

A DIFÍCIL CONVIVÊNCIA COM O CÂNCER : UM ESTUDO DAS EMOÇÕES NA ENFERMAGEM ONCOLÓGICA. *

Noeli Marchioro Liston Andrade Ferreira**

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

O presente estudo é uma tentativa de verificar quais as emoções presentes no trabalho de Enfermagem com o paciente oncológico e identificar de que forma elas são enfrentadas pelos enfermeiros no dia-a-dia da assistência de Enfermagem. Para alcance deste objetivo, foi inicialmente feita a opção por uma abordagem quantitativa que permitisse a contextualização da população estudada e a de suas condições de trabalho. À partir desses dados, foi realizado um aprofundamento da questão com a utilização de metodologia qualitativa, através de técnicas de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas, bem como da realização de observação de campo. A análise temática dos discursos dos enfermeiros permitiu a identificação dos núcleos de sentidos que foram destacados pela elaboração dos Mapas de Associação de Idéias, sendo eles: a doença, o paciente, a equipe e a instituição, as emoções emergentes e as formas de enfrentamentos. Estes dados nos permitiu identificar as emoções apresentadas no dia a dia da assistência de enfermagem, as formas como enfrentam as situações consideradas difíceis e a mediação da cultura institucional como elemento controlador da expressão emocional.

UNITERMOS : Assistência emocional. Enfermagem oncológica. Emoções.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho surgiu das reflexões sobre as dificuldades percebidas a nível individual e coletivo de uma profissão em conflito entre assistir as necessidades biológicas do indivíduo - área mais visível e carente da assistência de enfermagem aos pacientes - e levar em consideração as necessidades das áreas psicológica e social.

O conflito se estabelece não só pela dificuldade em assistir o homem como um todo dinâmico e integrado, mas também, pela necessidade de se proteger da

* Resumo de Dissertação de mestrado defendida na Pontifícia Universidade Católica de S.Paulo sob orientação da Prof^a Dr^a Mary Jane Paris Spink.

** Enfermeira Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos S.Paulo.

ansiedade que todo contexto de trabalho com o ser doente suscita, principalmente quando se estabelece uma relação afetiva com o mesmo.

A consciência deste conflito é mais ou menos recente na Enfermagem, uma vez que, enquanto profissão, ela surge no século XIX, seguindo o caminho organicista/ mecanicista da medicina e só mais tarde - com a introdução da Antropologia, Sociologia e Psicologia - é que um novo paradigma se apresenta com uma visão mais integrada de homem bio-psico-sócio-espiritual e o enfoque da relação pessoa - pessoa. Este último tem seu epicentro na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, sendo um modelo americano que visa o desenvolvimento do Relacionamento Terapêutico Enfermeiro - Paciente

Este relacionamento requer do enfermeiro um envolvimento emocional que visa funções terapêuticas onde ele reconhece o fato de que é um elemento participante do relacionamento, mas ao mesmo tempo está consciente de seus sentimentos e de suas emoções que estão presentes naquela situação. Para tanto, TRAVELBEE (1979) considera que a enfermeira necessita comprometer-se emocionalmente, se aspira uma relação com um paciente ou outro ser humano, sendo que este compromisso emocional é ao mesmo tempo cognoscitivo e afetivo.

Por outro lado sabemos que há muitos fatores que afetam nossa capacidade para nos comprometermos, de forma madura, emocionalmente. Os requisitos prévios incluem o conhecimento e a aceitação de si mesmo como entidade distinta e a capacidade concomitante para perceber os outros como seres humanos únicos. Neste sentido vale lembrar, que a questão da valorização humana é introduzida tendo como background a trajetória sócio- histórica da profissão, que ao longo dos anos conferiu à pessoa do enfermeiro aspectos de desvalor tanto financeiros como sociais e morais e que pode contribuir para que ele se sinta desvalorizado enquanto pessoa, dificultando a sua percepção do outro. A nosso ver, é possível que os ecos da história influenciem a aplicação prática dos princípios que norteiam a perspectiva da relação interpessoal.

Na verdade, a área expressiva é bastante nova e representa um desafio para a Enfermagem que passa hoje por uma fase de transição marcada pelo conflito entre os velhos preceitos e os novos valores. Os velhos preceitos - representados principalmente pelos preconceitos em relação ao envolvimento emocional com o paciente - constituem tanto pontos de referência quanto focos de oposição para uma geração nova que busca um equilíbrio entre a forma de ensinar e a forma de assistir o ser humano que permita também não se anular como pessoa, neste processo. Por outro lado é algo novo e angustiante, pois esta mudança implica na valorização e interpretação não só de órgãos e sistemas mas também das relações interpessoais. Isto implica em fugir um pouco da atuação instrumental e abrir caminho para a área expressiva da assistência cujo terreno é novo e desconhecido - **o terreno das emoções.**

REFLEXÕES SOBRE EMOÇÕES ENQUANTO CATEGORIA TEÓRICA

Com relação à emoções vemos que inúmeros autores, iniciam seus tratados se reportando às dificuldades encontradas em relação à terminologia utilizada para descrever a vida emocional. A título de exemplo, citamos CUVILLIER (1961) que define sentimento como estado afetivo cuja causa é de ordem moral, enquanto que emoção é toda manifestação complexa e organizada da vida afetiva. PIERON (1977) classifica emoção em choque emocional e crise emocional, ambos com manifestações neurovegetativas. EKMAN (1984) define emoção como padrões relativamente específicos e automáticos de respostas fisiológicas e mentais de curta duração, enquanto sentimento para ele é a expressão subjetiva das emoções. Já HELLER (1985) em sua tipologia dos sentimentos classifica-os em impulsos, afetos, sentimentos orientativos e emoções, sendo essas originárias da regulação dos demais sentimentos.

Apesar disto, vemos que uma das principais tendências da Psicologia atual tem sido a busca da identificação das emoções básicas. Dentre os mais conceituados autores preocupados com este aspecto, destaca-se PLUTCHIK (1980) que considera que tanto os animais como os seres humanos experimentam oito categorias básicas de emoções que motivam vários tipos de adaptação do comportamento. São elas: raiva, medo, surpresa, tristeza, aversão, expectativa, desgosto e aceitação. Ele afirma que cada uma dessas emoções ajuda à ajustarmos ao nosso meio ambiente, embora de formas diferentes. PLUTCHIK apud MORRIS, (1988).

