) na vigência do 5^o semestre, me deparei com a tristeza de algumas pessoas que lá estavam fazendo seus ciclos quimioterápicos. Entre

um e outro encontrei quem se mostrasse corajoso e forte frente ao tratamento, mas essas pessoas pelo que pude avaliar se comportavam assim por possuírem recursos internos próprios bem estabelecidos. Acredito que vários daqueles pacientes e outros atuais necessitem de apoio emocional, e a pessoa mais indicada para isso, por estar mais perto nesse momento, na minha concepção, é a enfermeira.

Essa enfermeira, prestadora de cuidado, também é um ser humano e como tal tem suas dificuldades, fraquezas e emoções, condições estas que devem ser superadas para dar um bom suporte assistencial aos pacientes. Por essa razão, me motivei a tentar identificar quais as emoções presentes no trabalho de Enfermagem com o paciente oncológico e verificar de que forma é realizado o enfrentamento dessas situações pelos enfermeiros no dia-a-dia da assistência de enfermagem.

Tendo em vista, a fundamental importância da análise das relações interpessoais entre enfermeiros e esse determinado grupo de pacientes, já que os enfermeiros precisam identificar suas próprias reações frente ao câncer e estabelecer metas cabíveis à prática para enfrentar os desafios inerentes ao cuidado de pacientes com essa doença, espero que as experiências descritas sirvam de apoio para outros profissionais, enfermeiros e acadêmicos. Na pretensão de melhorar a assistência em saúde é necessária a busca constante do conhecimento dos processos fisiopatológicos, mas também das questões emocionais envolvidas no cuidado aos nossos clientes. Diante disso surge o seguinte questionamento:

Como são manejadas, pelos enfermeiros as emoções despertadas pelo trabalho com os pacientes oncológicos?

Essa é a questão que foi problematizada durante a realização deste estudo.

2 OBJETIVOS

Neste capítulo são apresentados os objetivos desta pesquisa.

2.1 Objetivo geral

A pesquisa teve como objetivo geral o propósito de:

Compreender o enfrentamento emocional de enfermeiros cuidadores de pacientes oncológicos.

2.2 Objetivo específico

Foram três os objetivos específicos:

- a) Compreender as emoções que envolvem os enfermeiros neste cuidado.
- b) Detectar o manejo das emoções dos enfermeiros que emergem deste cuidado.
- c) Descrever as sugestões para o enfrentamento emocional dos enfermeiros.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo visa fundamentar teoricamente o estudo das emoções, com enfermeiros. Neste, são abordados conceitos básicos relacionados ao câncer e emoções na enfermagem oncológica, para sua compreensão.

3.1 Aspectos gerais relacionados ao câncer

Os tumores malignos em sua maioria, permanecem com causa desconhecida. Mutações nas seqüências do DNA, levando à expressão anormal ou desregulada de proto-oncogenes ou deleção de genes supressores tumorais (ou ambos os processos) têm sido relacionado à proliferação celular anormal. O papel dos oncogenes é codificar para receptores de fatores de crescimento celular, fatores de crescimento ou elementos de mecanismo proliferativo das células cancerosas (RUGO, 2004).

O mesmo autor descreve que os genes de supressão tumoral codificam para proteínas reguladoras que normalmente suprimem a proliferação celular. O câncer é resultado dessas e de outras alterações que podem ser devidas à exposição ambiental, suscetibilidade genética, agentes infecciosos, entre outros.

De acordo com Smeltzer e Bare (2005) o diagnóstico de câncer é baseado na análise das alterações fisiológicas e em resultados de investigação diagnóstica. Os pacientes que investigam câncer devem passar por vários exames para detectar a presença do tumor e sua extensão; presença de metástase; avaliação dos sistemas orgânicos; obtenção de tecidos e células para análise histológica; incluindo análise de estagiamento do tumor.

Existem várias opções de tratamento de acordo com o tipo e estágio da doença, além do estado de saúde do paciente. É necessário ter-se em mente os objetivos possíveis com cada modalidade de tratamento. Essas metas vão desde a erradicação da doença (cura), à melhora da sobrevida ou apenas ao alívio dos sintomas. Tanto a equipe de saúde quanto os familiares devem estar cientes daquilo que almejam com a conduta que está sendo empregada.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que no ano de 2020 o câncer seja a principal causa de morte tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, exceção feita à região africana próxima ao deserto do Saara, (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2004). Nesse sentido, nos últimos anos vem sendo enfatizado o esforço dos profissionais da saúde no âmbito da atenção primária do combate ao câncer, e não mais com prevenção terciária como era tradicionalmente. A prevenção primária visa à redução dos riscos em pessoas saudáveis. Já a prevenção terciária refere-se ao diagnóstico precoce seguido de intervenção imediata para conter o processo canceroso (SMELTZER; BARE, 2005).

3.2 Emoções na Enfermagem Oncológica

Segundo Ferreira (1996) a interação com o paciente exige do enfermeiro envolvimento emocional. Tal envolvimento deve buscar um funcionamento terapêutico, para que o enfermeiro reconheça ser um elemento participante do relacionamento, e juntamente esteja ciente de seus sentimentos e suas emoções em determinadas situações. Contudo “buscar um funcionamento terapêutico”, não é tão simples, haja vista as dificuldades encontradas em lidar com nossas emoções.

Françoso (1996) refere que os profissionais em geral, durante a formação, são preparados para trabalhar com a doença e a morte de uma forma irreal e idealizada, não condizendo com a necessidade de enfrentamento do dia-dia. A idéia de que a meta única é a cura da doença e o sentimento de onipotência vivido em diversas situações durante a formação acadêmica dificulta o atendimento aos pacientes com doença oncológica.

Ferreira (1996) comenta que existem muitos fatores que afetam nossa capacidade de comprometimento de forma emocionalmente madura. Primeiramente devemos ter o conhecimento e a aceitação de nós mesmos como entidade distinta e a capacidade concomitante para percebermos os outros como seres humanos únicos. Também nesse sentido as instituições de ensino comumente falham em orientar o lado humano do acadêmico, na medida em que apresentam o paciente como um objeto de estudo, não o priorizando como indivíduo.

De acordo com Carvalho e Merighi (2005), o profissional de saúde tem várias formas de chegar perto dos mais intocáveis sofrimentos do ser humano, englobando o envolvimento com a morte e até mesmo o “combate à agonia”, sendo necessário estar completamente disponível nos campos pessoal e profissional, contando também com seu autoprocesso de saúde mental. Não podemos nos esquecer que no caso do paciente oncológico, onde situações limítrofes entre vida e morte são freqüentes, várias vezes o profissional ao identificar-se com o próximo coloca em teste seu controle mental.

Entretanto, Françoso (1996) mostra um outro lado, que é a possibilidade de uma conduta profissional presente, dedicada, evidenciada pela proximidade em demasia e invasiva, bem como a super estimulação das questões emocionais dos problemas dos pacientes. Nesse sentido faz-se necessário planejamento e análise cuidadosa da assistência profissional, ou seja, devemos ter uma visão racional do paciente e de seu problema de saúde considerando também seus conflitos emocionais, de modo a promover racionalmente o melhor atendimento para o mesmo.

Ferreira (1996), afirma que velhos preceitos da Enfermagem, tendo em destaque preconceitos ao envolvimento emocional com o paciente, formam tanto pólos de referência como de oposição para uma categoria profissional que busca um equilíbrio entre o modo de ensinar e o modo de assistir o ser humano, permitindo também não se anular como pessoa, neste processo. De outra maneira é angustiante, pois tal mudança implica na valorização e interpretação das relações interpessoais e não somente órgãos e sistemas. Este questionamento nos faz deixar um pouco de lado a atuação mecanicista, para voltar o olhar para um terreno expressivo da assistência que é o campo das emoções.

A mesma autora revela que vários autores encontram dificuldades na terminologia para descrever a vida emocional. Thums (1999) acredita que o ato de sentir é como estar em alguma coisa. Por exemplo, estar em uma situação, em outro ser humano ou em um processo, entre outros. Levando em consideração tal dificuldade, é sabido da busca da Psicologia em desvendar quais são as emoções básicas que levam o comportamento humano a inúmeros meios de adaptação. Tais emoções demonstraram-se ser: raiva, medo, surpresa, tristeza, aversão, expectativa, desgosto e aceitação; estas moldam nosso comportamento na sociedade, da mesma forma que moldam a relação enfermeiro-paciente. Portanto, o profissional deve encontrar meios de modular cada um destes sentimentos a fim de construir uma interação saudável com os indivíduos que dependem de seus cuidados.

Levando-se em conta a particularidade do paciente oncológico, o enfermeiro deve saber controlar suas expectativas, tristezas e frustrações para que estas não norteiem sua conduta.

O enfermeiro inevitavelmente deve estudar e conjugar seu trabalho com emoção, pois convive com pessoas doentes, conseqüentemente com suas tristezas, sofrimento e a vulnerabilidade humana (FERREIRA, 1996). As emoções e sentimentos humanos são guias não somente da nossa conduta, mas também do conhecimento que permeia nossas ações. Segundo Silva e Zago (2001) o cuidado do paciente oncológico exige, entre outras qualidades, conhecimento, saber as necessidades do outro e como fazer para ajudá-lo nesse processo.

Ferreira (1996), diz que as emoções sofrem interferências das questões morais e éticas da sociedade, principalmente na sua maneira de representação. Cultural e historicamente a enfermagem demonstra um estigma de atributos morais, submissão, dedicação completa e espírito de servidão. Para obtermos o entendimento da vivência e do enfrentamento emocional na assistência é preciso levar em conta esse contexto que agrega ainda a formação acadêmica fundamentada no moralismo e autoritarismo. Para nos desvencilharmos desse estigma é essencial o desenvolvimento humano, pois afirma Thums (1999) que quanto maior for à capacidade do ser humano de modificar seu comportamento, atitudes e valores, mais possibilidade terá de desenvolvimento, introjeção do contexto social e adaptação às ações coletivas.

Corroborando com esse pensamento, Silva e Zago (2001) colocam que a percepção que o enfermeiro apresenta com relação às respostas comportamentais, às atitudes, ao sofrimento do paciente e à crença sobre a não eficácia dos tratamentos reflete os conhecimentos culturais que esses profissionais construíram durante sua formação pessoal e profissional. Portanto, seria importante avaliar esses aspectos no momento de selecionar os profissionais que atuarão nesta área para garantir ao mesmo tempo um bom atendimento ao paciente e satisfação pessoal a quem lhe oferece assistência.

Smeltzer e Bare (2005) ressaltam que o enfermeiro deve além de avaliar o enfrentamento do paciente e sua família diante do diagnóstico de câncer, ajudar na organização das dúvidas e preocupações com a doença; deve reconhecer pessoas e organizações que prestem apoio repartindo as preocupações entre si. Tais atitudes refletem obrigação e responsabilidade muito grande, adicionando-se assim ao carregado processo emocional pré-estabelecido pelo trabalho com pacientes oncológicos.

A equipe de enfermagem recebe diretamente uma bagagem muito grande de estresse. Trabalhar diariamente com a realização de tarefas repugnantes, sofrimento das pessoas, incerteza da cura e perspectiva da morte são algumas situações causadoras desse estresse (FERREIRA, 1996). Diante disso faz-se necessário à obtenção de “válvulas de escape” para dispersar tamanha carga emocional.

Os enfermeiros incorporaram ao seu trabalho diversos mecanismos de defesa para controlar suas emoções, almejando diminuir a ansiedade para proporcionar uma boa assistência. Mesmo assim, em determinadas situações como, por exemplo, lidar com uma criança mutilada estes mecanismos falham (FERREIRA, 1996). Como todo ser humano, às vezes falhamos em nosso autocontrole, isso nos remete constantemente a buscar um adequado manejo emocional. Desse modo, é necessário aprimorar os conhecimentos e habilidades de maneira que permita ao enfermeiro cuidar do paciente oncológico e sua família com segurança e eficiência (SILVA; ZAGO, 2001).

Para Ferreira (1996), quando se trata de atendimento a pacientes em estado crítico ou com doença crônico-degenerativa que internam várias vezes e têm longos períodos de internação, como os pacientes oncológicos, as dificuldades emocionais tornam-se maiores. Realmente, quando criamos vínculo com os pacientes, é mais difícil tolerar o sofrimento dos mesmos e ajudá-los a superar tal questão. No entanto isso é necessário, pois como dito anteriormente uma visão racional do paciente e de seu problema não pode ser deixada de lado, de modo a oferecer os cuidados adequados para cada tipo de situação.

Scherer, Scherer e Labate (2002, p. 12) revelam em seu estudo que os enfermeiros acreditam poderem encontrar benefício e apoio com a ajuda “de seus pares especialistas em psiquiatria junto ao seu trabalho”. O enfermeiro psiquiátrico, que atua de forma parecida com os psiquiatras, pode perfeitamente atender as necessidades do doente, sua família ou mesmo da equipe de saúde. Ele pode colaborar na orientação dos enfermeiros e membros da equipe de enfermagem, assim como nos programas de educação continuada, os quais devem ser voltados para o impacto emocional causado pela doença, tanto no paciente, sua família como nos seus cuidadores.

4 METODOLOGIA

A seguir está descrita a metodologia utilizada neste estudo.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com delineamento qualitativo. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) a pesquisa qualitativa geralmente é descrita como holística (compreende o indivíduo com o seu ambiente em todas as suas complexidades) e naturalista (não impõem limites ao pesquisador).

Seguem os autores comentando que “os pesquisadores qualitativos coletam e analisam materiais pouco estruturados e narrativos que propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividade dos seres humanos” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 270).