MORRIS (1988), esclarece que para cada uma dessas oito categorias básicas das emoções Plutchik confere ainda, duas variações de maior e menor intensidade, sendo que, à medida que as emoções são menos intensas, elas se tornam também de distinção menos clara pois, quanto mais intensa a emoção, mais ela motiva o comportamento. Para Morris essa classificação de Plutchik amplia extremamente a variedade de emoções que experimentamos, sendo que diferentes emoções podem ser ainda combinadas para produzir uma ampla variação de experiências emocionais.

Para os cognitivistas a identificação de cada uma dessas emoções, está respaldada na Teoria de Cannon-Bard (MARINO, 1975) que deu sustentação para o surgimento da teoria cognitivista. Segundo este modelo, o que se vê, ouve e percebe, desempenha um papel decisivo na experiência emocional que se tem. À partir disto os psicólogos cognitivistas preconizaram que nossa percepção ou julgamento de situações (cognição) é absolutamente essencial para nossa experiência emocional. Essa teoria leva em conta o conhecimento ou experiência prévia com a emoção sentida para identificá-la e direcioná-la adequadamente, conforme o momento, a situação e o ambiente.

Nesta perspectiva os mais recentes estudos antropológicos e a Psicologia Social tem buscado entender o comportamento das emoções dentro de contextos

culturais específicos. Assim, ABU-LUGHOD & LUTZ (1990), argumentam que muitos trabalhos realizados sobre a cultura e personalidade dão conta de que o número e o tipo de emoção que as pessoas sentem são considerados como resultados já esperados de processos psicológicos universais. Ou seja, uma experiência específica estimularia emoções idênticas em todos os seres humanos. Por isso elas defendem a idéia de que para uma abordagem analítica mais produtiva do estudo transcultural da emoção é necessário considerar os discursos sobre emoção e entendê-los como práticas sociais dentro dos vários contextos etnográficos.

HARRÉ ; CLARK e DE CARLO, (1985) consideram que, dentro do contexto sócio - cultural, algumas emoções são difíceis de serem identificadas numa comunidade, como é o caso das emoções classificadas por eles como “verdes”: por exemplo a inveja e o ciúme. Estudando essas duas emoções, eles encontraram dificuldades que, a princípio, consideraram ser apenas conceituais. Mas, aprofundando melhor, chegaram à conclusão que essas emoções só poderiam ser identificadas à luz de uma distinção no campo dos direitos e valores ou seja, numa ordem moral específica.

Neste aspecto, HELLER (1985), preconiza que as normas éticas têm um papel decisivo na regulação dos sentimentos. Ela denomina de “orientativos” os sentimentos que exercem mais especificamente esse papel. Sentimentos orientativos são, portanto, as atitudes direcionam nossas ações e pensamentos na relação interpessoal e em relação ao senso comum, que ela classifica de sentimento moral. Portanto, a assimilação de normas e o processo de aprendizagem produzem tanto o sentimento como a forma com que ele pode ser expresso. Para a autora “ se em certas culturas, alguns afetos (ou sua expressão) não são permitidos ou ao menos não são preferidos, ao relega-los a segundo plano aparecem novos sentimentos acompanhados de novas expressões de sentimentos.” (p.73).

À partir destas perspectivas podemos considerar que as emoções sofrem intermediação das determinações sociais principalmente no que se refere à sua expressão. Parece-nos, assim, que, para entender a vivência e o enfrentamento das emoções na assistência de enfermagem é necessário conhecer o contexto cultural e histórico da profissão, que nos revela um passado repleto de atributos morais e de espírito de servidão, doação e submissão, (PAIXÃO, 1979) e por uma formação acadêmica pautada no moralismo e autoritarismo. (SEYMER, S/D), sendo que é neste contexto que o enfermeiro aprende a lidar com as emoções.

PRÁTICA DE ENFERMAGEM E CÂNCER - A DOENÇA QUE TRAZ EMOÇÃO

Para o enfermeiro, aliar ofício e emoção é um ponto crucial, uma vez que, pelas circunstâncias do seu trabalho - com ênfase na área hospitalar - ele tem mais oportunidade de conviver com pessoas doentes e, portanto, de experienciar

com elas suas dores e seus sofrimentos e conseqüentemente estabelecer um maior envolvimento com a fragilidade humana.

Para MENZIES (1970) “o serviço de Enfermagem sofre impacto total, imediato e concentrado do estresse que advém do cuidado dos doentes.” (p.06), sendo que o contato constante com pessoas fisicamente doentes ou lesados; a incerteza no restabelecimento do paciente; o cuidar de pacientes com doenças incuráveis; o confronto com a realidade do sofrimento e da morte e a execução de tarefas repulsivas, desgastantes e atemorizadoras são situações geradoras de estresse para a equipe de enfermagem.

No estudo realizado pela autora (MENZIES, 1970), num hospital inglês, com o objetivo de estudar especificamente o trabalho de Enfermagem, ela concluiu que há uma série de mecanismos que, segundo ela, os profissionais de enfermagem foram incorporando durante a prática profissional aos quais denominou Técnicas de Defesa contra a Ansiedade. Destacamos : a fragmentação do relacionamento enfermeiro/ paciente, conseguido através do desenvolvimento das listas de tarefa, a despersonalização, categorização e negação da importância do indivíduo conseguidos através da inibição do desenvolvimento de um relacionamento pleno pessoa a pessoa e o distanciamento e negação dos sentimentos, conseguido evitando-se envolvimento excessivo com o paciente e identificações perturbadoras.

Ao nosso ver os inúmeros mecanismos de defesa que foram sendo incorporados à organização do trabalho dos enfermeiros ao longo da história tiveram como principal finalidade justamente o controle das emoções, visando diminuir a ansiedade e viabilizar a assistência. Mas estes embora ainda eficientes, muitas vezes falham, principalmente diante de situações em que lidar com doenças estigmatizantes, mutiladoras e incuráveis faz parte do cotidiano de trabalho.