Goldim (2000) considera a pesquisa qualitativa como essencialmente descritiva repleta de significados que relacionados com o ambiente onde ocorrem e a participação do pesquisador, assumem conotações diversas, tendo como perspectiva principal a visão do processo.

4.2 Campo do estudo

A pesquisa realizou-se em unidades de internação clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

4.3 População e amostra

A população deste estudo foi composta pelos enfermeiros das unidades de internação clínica do HCPA. A amostra contou com 10 enfermeiros dos turnos da manhã e tarde.

Os critérios para inclusão no estudo foram: ser enfermeiro de unidade clínica e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ficaram excluídos aqueles que recusaram o convite de participação na pesquisa.

4.4 Coleta de dados

Segundo Pope e Mays (2005, p. 67) “a coleta de dados deve ser direcionada para o desenvolvimento de uma estrutura analítica que facilite a interpretação dos achados”.

Os dados da pesquisa foram coletados pela própria pesquisadora através de uma entrevista semi-estruturada, o que deu liberdade de expressão de idéias aos participantes (BARROS; LEHFELD, 2004).

Segundo Trentini e Paim (1999) a entrevista semi-estruturada baseia-se em tópicos relacionados ao tema do estudo. Conforme a interação entre o entrevistado e o entrevistador progride, surge a oportunidade de aprofundar o assunto de acordo com o tema da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE B) apresentou 04 questões. As coletas foram realizadas nas salas de passagem de plantão das unidades. Houve o cuidado de usar um ambiente sem interrupções ou outras ocorrências que poderiam interferir no bom andamento da entrevista.

A abordagem primária era feita junto ao enfermeiro no lugar onde o mesmo se encontrasse na unidade. Então, era realizada a apresentação pessoal da apresentadora, da pesquisa, dos objetivos do estudo, aspectos éticos, tempo de duração da entrevista e o enfermeiro era convidado para participar do estudo. Após o seu aceite nos dirigíamos até a sala de passagem de plantão onde era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) o qual era solicitado que o entrevistado assinasse, bem como a pesquisadora, e lhe era fornecido duplicatas, permanecendo os originais com a pesquisadora.

Os dados foram gravados e posteriormente transcritos pela pesquisadora. O tempo estimado de entrevista foi de 25 minutos.

Os diálogos e transcrições ficarão sob guarda da pesquisadora por cinco anos, após divulgação dos resultados. Passado este tempo serão destruídos.

4.5 Análise dos resultados

A análise dos dados foi realizada através da Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2004). A organização da análise deste trabalho conta com as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Segue abaixo uma breve descrição de cada uma delas, a fim de clarear a análise escolhida para esta pesquisa.

A pré-análise é a fase de organização. Tem por objetivo tornar operacional e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações. É dividida em: leitura flutuante (consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações), escolha dos documentos (regra da exaustividade: não se pode deixar de fora qualquer um dos elementos; regra da representatividade: a análise da amostra deve representar o universo; a regra da homogeneidade: os documentos retidos devem ser homogêneos; e a regra da pertinência: os documentos retidos devem ser adequados), formulação das hipóteses e dos objetivos, referência dos índices e a elaboração de indicadores, preparação do material (antes da análise propriamente dita o material reunido deve ser preparado).

Na segunda fase, a exploração do material, ocorre à análise propriamente dita. É a fase mais longa e exaustiva, consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas (categorização dos dados).

Na terceira fase, há o tratamento dos dados obtidos e a interpretação desses. Os resultados brutos são tratados de maneira a tornarem-se significativos e válidos, dividindo-se em categorias e subcategorias. Nesta etapa o analista pode propor inferências e

interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2004).

5 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

Foi fornecido aos enfermeiros que concordaram em participar do estudo um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que foi assinado antes do início da entrevista, quando foram explicados os objetivos do estudo, ficando uma cópia com o entrevistado e uma com a pesquisadora. Nesse termo ficou assegurado o direito às informações sobre a pesquisa, a participação voluntária, o sigilo em relação à identificação dos participantes, o direito de recusar-se a responder quaisquer das questões e a retirada do estudo durante a entrevista sem haver prejuízos em seu trabalho.

Víctora, Knauth e Hassen (2000, p. 85) afirmam que “o pesquisador deve buscar ser útil para as pessoas convidadas a participarem de um projeto ao dar as informações necessárias para que os mesmos tomem decisões que atendam aos seus melhores interesses”.

Seguindo as etapas propostas por estes autores, ficou esclarecido aos entrevistados antes da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A) as informações sobre o projeto (título e objetivos do estudo); danos, riscos e desconfortos (a entrevista teve duração estimada em 25 minutos, não causando transtornos ao trabalho do enfermeiro); os benefícios (este trabalho trará um benefício educacional para o desenvolvimento de novas condutas no âmbito hospitalar); voluntariedade (ficou assegurado que na haveria qualquer prejuízo se aceitasse ou recusasse participar da pesquisa, o enfermeiro poderia recusar-se a responder quaisquer das perguntas e poderia cancelar sua participação em qualquer momento da entrevista); privacidade e anonimato (garantiu-se a preservação do anonimato do enfermeiro).

O Projeto deste estudo, após sua aprovação pela comissão da Disciplina de Trabalho de Conclusão I da Escola de Enfermagem, foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da mesma escola e após, ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para aprovação do mesmo. Foi aprovado sob o número 06313. Nesta pesquisa foram protegidos os direitos dos sujeitos participantes, respeitando a beneficência, dignidade humana e justiça, segundo Goldim (2000).

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A leitura minuciosa das transcrições dos dados coletados teve como finalidade captar a presença dos aspectos comuns nas falas dos enfermeiros que participaram do estudo, isto é, as convergências que permitiram o emergir das subcategorias temáticas concretas, pois as categorias, empíricas, já estavam formuladas. A análise e a interpretação dos significados apreendidos dos relatos demonstraram-se suficientes para a compreensão do fenômeno deste estudo. A apresentação e discussão dos resultados são demonstradas a seguir.

6.1 Reações diante do diagnóstico de câncer

Esta dimensão emergiu da necessidade de compreensão das reações dos profissionais enfermeiros envolvidos no processo de cuidado com o paciente oncológico. Esta categoria se constituiu neste estudo por reações diferenciadas, condição que se desvelou nas estruturas teóricas: indiferença/negação ao diagnóstico e cuidado humanizado/individualização do paciente.