LIBOURBAN apud PITTA (1990) analisa as cargas psíquicas num ambiente hospitalar e identifica estas estratégias defensivas: “coesão interna entre a equipe baseada numa ajuda mútua; hiperatividade verbal ou cinética como modo de afastar a angústia; absenteísmo como expressão de falência de defesas competentes para o enfrentamento de dificuldades; verbalização de questões não vinculadas ao trabalho e utilização de chistes e anedotas como válvula de escape à tensões; e agressividade reativa contra o paciente através de zombarias, colocações cínicas e ridicularizações como fumaça encobridora de sentimentos de culpa desencadeados pela exibição do sofrimento, evitando que se coloquem numa posição de fragilidade, passividade e sensibilidade.” (p.156).

TAKAHASHI (1991), estudando as emoções na prática de Enfermagem, levantou uma gama de componentes emocionais, identificando neles, inúmeras contradições dentre as quais destaca : o distanciamento entre o dever ser e o ser, onde os conceitos socialmente determinados quanto à resposta da enfermeira se conflitam com as percepções e ações decorrentes da sua realidade de trabalho; a força dos mecanismos utilizados pela enfermeira diante do confronto entre o

dever ser e o ser da experiência emocional, interferindo na apreensão da realidade objetiva e gerando conflitos em relação à própria identidade; a valorização do domínio intelectual da prática e a força da dicotomia entre a esfera do fazer e do sentir, em que apesar do referencial teórico-prático vigente determinar o atendimento a um padrão de desempenho técnico, verifica-se, nesta prática as repercussões da afetividade anulada ou reprimida. (TAKAHASHI, 1991).

Como podemos ver as colocações destes autores nos mostram a dificuldade na interpretação dos conceitos e na aplicação prática das técnicas do Relacionamento Interpessoal. No entanto não podemos deixar de apontar as dificuldades dos profissionais da área hospitalar na lida diária com o sofrimento humano. Acreditamos que estas dificuldades se superlatizam quando transportadas para os serviços de atendimento a pacientes críticos ou com doença crônico-degenerativa que os obrigam a longos períodos de internação ou a vários retornos ao hospital como é o caso dos pacientes oncológicos.

Num estudo onde buscava identificar os fatores dificultadores da assistência emocional aos pacientes internados com afecções médico-cirúrgicas, verificamos que o controle das emoções parece difícil de se efetivar em situações que envolvem o cuidado com pacientes críticos, pacientes terminais e pacientes acometidos por doenças que levam a grandes sofrimentos e mutilações, em especial o câncer. FERREIRA, (1992) e FERREIRA & HISAMITSU, (1993).

Para VIVES (1991), os profissionais que trabalham no serviço de oncologia estão expostos no dia a dia de seu trabalho, a situações geradoras de conflitos, sendo eles : as frequentes perdas por morte, as pressões que impõe o modelo médico tradicional de responsabilidade em relação a cura e a longividade, o constante convívio com doentes graves e com a tristeza dos familiares e o convívio frequente com estes levando a criação de vínculos.

Assim sendo, o trabalho no hospital que normalmente se caracteriza pelo contato com situações estressantes e atemorizadoras altamente impregnadas de afetos e emoções, parece ser exacerbado - tanto na perspectiva dos pacientes quanto dos profissionais - naquelas especialidades hospitalares que assistem os pacientes com doenças com poucas possibilidades de cura como o câncer. Para os pacientes, as emoções são acirradas pela conotação de doença incurável, mormente pelas formas agressivas de tratamento que levam muitas vezes a mutilações físicas e pelo afastamento dos familiares e amigos. Para os profissionais da área da Saúde, elas são marcadas pelo estresse a que se vêem submetidos ao atenderem esses pacientes que os expõem ao contato constante com situações de dor, sofrimento e morte.

Vemos então que cada vez mais o enfermeiro está sendo chamado a se preparar para enfrentar a problemática do doente portador de doença crônica-degenerativa ou fora de possibilidades terapêuticas, uma vez que este o coloca face a face com as frustrações de um trabalho com poucos retornos gratificantes, onde se torna necessário entender as construções culturais cumulativas que medeiam o significado imputado às emoções no dia - a - dia do seu trabalho.

Portanto, com este estudo pretendemos verificar que emoções estão presentes na assistência de Enfermagem ao paciente oncológico, como elas são enfrentadas pelos enfermeiros e em que medida estas estratégias se processam a nível individual e coletivo.

2 INVESTIGANDO AS EMOÇÕES NA ENFERMAGEM

Este estudo foi realizado no 2º semestre de 1992 com enfermeiros que trabalham ou trabalharam com pacientes oncológicos de uma instituição especializada da cidade de São Paulo, tendo como perspectiva o construtivismo pois o conhecimento "é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida." MINAYO (1992:89).

O construtivismo leva em conta que as interpretações da realidade são sempre oriundas do sujeito sobre um objeto e não reproduções do objeto, numa perspectiva de mediação de categorias históricas e subjetivamente constituídas. Isto porque para a Psicologia Social "o indivíduo e suas relações mentais são produtos de sua socialização em determinado segmento social. A individualidade nesta perspectiva, emerge como uma estrutura estruturada que tem potencial estruturante." SPINK (1993:304).

Sendo assim, por ser a Equipe de Enfermagem um grupo organizado, acreditamos que as emoções sofrem mediação cultural de forma que cada elemento da equipe, ao retraduzí-las, as transformam em regras, obrigações, repulsas e desejos, gostos e aversões. A escolha do enfermeiro como interlocutor se deve a crença de que em seu discurso ele nos traria não só os seus sentimentos e forma de agir, mas também as percepções sobre os demais elementos que trabalham com ele na relação de equipe. Como ponto principal acreditávamos que ele traria, também, o objeto de sua prática - o paciente internalizado e presente no seu imaginário. Assim, através das palavras obtem-se as representações sociais, entendidas aqui como expressão da realidade intra-individual e como uma exteriorização do afeto. SPINK, (1993)

Para a realização deste trabalho, foram utilizadas várias técnicas de coleta de dados (formulários, entrevistas estruturadas e semi-estruturadas e observação de campo), numa tentativa de delinear o mais claramente possível a prática diária do enfermeiro junto aos pacientes. Visamos desta forma contemplar o conjunto de suas experiências e expressões destas, tornando possível o entendimento do objeto em estudo.

Quanto a análise dos dados, primeiramente foi feito uma análise quantitativa para caracterização da amostra. Em seguida para viabilizar o aprofundamento das questões foi feita de início a análise temática dos discursos das enfermeiras, obtidos pelas entrevistas após transcrição das fitas gravadas.

Considera-se, segundo MINAYO (1992), que essa análise “ comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo (...) O tema é uma unidade de significação e sua validade não é de ordem lingüística mas de ordem psicológica.” (p.208-209).

Após isto foi identificado os núcleos de sentido, elaborados os **Mapas de Categorias**, e num aprofundamento posterior realizado a partir dos temas agrupados , foi elaborado um outro mapeamento visando trazer mais clareamento e dinamismo aos discursos, possibilitando entender a orientação e a modificação da ação com o cruzamento da linguagem e da prática, ao qual denominamos de **Mapa de Associação de Idéias**. A dinâmica dos trabalhos comportou três etapas, da seguinte forma :

2.1 Primeira aproximação

Esta fase se caracterizou como exploratória, sendo iniciados os trabalhos pela aprovação junto aos dirigentes da instituição e pela realização de uma entrevista semi - estruturada com a Enfermeira- Chefe objetivando caracterizar a força de trabalho da Enfermagem na Instituição, o processo de recrutamento, seleção e treinamento de funcionários e obter dados sobre a rotatividade e demissões. Neste momento foram planejadas as aproximações com os enfermeiros, fonte do nosso interesse.

Em seguida foram levantados os dados sobre os enfermeiros da instituição, iniciando por uma reunião para esclarecimentos sobre o trabalho a ser desenvolvido, seguido do preenchimento do formulário (Anexo 1), que incluía perguntas abertas e fechadas, sobre a sua formação, trabalho assistencial, sentimentos envolvidos e formas de enfrentamento das dificuldades. O preenchimento foi feito por 35 enfermeiros que compareceram numa das salas de aula do Curso de Auxiliares de Enfermagem pertencente à Instituição. Este foi o ponto de partida para os aprofundamentos posteriores.

2.2 Segunda aproximação

Foi iniciada por uma visita, conduzida pela Enfermeira- Chefe, às unidades de internação e ambulatorios visando à identificação dos locais de prática da assistência e a apresentação pessoal de cada enfermeiro, propiciando a aproximação com eles e facilitando a fase de observação de campo.

A opção pela observação de campo foi feita por considerar que ela permite identificar o conjunto de regras explícitas ou implícitas que orientavam as atividades da rotina de um dia de trabalho e a forma de condução da assistência. Foi realizada nos meses de outubro e novembro de 1992 e consistiu de visitas aos vários locais de trabalho e acompanhamento na realização de algumas rotinas priorizando-se a Visita Diária de Enfermagem, a Consulta de Enfermagem e o

Processo de Admissão de Pacientes por considerar serem esses momentos ricos em dados sobre a natureza da interação enfermeiro-paciente.

Tomamos o cuidado de estar presente em vários locais onde eram prestadas a assistência de Enfermagem e em momentos diferentes do dia, procurando obter assim uma visão globalizada da rotina diária dos enfermeiros. O observado foi registrado no diário de campo ao final de cada observação, sendo que estes dados propiciaram a tomada de impressão dos enfermeiros, a escolha dos entrevistados e a ratificação e retificação das informações levantadas.

2.3 Terceira aproximação

Nesta fase foram selecionadas do grupo que respondeu ao formulário quatro enfermeiras para serem entrevistadas. Além destas foram eleitas outras quatro durante a observação de campo e duas enfermeiras demissionárias. Interessava-nos destacar os sentimentos individuais e coletivos que permeavam os membros do grupo estudado e que podiam nos levar a compreender a sua prática por isso utilizamos a entrevista por considerarmos ser ela um instrumento privilegiado de coleta de informações para as Ciências Sociais por ser a fala “reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz as representações de grupos determinados em condições históricas e sócio-econômicas específicas”. MINAYO, (1992:109-110).

As entrevistas foram realizadas com a utilização do gravador, em local privado, determinado pela própria entrevistada em seu ambiente de trabalho. Todas foram iniciadas com a pergunta CONTE-ME SUA EXPERIÊNCIA NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM CÂNCER, deixando a entrevistada a vontade para discorrer sobre o assunto. A análise comportou os seguintes passos :

- Realização das entrevistas e tomada de impressão das entrevistadas - Após a entrevista, era feito o registro das impressões relativas a cada entrevistada no momento da entrevista em conjunto com as informações obtidas durante a observação de campo.
- Transcrição pormenorizada do texto gravado;
- Leitura exaustiva das entrevistas transcritas e elaboração dos **mapas de categorias** - esses mapas centralizaram-se nos núcleos de sentidos destacados do próprio discurso dos enfermeiros;
- Análise dos mapas de categorias e elaboração dos **mapas de associação de idéias** o que permitiu aprofundar os núcleos de sentidos destacando as emoções de cada enfermeiro em particular e elaborar a dinâmica de cada entrevista.

3 ANALISANDO AS EMOÇÕES NA ENFERMAGEM

3.1 Caracterizando a amostra

A amostra total das fases perfez um total de 40 enfermeiros, correspondendo a aproximadamente 75 % da população total de enfermeiros da instituição, ficando assim caracterizada :