Subcategorias	Temas
Indiferença/negação ao diagnóstico	<p><i>[...] não importa o diagnóstico, eu trato todos iguais. (S₂)</i></p> <p><i>[...] postura profissional de cuidar. Procuro fazer tudo o que eu puder pelo paciente. (S₃)</i></p> <p><i>[...] com o tempo isso passa a ser normal. [...]. (S₄)</i></p>
Cuidado humanizado/individualizado	<p><i>[...] depende do tipo de câncer, depende do tipo de paciente [...]. (S₅)</i></p> <p><i>[...] reajo de acordo com o que o paciente está esperando de mim. (S₆)</i></p> <p><i>[...] é preciso esperar, aguardar, para a pessoa dar a sua opinião a respeito daquilo.</i></p>

	<p><i>Se “ele” necessitar a gente vai estar ali ao lado. (S₆)</i></p> <p><i>Quando o paciente tem uma idade avançada é mais fácil aceitar o diagnóstico. Agora quando é um paciente jovem eu fico mais sensibilizada. (S₈).</i></p>
--	---

Quadro 1- Categoria - Reações diante do diagnóstico de câncer

A indiferença segundo Rocha, é o estado de quem não tem inclinação nem repugnância em relação a alguma coisa; frieza de ânimo (INDIFERENÇA, 2006, p.432). A maneira de ser do cuidador de enfermagem no ambiente de cuidado expressa suas vivências, experiências, seus sentimentos e emoções de forma singular, tornando o seu atendimento uniformizado independente da situação do paciente, como demonstram as falas de S₂, S₃ e S₄, (Quadro 1). Vale ressaltar novamente que a subcategoria indiferença/negação refere-se ao diagnóstico de câncer, não significando que o atendimento ao paciente será negligenciado por esses profissionais.

Para Rocha (2005), os sentimentos não são explicados racionalmente, não podem ser inflexíveis, ordenados, por nós mesmos ou pelos outros; eles fluem naturalmente. Em certas ocasiões os sentimentos fogem de nossa compreensão, mas nessa área nada tem de ser desta ou daquela maneira. Tudo depende das idéias ou emoções, do sentido que cada situação tem para cada pessoa.

A subcategoria do cuidado humanizado/individualizado tem com objetivo apresentar a particularidade emocional dada para cada um dos clientes. O câncer é uma doença que atinge pessoas de todas as cores, idade e ambos os sexos, ou seja, não faz distinção. Nos depoimentos podemos perceber que há maior sensibilização quando se trata da doença em pacientes jovens e dependendo do tipo de câncer desenvolvido, demonstrado nos diálogos de S₅ e S₈ (Quadro 1). Isso é de fácil compreensão, pois pacientes jovens ainda não completaram todas as etapas da vida e para nós, todos devem cumprir o ciclo normal; nascer, crescer, envelhecer e morrer. Em relação ao tipo de câncer, sabemos que alguns têm pior prognóstico, são mais agressivos, portanto o seu diagnóstico representa uma “sentença de morte”, o que várias vezes perturba sobremaneira o profissional.

Ainda em se tratando dos pacientes de baixa idade, Rocha (2005) nos traz a adolescência como o período mais conflituoso da vida. Há intensas mudanças físicas,

início da vida sexual e transição da fase de criança protegida pelos pais para a vida independente. Num momento delicado como esse aparecer também uma doença que limita muitas vezes o viver em sociedade transforma a aparência da pessoa de forma que ela pode ser facilmente reconhecida como portadora de câncer, que culturalmente tem um estigma ruim, gera um estresse psicológico muito grande e no hospital o cuidador sente isso diretamente compadecendo-se daquela pessoa. Com o adulto jovem esse sentimento de compadecer também é compartilhado, devido ao fato de ser o início de uma vida profissional, de um casamento e da vinda dos filhos; situações muitas vezes interrompidas.

No que diz respeito à subcategoria indiferença/negação, de acordo com Hales e Yudofsky (2006), negação é uma forma de tornar nula uma informação desagradável ou não desejada, e conviver como se aquilo não existisse. É uma rejeição direta a um dado traumático, se trata de uma defesa contra o mundo externo. Na literatura psiquiátrica encontramos definida a negação como um mecanismo de defesa do ego, um recurso de proteção relativo à ansiedade, fazendo a ponte entre as cobranças do id e as restrições do superego.

A narrativa do S₄ (Quadro 1) pode ser interpretada, além de uma forma de indiferença, como um mecanismo de negação, pois quando refere que com o tempo a patologia câncer passa a ser normal, que é só mais uma doença, significa que essa pessoa não se envolve com as emoções do paciente. O S₄ (Quadro 1) nega a presença de um câncer com todas suas repercussões psicológicas em quem está acometido, priorizando um atendimento técnico especializado. Esta reação frente ao diagnóstico de uma patologia tão grave e peculiar pode ocasionar dificuldades no adequado manejo emocional do enfermeiro, trazendo também prejuízos para a relação cuidador-cuidado.

Kübler-Ross (1998), refere que a negação é usada pela maioria dos pacientes em algum estágio da doença; esta atua como um escudo após notícias ruins e inesperadas para, aos poucos, o paciente ir se recuperando, enquanto tenta encontrar outros mecanismos de enfrentar sua doença. Essa negação pode ser praticada pelo enfermeiro na medida em que já teve um familiar com câncer ou se ele tem medo que alguém de sua família possa vir a ter. Então, o mesmo passará agir de maneira que não se defronte com a doença, preferindo uma atuação mecanicista em detrimento de um envolvimento emocional.

Ainda de acordo com Kübler-Ross (1998), a equipe de saúde perde muito evitando estes pacientes. Pois, segundo a autora se estamos interessados em aprender os

mecanismos do comportamento humano de adaptação e proteção, não existe lugar melhor do que permanecer ao lado do paciente, porque assim há possibilidade de se criar um vínculo e então, poderemos servir de apoio.

6.2 Emoções envolvidas no cuidado

O relacionamento com pacientes desperta alguns sentimentos nos cuidadores, como descrito no quadro abaixo.

Subcategorias	Temas
Pena/Compaixão/Compadecimento	<p><i>Com certeza medo, pena, também um pouco de constrangimento porque a gente sabe que está aqui para ajudar e não vai conseguir ajudar. (S₁)</i></p> <p><i>[...] tudo depende da empatia que tu tens com o paciente. [...] tu te compadeces com a pessoa. (S₆)</i></p> <p><i>Sentimento de pena [...]. Tu sabes que aquela pessoa não tem sobrevida boa e muito menos mais longa. (S₇)</i></p>
Ansiedade/Angústia	<p><i>[...] ansiedade também. (S₁)</i></p> <p><i>[...] perda, solidão, angústia. (S₃)</i></p> <p><i>[...] a gente fica ansiosa junto com o paciente. (S₉)</i></p>
Sufrimento	<p><i>[...] quando eles são jovens me choca [...]. (S₄)</i></p> <p><i>[...] uma pessoa jovem que tenha filhos, por exemplo, teu sofrimento acaba sendo maior. (S₅)</i></p> <p><i>Acho que a questão psicológica fica afetada. A gente fica muito fragilizada [...] vem à cabeça uma série de pensamentos ruins. (S₁₀)</i></p>

Quadro 2- Categoria - Emoções envolvidas no cuidado

Os profissionais da saúde, especialmente os que trabalham com as repercussões do câncer na vida, sofrem as intercorrências da doença e suas situações extremas do diagnóstico à terminalidade, junto a pacientes, família e equipe.

A tríade sentimental de sinônimos pena, compaixão e compadecimento se apresentam nos relatos dos entrevistados e reflete a humanização, no sentido de caridade e solidariedade, presente na assistência. Cuidar não é uma atitude do mais forte em relação ao mais fraco, não implica em poder ou hierarquia, mas se traduz como uma relação entre alguém que tem condição de ajudar e alguém que necessita desta ajuda. Esta relação se dignifica pelo respeito ao outro e à capacidade de prestar cuidados àquele que está sofrendo.

Para Comte-Sponville (2000), compaixão é uma das formas de simpatia; é a simpatia na dor ou na tristeza. É negar-se a considerar um sofrimento, qualquer que seja, como um acontecimento rotineiro, e um ser vivo, seja este qual for, como objeto. Dentro da assistência a saúde então, vemos que não é factível trabalhar sem a companhia desse sentimento, ou seja, é impossível permanecer indiferente a certas situações.

Ao mesmo tempo Comte-Sponville (2000), aborda compaixão como uma virtude, e virtude sabemos que é uma boa qualidade moral, um hábito de práticas para o bem. Na compaixão temos o compartilhar, que é essencial para esta existir, pois a pessoa coloca as suas virtudes ao alcance do outro. O compartilhar de nossas virtudes estará prejudicado no momento em que um sentimento guiar nossas ações e pensamentos: a ansiedade.

A ansiedade, discutida como emoção (porque não é uma virtude), é a emoção humana mais abrangente e todas as pessoas, em algum momento, durante suas vidas já a experimentou. Apesar de sua universalidade, entretanto, a ansiedade não pode ser observada diretamente; mas sua presença pode ser inferida apenas pelo comportamento (TAYLOR, 2000). Ou seja, a maneira de agir, de lidar com as mais diversas situações é que expressarão a ansiedade como condição adaptativa e estressora. O diálogo do S₉ (Quadro 2) demonstra isso, ao admitir que compartilha da ansiedade de seus pacientes.

Dentro da ótica de Taylor (2000), a ansiedade é ao mesmo tempo uma adaptação e um estressor. Realiza a função de adaptação atuando como resposta a um desequilíbrio do sistema e, primeiramente diminui o nível de tensão, encobrindo a origem do estressor. Em longo prazo a ansiedade é um mecanismo adaptativo ineficaz, porque impede que o sistema direcione e lide diretamente com a fonte de tensão. Toda via, o fato de existir é um

alerta de que o sistema está encontrando dificuldades para manter a equivalência de forças antagônicas e, nesse aspecto, desempenha uma função muito valiosa.

Como a ansiedade é uma das emoções básicas presentes no desenvolvimento humano e tão pertinente as situações em saúde, é extremamente importante que o enfermeiro reconheça, distinga e compreenda-a. Pois, como dito anteriormente em longo prazo a ansiedade demonstra ser um mecanismo adaptativo ineficaz, nesse caso prejudicando o bom funcionamento e desempenho profissional.

Para Taylor (2000) a ansiedade é a única emoção que sempre é percebida como negativa. Uma de suas características é sua grande facilidade de transmissão, rapidamente e em geral abaixo de um nível de percepção consciente, ela é passada de um organismo para outro. Há um consenso entre os estudiosos do tema que crêem que esta emoção ocorre na maioria das vezes como um mecanismo adaptativo devido a uma intimidação à integridade biológica, um conflito interior inconsciente ou uma ameaça ao equilíbrio interno do indivíduo.

De acordo com Celich e Crossetti (2004), a realidade do cuidador é composta de incertezas e desafios, e se não há espaço para dividir estas angústias, acredita-se na necessidade de mecanismos de proteção no enfrentamento diário da dor e do sofrimento. Sentimento esse representado nas falas de S₅ e S₁₀ (Quadro 2).

As constantes situações de vida e morte atingem profissionais envolvidos no cuidado com o sofrimento, há uma busca permanente de equilíbrio e bem-estar, repensando suas vidas, sua saúde. Sofrimento segundo Rocha, compreende suportar, aturar, dor e tristeza (SOFRIMENTO, 2006, p. 723). O aprendizado com a dor, com a sensibilidade do sofrer, leva o cuidador a repensar sua vida, podendo tornar-se tolerante ao estresse, se considerar seus mecanismos biológicos e trabalhar com amor, dedicação e respeito.

No entanto, torna-se extremamente importante e relevante o autocuidado para realização de uma prática de cuidado qualificado, buscando manter atitudes e comportamentos de cuidado consigo mesmo como ser humano, e com os demais membros cuidadores da equipe, quer quanto saúde física, tentando cuidar de seu corpo, como também sua saúde mental e emocional (CELICH; CROSSETTI, 2004).

6.3 Manejo das emoções frente ao paciente oncológico

Uma reflexão sobre a arte de trabalhar com os sentimentos, como o cuidador lida com os mesmos; o meio, a estrutura da instituição de saúde e a capacidade de resiliência nos profissionais enfermeiros fazem-se importantes. Para Flach (2004), resiliência designa os mecanismos psicológicos e biológicos exigidos para enfrentarmos com sucesso as mudanças em nossas vidas.

Subcategorias	Temas
Envolvimento emocional	<p data-bbox="823 640 1410 779"><i>[...] procuro explicar ao paciente a doença para ele ir aceitando. Tento ajudar a pessoa para que ela fique o menos dependente possível. (S₁)</i></p> <p data-bbox="823 837 1410 1016"><i>Eu costumo me envolver bastante, acho que quanto mais tu te envolves tu consegues sentir aquilo que realmente está acontecendo. Tu ficas triste e sofre sim, mas pelas razões certas [...]. (S₅)</i></p> <p data-bbox="823 1061 1410 1272"><i>[...] ajudar o paciente no seu autocuidado; converso com ele sobre as coisas que acontecem ao seu redor. Acho que talvez assim o paciente deixe de se sentir tão doente e eu me sinto gratificada por estar ajudando-lhe. (S₃)</i></p> <p data-bbox="823 1317 1410 1420"><i>[...] tento ser positiva com o paciente, passar tranqüilidade para a família também. (S₈)</i></p>
Ausência de envolvimento emocional	<p data-bbox="823 1431 1410 1570"><i>Eu busco bastante apoio na religiosidade. [...] procuro fazer outras coisas, pensar em outras coisas, esquecer um pouco o hospital. (S₂)</i></p> <p data-bbox="823 1615 1410 1753"><i>Não me envolvendo emocionalmente. [...] na minha crença quando a gente vem, aceitamos o destino então, eu entendo que nada acontece por acaso. (S₄)</i></p> <p data-bbox="823 1798 1410 1924"><i>[...] já passei por várias fases de criar meios de não me envolver tanto. Tu tens que criar alguma defesa para ti. (S₇)</i></p> <p data-bbox="823 1968 1410 2022"><i>[...] a gente vai fazendo uma coisa meio defensiva, tenta elaborar o que dá, mas não</i></p>

	<p><i>lida muito bem com isso. (S₉)</i></p> <p><i>Depois de um certo tempo a gente começa a ficar menos sensível. [...] eu procuro ter o menor envolvimento possível. (S₁₀)</i></p>
--	---

Quadro 3- Categoria - Manejo das emoções frente ao paciente oncológico

Para Camargo (2002), as emoções são situações da mente, excitadas e rápidas, não permanecem por muito tempo. As emoções têm em sua companhia um grande senso de certeza. Elas se apóiam nos paradigmas da mente do indivíduo. Nestes paradigmas estão todas as experiências e conhecimentos construídos ao longo do tempo, trazendo consigo uma lógica de verdade.