- Apenas 1 enfermeiro pertencia ao sexo masculino; a faixa etária variou entre 25 e 45 anos, sendo que metade da população, (22 enfermeiros) tinha menos de 30 anos e 8 tinham até 35 anos, caracterizando-se, assim, como uma população bastante jovem;
- Dos consultados, 22 enfermeiros possuíam menos de 5 anos de formados e destes 8 eram recém-formados, sendo esta sua primeira experiência na área. A maioria -30 enfermeiros- era oriunda de escolas do Estado de São Paulo; mais da metade da amostra informou ter recebido conteúdo de cancerologia no curso de graduação, porém de forma superficial; a maioria não possuía nenhum curso de especialização e 4 possuíam especialização na área oncológica ;
- A escolha da especialidade variou entre curiosidade e desejo de aprender sobre a patologia (13); busca de emprego (9) e oportunidade de prestar cuidados diretos ao paciente ou de treinamento que a instituição oferece (9). Apenas 3 enfermeiros mencionaram ter gosto pela especialidade. A maioria dos enfermeiros (27) trabalhava na instituição há menos de 5 anos, sendo que apenas 9 possuíam outro emprego; quase metade da amostra não possuía experiência com outro tipo de especialidade;
- Aproximadamente metade da amostra era assídua ao trabalho (15 enfermeiros), os demais faltaram ao trabalho por doença - sua ou de alguém da família - (14 enfermeiros) ou por dificuldade de locomoção devido a greves dos meios de transportes (5 enfermeiros);
- A distribuição dos enfermeiros consultados nas unidades do hospital correspondia a : internação infantil (8), internação de adultos (8), unidade de pacientes externos (8), unidade de pacientes críticos (4) centro cirúrgico e de material (5) chefia e supervisão (5), curso de auxiliar de enfermagem (2).

Com relação a força de trabalho, a equipe de enfermagem desta instituição é composta por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e atendentes, distribuídos em todos os serviços de enfermagem do hospital. Possui como característica principal uma alta rotatividade de funcionários motivada, segundo a Enfermeira-Chefe, principalmente pelo tipo de especialidade. Pesam, também, os baixos salários em época de crise financeira do hospital e a dificuldade de conciliar os horários - que são aqui mais rígidos - com os de outras instituições, impossibilitando manter dois empregos.

Segundo informação da chefia, no momento da coleta de dados para este trabalho, havia uma defasagem de 30% no quadro de pessoal de Enfermagem, decorrente do número de demissões e pouca procura de emprego nesta especialidade. A título de exemplo fizemos o levantamento numérico junto ao Setor do Pessoal, dos enfermeiros admitidos e demitidos nos últimos cinco anos. Este levantamento anual está detalhado abaixo.

ANO	ENF.ADMITIDOS	ENF.DEMITIDOS	BALANÇO
1988	15	24	-9
1989	10	15	-5
1990	36	33	3
1991	18	26	-8
1992*	30	13	27
TOTAL	109	111	2

*Este ano contém dados parciais faltando os dois últimos meses do ano.

Pelo que foi observado durante a coleta de dados e pelos relatos de muitas enfermeiras, este é um local procurado pelos profissionais recém-formados ou que estão buscando um maior aprofundamento técnico, o que parece se confirmar na defasagem anual apresentada no quadro acima. Isto se deve ao fato desta instituição oferecer oportunidade para o enfermeiro prestar uma assistência mais direta ao paciente, com oportunidade para desenvolver habilidades. Outro fator também relevante era não haver, até o momento, uma exigência por parte da administração do hospital de que o candidato tivesse experiência anterior na área, como exemplificado nas citações:

Fui para o hospital prá aprender, porque lá a gente pega mesmo as coisas... (ENTREV.12),

Eu vim pela oportunidade que ofereceu a casa. (ENTREV. 1).

Eu adoro aqui... me sinto bem. Mesmo sendo corrido a gente vem faz e tal; nunca pensei que fosse gostar de pediatria. (ENTREV.5),

Eu sempre quis trabalhar lá, acho que teria sido voluntária se fosse o caso.(ENTREV.11).

Reforçando estes aspectos vemos que a Enfermeira Chefe exerce um papel de elemento agregador na Instituição, pela forma com que recebe os funcionários novos :

Ela (Enf. Chefe) falou se eu não queria tentar, e me deu uma semana de experiência. (ENTREV.5).

... eu vim meio empurrada, mas quando eu cheguei e fiz entrevista com..... eu senti, não, eu vou ficar mesmo. (ENTREV.8),

Todo e qualquer membro da equipe é admitido na Instituição após uma entrevista com a chefia, geralmente na pessoa da Enfermeira Chefe. Após admitido o funcionário é submetido a um treinamento para adaptação e avaliado ao final dos três primeiros meses, considerados de experiência.

A chefia informa que geralmente o próprio funcionário solicita demissão, antes mesmo de completar o período de experiência. Como não há uma entrevista de desligamento, muitas vezes as causas não se tornam conhecidas. Acredita a chefia que, no caso dos enfermeiros, o principal motivo seja a sobrecarga emocional que parece ser maior nos ambulatórios.

Pelo que pude observar durante o trabalho de campo, os enfermeiros dos setores ambulatoriais possuem uma grande atividade administrativa dado o número de consultas atendidas e a escassez de funcionários, fatores que impedem um contato maior com o paciente, causando uma certa angústia, segundo eles mesmos informam.

Com relação a dinâmica central das entrevistas pôde-se apreender que, de uma forma mais profunda ou mais superficial, todas expressaram suas opiniões em relação a : dificuldades em lidar com situações de sofrimento e morte; aspectos positivos e negativos do trabalho; concepção e crenças em relação ao paciente e família e os mecanismos de enfrentamento das situações consideradas difíceis.

Os núcleos de sentido descobertos nos discursos dos enfermeiros versaram sobre a doença, o paciente, a equipe institucional, a prática profissional, as emoções e as estratégias de enfrentamento. Estes temas trouxeram para o primeiro plano as condições cotidianas do trabalho do enfermeiro, permitindo uma aproximação com as estruturas profundas desse mundo do dia-a-dia. Veremos à seguir algumas análises desse cotidiano.

3.2 Fatores gratificantes e difíceis do trabalho

Analisando os dados dos formulários respondidos pelos enfermeiros, encontramos os seguintes fatores relatados como gratificantes e difíceis do seu trabalho:

GRATIFICANTES

Ver a recuperação do paciente
Ajudar o paciente
O contato com o paciente
Conhecer e aprender sobre a doença
Ensinar pacientes e funcionários
Bom funcionamento da equipe
Cuidar de crianças
Sentir-se útil

DIFÍCEIS

O sofrimento e a morte dele
A impotência diante da doença
A revolta e descrença do paciente
As múltiplas internações
Falta de tempo, muito trabalho
Falta de funcionários qualificados
Falta de organização no trabalho

As entrevistadas também revelam algumas insatisfações no trabalho, muitas delas ligadas à deficiência de funcionários. Assim:

... aqui a gente corre muito, trabalha muito, tem deficiência de funcionários ... então não dá assistência do jeito que gostaria porque tá correndo...falha a assistência neste ponto (ENTREV. 2),

Tem muita cobrança, muita burocracia pouco funcionário, a gente faz o serviço correndo.(ENTREV.6),

...e os funcionários antigos são difíceis...eles não querem mais aprender (...) me desgastou muito... tinha que ir lá e dirigir todo mundo... tinha que correr daqui pra lá e saia super cansada super esgotada.(ENTREV.12),

A rotatividade de pessoal é muito grande... não dá prá prepara-los... o número também é muito pequeno... (ENTREV.11).

Pelo que podemos constatar no período de observação, a deficiência de funcionários é real, devido provavelmente ao tipo de clientela assistido e aos baixos salários desta instituição quando comparados aos dos hospitais particulares, onde a busca de emprego é maior. Há, também, a questão da qualidade da assistência, fator que a chefia não abre mão mesmo em crise.

... é melhor ficar com menos funcionários do que vê-los assistir mal ou maltratar o paciente... (ENF.CHEFE),

... você vê que eles (auxiliares e atendentes) não têm envolvimento (...) então, quando eu vejo eu falo: olha, você está na profissão errada (...) não trabalhamos com máquina mas com gente. (ENTREV.7),

Estamos vivenciando hoje uma crise bastante aguda nos serviços de saúde, causada principalmente pela baixa remuneração dos profissionais da área. O agravamento da já tão famosa desvalorização do trabalho, levando-os a sair em busca de melhores salários, obrigando a instituição a permanecer com os funcionários nem sempre os mais bem preparados tecnicamente ou, ainda, limitando a triagem e seleção de novos candidatos. Esta queixa aparece também no discurso de algumas enfermeiras:

Entre as enfermeiras aqui a gente não trabalha pelo que ganha porque o nosso salário é baixo. (ENTREV.10),

Eu penso que todas as enfermeiras deveriam ter uma qualidade de vida boa pra poder ter estrutura. Ganhar bem pra poder viajar, se vestir bem, fazer cursos...(ENTREV.8).

Mas, apesar disto, há quem goste e fica:

O nosso salário é baixo mas tem alguma coisa aqui que faz com que a gente fique.(ENTREV.10).

No que diz respeito à relação com os colegas de trabalho,principalmente entre as mais antigas, parece haver formação de alguns vínculos afetivos expressos nas falas e constatado durante a observação de campo, pelo modo

amigável com que se cumprimentam pelos corredores, nas reuniões periódicas ou nas conversas informais ou quando fazem algum elogio:

Tem enfermeiras não só fazendo a parte burocrática, mas também atuando mesmo junto ao paciente e sua família. (ENTREV.11).

Sou madrinha de casamento da..... às vezes a gente faz um lanche em casa aí vai todo mundo... estamos sempre em contacto... a gente se dá muito bem com todas. (ENTREV.3).

3.3 As emoções na prática assistencial e os enfrentamentos

Através dos dados obtidos nos formulários e com as análises das entrevistas semi-estruturadas, elencamos as emoções que foram mencionadas pelos enfermeiros. Por estarem essas emoções ligadas à situação profissional, provavelmente poderíamos nos referir a elas como sentimentos de dever conforme sugerido por HELLER (1985). Temos abaixo, as emoções citadas pelos enfermeiros em resposta à pergunta do formulário: Que emoções o seu trabalho com o paciente suscita?

EMOÇÕES CITADAS	FREQUÊNCIA
Amor/caridade/carinho	11
Pena (compaixão, dó, piedade)	9
Alegria/satisfação	8
Respeito/compreensão	4
Solidariedade/fraternidade	4
Angústia/ansiedade	4
Apego/abnegação/empatia	3
Impotência	3
Revolta	3
Raiva	3
Medo/temor	2
Negação, intolerância, depressão, tristeza, insegurança, amizade, devoção e esperança	1 de cada

Como vemos, as emoções mencionadas, em sua maioria, estão bastante relacionadas à profissão de Enfermagem com suas características de abnegação, vocação e doação.

Além dessas emoções, destacamos das entrevistas com as enfermeiras uma série de citações que ilustram como lidar com a dor, o sofrimento e a morte as tem afetado. Transcreveremos a seguir algumas frases que retratam bem isso.

Mexe um pouco o lado emocional,principalmente quando são jovens, então a gente fica assim de vez em quando meio triste, meio chateada, sai daqui chorando... (ENTREV.2),

Então é uma situação muito difícil... porque às vezes você começa a se apegar ao paciente... e você está ali para amenizar o sofrimento dele...,Você tem vontade de chorar, porque você quer bem àquela pessoa... eu choro, choro mesmo.(ENTREV.4),

Fiquei meio receosa... por ser criança com câncer,não sabia ver os sinais e sintomas... ficava meio apavorada. O pior é quando entra em RHD (Repouso, Hidratação e Dieta), isto é muito difícil, eu sei que todas podem morrer...mas não vou me acostumar (...) como estas crianças estão sempre aqui, você acaba sentindo mesmo. (ENTREV.5),

... então a gente começa a se envolver... desestrutura emocionalmente... porque lidar com o paciente direto sem reclamar, não achar ruim que ele tá chorando, chorou ontem tá chorando hoje de novo. (ENTREV.10),

... eu me controlava prá não chorar na frente dela... nossa eu ficava arrasada... sentia mal prá caramba... era horrível.(ENTREV.3),

... me dá medo a morte da criança, o estado final, a família chorando (...) a gente tá tratando aquela criança há várias internações, tem apego... então era uma situação muito difícil no começo porque eu adoro criança (...) eu fugia mesmo não sabia lidar com aquilo... e você fica meio triste meio chateada... prá que tanto estudo... se não resolve nada, começa a misturar e qualquer dor você acha que é câncer.(ENTREV.6),

... fiquei muito deprimida ... chorava muito... criança da UTI me deprimiu mais ainda... eu tenho um problema de me identificar muito com o paciente, me colocar no lugar deles e pensar porque eles e não eu. (ENTREV.8).