De acordo com o Quadro 3, as entrevistas apresentadas, encaixadas na subcategoria *envolvimento emocional*, é possível depreender uma grande doação, com sentimentos de bondade, caridade, humildade e empatia, dos cuidadores para com seus clientes, S₃ e S₅ representam bem isso. Esta doação não se traduz somente em beneficiar o paciente com procedimentos técnicos, mas também com auxílio nas questões que trazem sofrimento emocional ao paciente.

Menezes e Rosa (2004) acreditam que para cuidar o ser humano holisticamente o enfermeiro promove a qualidade da assistência ao montar, planejar, fiscalizar e gerenciar os serviços de saúde, além de executar as ações. Nesse contexto, esse profissional está como responsável pela maioria das resoluções na assistência à saúde, interferindo positiva ou negativamente nas atitudes de outros membros da equipe de saúde.

Quando se trata de doenças como o câncer, que trazem grande sofrimento para quem recebeu tal diagnóstico por toda sua repercussão histórica, além de ser planejada as ações de enfermagem, faz-se importante também à visão do comprometimento emocional que afeta este cliente. Nesta perspectiva o enfermeiro se coloca no lugar daquela família e daquele cliente, e percebe os sentimentos, valores, desejos, direitos e deveres necessários para desenvolver as capacidades físicas, afetivas e mentais do indivíduo para garantir a continuidade da vida; havendo assim um grande envolvimento emocional do enfermeiro.

De acordo com Menezes e Rosa (2004), o desafio do cuidar genuíno e com responsabilidade, leva em conta a valorização do “ser cuidado” e do “ser cuidador”. O

cuidado humanizado vem do crescimento interno de cada um e passa por esta valorização. Este cuidado reavalia condutas e intervenções para restabelecer, recuperar a estima do outro e torná-lo sensível para a condição plena de autocuidador, capacitado para fazer escolhas coerentes e seguras visando manter ou melhorar sua condição de saúde.

Nesse sentido o enfermeiro cuidador trabalha com ações educativas, preparando seu cliente para o enfrentamento da sua condição de saúde sem necessariamente envolver-se afetivamente. Anos de experiência profissional muitas vezes torna o cuidador mais resistente ao compadecimento com outro, se aceita melhor a condição humana de doença ou apenas torna as pessoas resistentes a este sentimento, por ser uma situação recorrente, que não surpreende mais S₁₀ (Quadro 3), nos mostra esse entendimento.

Existe também o fato da crença, da fé, de o que as pessoas acreditam e a partir daí modulam seu comportamento. Para alguns temos o destino, sorte ou sina, traçados quando nascemos e isso é uma justificativa para tudo o que aconteça na vida das pessoas. Então, não há motivo para lamentações e envolvimento emocional com determinada causa. S₄ (Quadro 3) demonstra que decide suas atitudes baseado no que acredita como fundamento de vida. Já S₂ (Quadro 3) oscila seu comportamento entre uma busca de apoio na religiosidade e a tentativa de distrair seu pensamento.

A dificuldade em lidar com o paciente oncológico está presente para alguns cuidadores. Eles se sentem despreparados e sem apoio da instituição de saúde para atuar de maneira significativa e resolutiva com esse tipo de paciente. Estes obstáculos podem colaborar para o surgimento da subcategoria *ausência de envolvimento emocional*, na medida em que dificilmente é possível envolver-se emocionalmente com situações nas quais o profissional não apresente um manejo adequado e que, talvez, afluam neste um sentimento de insegurança e impotência, tal como identificado nos depoimentos de S₇ e S₉ (Quadro 3).

Está claro que muitas vezes a internação hospitalar pode desencadear problemas relacionados com a saúde mental do paciente; quando se trata de um diagnóstico de câncer as coisas em geral, tendem a parecer ainda piores. Esses problemas exigem uma abordagem ampla, juntamente com a família que precisa de apoio e as repercussões sociais da doença que devem ser trabalhadas. Entretanto, os entrevistados assumem dificuldade em aplicar esse tipo de abordagem, conforme explicitam as falas de S₈ e S₉ (Quadro 3).

6.4 Sugestões para o enfrentamento emocional dos enfermeiros

Nessa categoria, serão apresentadas sugestões que possam contribuir para o enfermeiro realizar um bom trabalho com pacientes oncológicos.

Subcategorias	Temas
Acompanhamento psicológico para o profissional	<p><i>Deveria ter um acompanhamento psicológico. (S₃)</i></p> <p><i>Eu acho que toda a equipe deveria receber acompanhamento psicológico [...] só de falar a gente já sente um alívio. (S₈)</i></p> <p><i>Eu penso que uma das coisas que poderia ter é um suporte emocional. (S₉)</i></p> <p><i>Eu acho que é necessário ter um acompanhamento psicológico para que se possa extravasar [...] se torna um ambiente muito pesado para trabalhar. (S₁₀)</i></p>
Respeitar a crença do paciente	<p><i>Saber analisar o momento. [...] ver como reage, qual é a sua crença e em cima disso ir trabalhando. (S₆)</i></p> <p><i>[...] se tu consegues se colocar no lugar do paciente aí tu consegues trabalhar melhor. (S₅)</i></p>

Quadro 4- Categoria - Sugestões para o enfrentamento emocional dos enfermeiros

O Quadro 4 demonstra que para alguns entrevistados a necessidade do enfermeiro ser assistido por profissionais de psicologia é fundamental, pois na visão dos mesmos o cuidado de enfermagem com esse tipo de paciente exige bastante equilíbrio emocional, torna o ambiente “pesado”. S₃, S₈, S₉ e S₁₀ referem, por exemplo, que um momento, uma terapia ou enfim, um acompanhamento onde os mesmos pudessem desabafar e extravasar seus sentimentos teria grande benefício para o alívio do estresse laboral que os acompanha. Em casos mais difíceis uma abordagem psicológica individual seria mais adequada.

Scherer, Scherer e Labate (2002) acreditam que o tempo de permanência dos pacientes no hospital exige da equipe de saúde envolvimento direto no suporte emocional. Sugere então, que os profissionais tenham disponibilidade interna para suportar toda carga

emocional proveniente das manifestações de dor e sofrimento de seus clientes, além de contar com o auxílio de um especialista para ajudá-los em determinadas situações.

Durante as entrevistas ficou evidente a dificuldade de manejo emocional com os pacientes oncológicos, pelo fato desses profissionais não terem apoio, respaldo e orientação para tal situação. Talvez pelo fato da Medicina ter avançado enormemente nas últimas décadas a conduta com o ser humano esteja se especializando cada vez mais, resumindo o indivíduo em determinado órgão afetado. Nesse sentido, o manejo emocional está ficando cada vez mais abstrato e distante da realidade hospitalar.

Silva e Zago (2001) acreditam que as ações de enfermagem são limitadas pela falta de conhecimento de como intervir na área afetiva. Desta forma, o cuidado prestado é embasado no modelo biomédico, no qual os profissionais têm maior segurança. Na visão dos mesmos autores, os profissionais de saúde não-médicos e as pessoas em geral não aceitam este modelo por acreditarem que o câncer é uma doença com uma grande dimensão, assumindo repercussões sociais e psicológicas. Por conseguinte, almeja-se a aplicação de uma Medicina mais humana, integrando tecnologia, pesquisa e interdisciplinaridade.

Voltando o olhar para uma outra questão do atendimento em saúde, percebemos o tratamento que é conferido pelos enfermeiros sofre influência da crença do paciente. A partir de condutas que respeitem o paciente neste sentido, S₅ e S₆ (Quadro 4) apontam isso, podemos poupar sofrimento para nós também, entendendo a forma como aquela pessoa assume tal condição.

O homem está em constante interação com as estruturas existentes na sociedade, cada uma com características próprias buscando equilíbrio. O ser humano é proveniente da natureza e, portanto está sujeito às suas influências; enfrenta adversidades e diferentes crises, utilizando suas forças e habilidades baseado na sua cultura para resolver tais problemas.

Taylor (2000) afirma que a cultura das pessoas é um dos principais pontos influenciadores na crença e comportamento dos indivíduos em relação à saúde. O que é saúde e doença difere de acordo com o credo. Dito isso podemos lembrar que para algumas religiões a vida acaba com a morte, para outras existe uma passagem de plano, vida de outra forma em outro lugar. Então, não é possível ignorar esta questão devido à grande relevância com que se apresenta, mesmo que o cuidador seja uma pessoa descrente.

“A profissão da enfermagem adotou os conceitos de pessoa, ambiente e saúde como os fenômenos de seu especial interesse. Portanto, o enfermeiro deve ter consciência dos fatores que influenciam a saúde humana e o contexto sócio-cultural que tem um impacto sobre as pessoas às quais oferece atendimento. A qualidade dos cuidados de enfermagem podem ser ampliados quando o enfermeiro está consciente dos fatores culturais que dão forma às definições de saúde e doença [...] e sua escolha no tratamento desta” (TAYLOR, 2000, p. 169).

É importante que o enfermeiro adquira conhecimento a respeito das práticas culturais dos seus pacientes. Quando o enfermeiro presta cuidados, é possível que ele melhore a qualidade dos seus serviços estudando as próprias percepções de crença, valores e práticas culturais, pois para respeitar e entender o outro deve-se antes entender a si próprio.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para este estudo foram consultados 10 enfermeiros, com predominância do sexo feminino. Na sua maioria, eram adultos jovens com até 45 anos de idade; no entanto profissionalmente não eram tão jovens já que mais da metade da amostra era formada há 10 anos ou mais.

O estudo objetivou compreender as emoções que envolvem os enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico e detectar o manejo das emoções que emergem deste cuidado. Para isso, os profissionais foram inquiridos a respeito de suas reações ao diagnóstico de câncer, quais emoções envolvidas no cuidado, de que forma eles manejam estas emoções e quais suas sugestões para facilitar o enfrentamento emocional.

Os enfermeiros, em sua maioria, se posicionaram em relação às dificuldades encontradas num cotidiano de trabalho permeado por situações de sofrimento e morte dos pacientes. Falaram dos aspectos positivos e negativos do trabalho, de suas concepções e crenças em relação ao modo de atuar na assistência ao paciente, e dos mecanismos de enfrentamento individuais para as situações vivenciadas no dia-dia.

Frente ao diagnóstico de câncer, as reações dos enfermeiros variaram desde aqueles que oferecem um cuidado individualizado, priorizando as necessidades de cada paciente, àqueles que vêem o câncer como uma outra doença qualquer ou simplesmente “ignoram” o diagnóstico de seus pacientes.

Dentre as inúmeras emoções citadas pelos enfermeiros, as de maior frequência foram pena, compaixão, compadecimento, ansiedade, angústia e sofrimento. As constantes situações de vida e morte atingem os profissionais envolvidos no cuidado despertando nos mesmos tais sentimentos. Esses sentimentos levam o enfermeiro a uma busca constante de equilíbrio e bem-estar. As lições aprendidas com a dor e o sofrimento fazem o cuidador repensar sua vida podendo este tornar-se tolerante ao estresse.

O estresse vivenciado faz com que os enfermeiros lancem mão de alguns mecanismos de enfrentamento a nível individual, tais como a tentativa de frear o envolvimento excessivo com o paciente e a busca em manter sua independência profissional. No entanto, há também aqueles profissionais que buscam uma aproximação maior de seus pacientes, numa tentativa de compreender melhor suas necessidades,

possibilitando um cuidado específico, o que proporciona conforto e realização profissional a esses enfermeiros, diminuindo seus níveis de estresse.

No que se refere a sugestões de como enfrentar emocionalmente tais situações, a religião surge como opção, na medida em que respeitando à crença do paciente, o enfermeiro poderá encontrar conforto para si próprio. Mas com maior número de indicações aparece o suporte emocional e psicológico, proporcionado pela instituição de trabalho, que seria prestado por um profissional específico desta área, o que infelizmente não ocorre.

Uma das barreiras para o adequado cuidado em oncologia, talvez seja a crença a respeito da não eficácia dos tratamentos e da possibilidade de dependência de drogas pelos pacientes oncológicos, refletindo os conhecimentos culturais dos enfermeiros adquiridos durante sua formação acadêmica e pessoal. O modo dos enfermeiros trabalharem com o tema baseia-se em características simbólicas, da mesma forma como o câncer é percebido na cultura popular de maneira representativa de impacto negativo para o paciente e sua família. Assim sendo, compreende-se o quanto são desafiadoras as diversas situações em oncologia para o trabalho do enfermeiro.