Como forma de enfrentamento parece que as enfermeiras adotam algumas das técnicas estudadas por MENZIES (1970). Identificamos por exemplo nos seus discursos a utilização das técnicas de Distanciamento e Negação dos Sentimentos. As falas abaixo ilustram o **refreamento do envolvimento excessivo com o paciente**.

Aí resolvi eu não vou mais... eu vou me afastar, vou dar atendimento mas vou procurar conversar o menos possível... me estabilizar um pouco. Foi a partir daí que eu comecei a pensar em me trabalhar um pouco.” (ENTREV.10),

Mas se eu puder escapar eu escapo mesmo.... não falo, saio correndo, não assumo, não encaro, não consigo encarar isso. Eu não preparo o corpo... mas graças a Deus isso não acontece todo dia. (ENTREV.9),

A gente corre tanto que não dá tempo de pensar na tristeza.(ENTREV.2).

Quanto a manter a sua **independência profissional** outra técnica para conseguir o distanciamento encontramos as seguintes citações:

Sabe que eu consigo separar tão bem, não sei como eu faço isso... quando saíu daqui minha vida lá fora é...fica tudo. (ENTREV.9),

Eu tento esquecer, imagino um saco de lixo... então tudo aquilo que passou na cabeça, que vi de ruim, que falaram, que magoou, coloco num saco dou um nó e jogo fora. (ENTREV.3),

Eu me sinto melhor passando esse pensamento positivo... senão você não fica numa instituição de câncer... e cada coisa que você aprende pra passar pra ele, você se sente mais útil, mais valorizada. (ENTREV.4)

Eu tento não afundar com isso... chegar em casa, lembro comento, mas não ficar impressionada e é isso mesmo, infelizmente a vida é assim e cada um que morre a gente se apaixona mais pelos outros. (ENTREV.2),

Há também aquelas que tendo **uma crença, uma religião** procuram nela encontrar ajuda e compreensão dos fatos vivenciados.

Sou evangélica, abro minha bíblia, faço uma oração e tento dormir... choro, choro mesmo e passo pra Deus. (ENTREV.4),

Tenho formação espírita... então acredito que o que acontece com o ser humano tem explicação... prá mim é mais fácil enfrentar isso... fico com dó mas compreendo o porquê disso. (ENTREV.3),

... como válvula de escape tenho minha religião, que me ajuda muito. (ENTREV.8).

Também parece que facilita **buscar distrações**: sair para fazer compras em Shopping ou assistir a um cinema e até comer coisas gostosas. Exercer alguma atividade física ou executar algum trabalho manual também, pode ser uma opção viável.

Gosto muito de ler, faço minhas caminhadas (...) faço pintura em cerâmica. (ENTREV.8),

..sair para fazer compras, comer coisas gostosas, ver vitrines de modas e móveis. (CHEFLA).

... procuro distrações fora do ambiente de trabalho, como passeios,etc. (ENTREV.10).

Procurar o **auxílio de algum profissional** não está na lista das primeiras opções, embora tenha sido mencionado por algumas entrevistadas

... e este ano pretendo buscar um profissional para um suporte psicológico. (ENTREV.8),

Era difícil. Eu comecei a fazer terapia porque era muita agressão. (ENTREV. 11).

E, muitas vezes, a única opção é **o choro e a solidão**.

O choro é minha válvula de escape... alivia a tensão... gosto de ficar sozinha... depois que eu choro fico normal. (ENTREV. 7),

Então você chega... e você chora. Eu choro mesmo... (ENTREV. 4).

Parece que mesmo assim, muitas vezes esses mecanismos não são suficientes, acarretando, ao nosso ver, implicações para o bem-estar físico e emocional. Isto pode ser constatado pelo relato de sintomas sentidos pelos enfermeiros que nos foram comunicados nos formulários e pela justificativa das causas dos mesmos.

SINTOMAS CITADOS	FREQÜÊNCIA
- dores nas costas	14
- dor de estômago	7
- cefaléia	6
- azia	5
- dores musculares	4
- disminorréia	3
- palpitação	3
- dor de garganta	3
- prisão de ventre	2
- febre, afecções dermatológicas, alergias vômitos, bronquite, enxaqueca, inapetência	1 de cada

Vemos nesta relação que os sintomas mais mencionados pelos enfermeiros estão associados ao aparelho ósteo articular, aparelho digestivo e aparelho circulatório, estando portanto, de acordo com os achados de PITTA (1990). Segundo a autora, ainda, a inibição da energia libidinal por um mecanismo de repressão tenderá a resvalar para uma via sintomática ou reativa com: inibições intelectuais; impossibilidade em investir em atividades criativas; aborrecimento e desprazer com o trabalho; repetição obsessiva de um mesmo pensamento e tédio, entre outros.

Como explicação, vemos que a maioria considera que as causas dos sintomas estão ligadas à natureza do trabalho, tanto físico quanto emocional, do hospital.

CAUSAS MENCIONADAS	FREQÜÊNCIA
tensão/estresse	6
problemas no trabalho	5
carregar peso	3
má alimentação	3
preocupações	3
problemas na família	2
problemas financeiros, excesso de exercícios, dormir pouco, gripe	1 de cada

3.4 As expressões emocionais da equipe

As enfermeiras entrevistadas também relatam expressões de sentimentos entre os componentes da equipe de Enfermagem indicando que as emoções não são vividas apenas a nível individual e particular; elas estão visivelmente presentes e se manifestam em todos os membros da equipe.

Às vezes percebo um funcionário que tá chorando... (ENTREV.3),

Outro dia encontrei uma enfermeira em prantos porque tinha morrido uma criança. (ENTREV.7),

Já peguei funcionário meu chorando, porque lembrou do seu pai... quando viu o paciente. (ENTREV.4).

Às vezes, os sentimentos aparecem de forma mais encoberta, manifestos enquanto mecanismos de defesa: culpando o paciente, 'rodopiando'...

Todo mundo passava o plantão assim: o paciente é poliqueixoso. (ENTREV.1),

A queixa maior da equipe... porque o paciente dá tanto trabalho, ele chama tanto, acabei de sair do quarto e ele tá chamando de novo (...) graças a Deus que a senhora chegou atende esse paciente que ele não pára de chamar. (ENTREV.10),

Eles tocam muito pouco (...) as pessoas tem essa dificuldade (...) funcionários querem sempre rodopiar. (ENTREV.1).

Porém, outros discursos revelam a preocupação e esforço da equipe em encontrar a melhor forma para assistir os pacientes.

Quando a gente viu ele decaindo, a gente se aproximou tanto... e quando ele melhorou todos os funcionários da UTI foram visitar ele... saindo da UTI ele piorou... o pessoal ficou muito chocado com isso. (ENTREV.1),
...eu ouço de muitos profissionais, não só de enfermeiras... esse ponto do emocional: Ah! porque a gente gostaria de assistir, mas a gente não pode porque é muito serviço... (ENTREV.10).

Mas a equipe encontra formas para dividir as dificuldades do dia a dia no corre corre da assistência ao paciente.

... alguns começam a conversar e a gente acaba intosando e alivia um pouco a tensão daqui. (ENTREV.4),

Na reunião com a psicóloga a gente levava os problemas... soltava tudo e ajudava a organizar... dividia um pouco a carga... todo mundo falava do que sentiu e a gente percebe que é normal... e todos sentiam o mesmo. (ENTREV.9).

A necessidade maior de socializar as emoções ocorre principalmente no caso de pacientes terminais:

Elas colocam na passagem de plantão: olha aquele menino dá dó de ver... não dá prá entrar no quarto, a gente entra pouco (...) todo mundo se afasta, não de propósito, mas é uma forma de não enfrentar aquilo. (ENTREV.9),

... paciente jovem mexeu com todos até com quem tem sete,oito anos de casa. (ENTREV.8),

Sempre que a gente tá conversando o assunto que vem é esse do óbito das crianças... a gente não se conforma... (ENTREV.5),

Toda equipe se aproximou muito dela, gostou muito dela e foi assim uma morte que... marcou.(ENTREV.2).

E o preço desse envolvimento nem sempre traz um saldo positivo, deixando marcas nos que convivem:

Eu já vi enfermeira que chega uma hora que estressa de ter de pegar férias ou licença. (ENTREV.8),

E quando você vê aquele paciente em fase terminal, você termina se envolvendo... porque aqui você convive com a morte queira ou não. Se envolve com a família e com o doente... principalmente quando ele fica meses e meses internado e você cuidando dele. Quando falece parece que foi alguém de sua família.(ENTREV.7),

Aí eu me perguntava muitas vezes como é que elas aguentavam (...) o número de viúvas é grande (...) tinha uma careca acho que de tanto desgaste emocional (...) (ENTREV.11).

Mas, apesar disso, também há os momentos de compartilhamento de alegrias como por exemplo, quando um diagnóstico de câncer não se confirma:

Todo mundo vibra quando dá benigno, fica todo mundo contente. (...) No Centro Cirúrgico... fica a equipe toda na expectativa da congelação... fica todo mundo super feliz, quando dá benigno. (ENTREV.2),

...logo ele (paciente) saiu da recuperação e todos da UTI foram visitar ele. (ENTREV.1),

...ela está há dois anos e pouco sem recaída (...) mas é uma satisfação que dá vontade de gritar pro mundo e mostrar. (ENTREV.6).

Também na equipe médica parecem ocorrer tentativas de fuga ou de afastamento sendo estas mencionadas pelas enfermeiras como queixa da falta de cumplicidade dos médicos, esperada principalmente nos momentos difíceis da assistência ao paciente.

Os médicos vão sempre para seus consultórios. (ENTREV.6).

Comigo já aconteceu de chamar o médico e ele dizer que não precisava constatar o óbito. (ENTREV.9),

O médico da UTI falou pro enfermeiro para pedir à mãe para parar de chorar ou mandava ela sair. (ENTREV.8).

... acho que no geral enfermeiros e médicos nunca têm tempo pra um carinho, um bate papo...(ENTREV. 6).

3.5 O controle das emoções

Na escola, como já dissemos de início, a formação é orientada para o controle das emoções. Este controle se processa no seio da Enfermagem com expressões que denunciam a ação realizada tanto ao nível individual como ao nível coletivo. Assim as emoções são censuradas de maneira a não deixar que atrapalhem o andamento do serviço e mantendo o profissionalismo.

Na faculdade a gente é ensinado a não se envolver, não chorar (...) e nesta hora tem que criar uma resistência grande. (ENTREV.7),

Olha, sempre a gente tenta se controlar e sempre dizer uma palavra de conforto. (ENTREV.2),

A gente tem que tá ali com o doente por mais que às vezes cause...(ENTREV.1);

Faz de conta que aquele odor você não está sentindo... então você tem que dar mais apoio ... (ENTREV. 4);

Este controle passa também pelos mesmos caminhos já mencionados anteriormente das técnicas de defesa contra a ansiedade e visa refrear o envolvimento excessivo com o paciente e evitar identificações perturbadoras, o que levaria ao desequilíbrio emocional.

Eu vou ter que melhorar... eu não posso me desestruturar. (ENTREV.10),

Eu vou sentir mesmo, mas eu tento controlar... não vou ficar também... não vou me apegar demais porque não vai dar mesmo. (ENTREV.5).

E é efetivado especialmente através da cisão entre a vida profissional e a vida particular.

...você sai daqui e não pode ficar misturando muito isso lá fora... Eu sei que o paciente e enfermeira não devem estar misturando muito o lado pessoal da sua vida. (ENTREV.6),

... eu não misturo problema de casa com problema do hospital... você nunca me vê de cara fechada, tô sempre sorrindo. (ENTREV.3).

A normatização das emoções se estende à forma de interagir com o paciente, privilegiando suas emoções em detrimento das da enfermeira:

Falei pra ela você não pode usar este termo... tem que falar que o paciente tá ansioso, tá com dor, com saudade... (ENTREV.1),

Aí você tem que passar uma coisa muito forte pra essas pessoas ... estamos aqui pra amenizar o sofrimento dos pacientes. ... então aquele dia tem que ser um dia bem vivido para ele ... tem que passar o que é bom... passar pra ele que você está querendo conversar com ele independente do odor (...) Tem que cuidar dele porque se for para morrer (...