Para cuidar do paciente oncológico devemos investigar, conhecer e descobrir como podemos ajudá-lo neste processo, já que a incerteza, a tensão e a importância do trabalho levam à necessidade de aprimoramento pelos profissionais de seus conhecimentos e habilidades para poderem assistir com segurança e eficiência o paciente oncológico.

É preciso levar em conta que não devemos negar, nem tampouco subestimar, as questões éticas, culturais e religiosas envolvidas neste tema. Atualmente em oncologia não existe preocupação somente com a cura do paciente, mas principalmente com a qualidade de vida do mesmo, bem como de seu cuidador, que deverá estar bem, pois irá refletir em seu comportamento o seu estado de equilíbrio emocional.

Como fator limitante deste estudo, é possível destacar a escassa literatura referente ao tema abordado. Poucos artigos científicos na área de enfermagem debatem o aspecto emocional do cuidado ao paciente oncológico na ótica do cuidador. Nesse sentido, foi necessário recorrer à bibliografia da área de Psicologia para fundamentar o assunto pesquisado.

Para finalizar, esse estudo oportunizou aos cuidadores a expressão de seus sentimentos, o compartilhamento de suas experiências, a exposição de suas concepções de cuidado, bem como suas sugestões de como enfrentar o desafio que se constitui o cuidar de

pacientes oncológicos. É importante que esses profissionais cuidadores reconheçam suas possibilidades e limites próprios para que desenvolvam suas competências e habilidades voltadas para as demandas do paciente e de sua família. Isso possibilitará um plano de cuidados visando a uma intervenção efetiva e com qualidade.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de Pesquisa**: propostas metodológicas. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 127 p.

CAMARGO, J. **Educação dos sentimentos**. 3. ed. Porto Alegre: Letras de Luz, 2002. 192 p.

CARVALHO, M. V. B.; MERIGHI, M. A. B. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 951-959, nov/dez 2005.

CELICH, K. L. S.; CROSSETTI, M. G. O. Estar com o cuidador: dimensão do processo de cuidar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p.377-385, dez. 2004.

COMTE-SPONVILLE, A. **Pequeno tratado das grandes virtudes**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 392 p.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. e colaboradores. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600 p.

FERREIRA, N. M. L. A. A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 2, p.229-253, ago. 1996.

FLACH, F. **Resilience**: Discovering a new strength at time of stress. New York: W W Norton e Co Inc, 2004. 246 p.

FRANÇOSO, L. P. C. Reflexões sobre o preparo do enfermeiro na área de oncologia pediátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 41-48, dez. 1996.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil em síntese**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 abr. 2006.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação de pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Decasa, 2000. 179 p.

HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C. e colaboradores. **Tratado de psiquiatria clínica**. 4. ed. Artmed: Porto Alegre, 2006. 1600 p.

INDIFERENÇA *In*: ROCHA, R. **Minidicionário**. São Paulo: Scipione, 2006. 832 p. p. 432

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa/2006**: incidência de câncer no Brasil, 2006. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 25 abr. 2006.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 296 p.

MENEZES G.A.C., ROSA R.S.D. Práticas educativas em saúde: a enfermagem revendo conceitos na promoção do autocuidado. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 337-340, abr/jun. 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**- métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 497 p.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 120 p.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2005. 192 p.

RUGO, H. S. Câncer. *In*: TIERNEY, L. M. J. **Diagnóstico e tratamento 2004**. São Paulo: Atheneu, 2004. 1850 p. p. 67-116.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, A. E.; LABATE, C. R. Interconsulta em enfermagem psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade? **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p.7-14, jan/fev. 2002

SILVA L. M. H.; ZAGO M. M. F. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p.44-9, jul. 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2005. 679 p. vol. 1.

SOFRIMENTO *In*: ROCHA, R. **Minidicionário**. São Paulo: Scipione, 2006. 832 p. p. 723

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de mereness**. 15. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 565 p.

THUMS, J. **Educação dos sentimentos**. Porto Alegre: Sulinas/ULBRA, 1999. 160 p.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente assistencial. 2. ed. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 1999. 162 p.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 133 p.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: O enfrentamento emocional de enfermeiros cuidadores de pacientes oncológicos

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido venho convidá-lo a participar deste estudo. Este projeto recebeu autorização ética para execução sob o número 06313 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e tem como orientadora a Professora Enfermeira Doutora Maria Isabel Pinto Coelho Gorini.

Este é um trabalho de conclusão do curso de enfermagem, sua finalidade é compreender o enfrentamento emocional dos enfermeiros diante do cuidado com pacientes oncológicos. Tem como objetivo detectar o manejo das emoções que emergem deste cuidado.

A coleta de dados será realizada através de entrevista, com duração aproximada de 25 minutos. Você pode recusar-se a responder quaisquer das perguntas feitas. As respostas serão gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora. As fitas e transcrições serão guardadas pela pesquisadora por cinco anos após a divulgação dos resultados. Passado este tempo serão destruídas.

A confidencialidade dos dados será mantida, do ponto de vista pessoal, garantindo o anonimato durante a pesquisa e na divulgação dos resultados.

Eu, Fabiana Barcellos Teixeira, acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, responsável pela pesquisa, coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários pelos telefones (51) 3335.8006 e (55) 8114.2450, assim como a professora responsável Enfermeira Doutora Maria Isabel Pinto Coelho Gorini pelo telefone (51) 9986.0044.

Desde já agradeço sua colaboração.

Eu,..... declaro que autorizo minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos seus objetivos e justificativa.

Fui, igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida; da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo; da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas apenas para fins acadêmicos vinculados a este projeto de pesquisa.

Participante: _____

Pesquisadora: _____

Professora Responsável: _____

Data: ___/___/___

APÊNDICE B - Instrumento para Coleta de Dados**Projeto de Pesquisa: O enfrentamento emocional de enfermeiros cuidadores de pacientes oncológicos****Caracterização do Enfermeiro:**

Sexo: F () M () Idade: _____ (anos) Anos de formação: _____

Especialização () Pós-Graduação ()

Tempo de trabalho com paciente oncológico: _____ (anos)

Familiares com Câncer: Sim () Não ()

Crença religiosa: Sim () Não ()

1) Como você reage diante do paciente com diagnóstico de Câncer?

2) No seu entendimento quais as emoções envolvidas no cuidado ao paciente portador de Câncer nas diferentes etapas do estadiamento?

3) Frente ao paciente oncológico de que forma você maneja suas emoções?

4) Dê sugestões quanto ao enfrentamento emocional do enfermeiro diante do paciente portador de Câncer.



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 06-313 **Versão do Projeto:** 15/08/2006 **Versão do TCLE:** 15/08/2006

Pesquisadores:

MARIA ISABEL PINTO COELHO GORINI
FABIANA BARCELLOS TEIXEIRA

Título: O ENFRENTAMENTO EMOCIONAL DE ENFERMEIROS CUIDADORES DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 17 de agosto de 2006.


Profª Nadine Claudsell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA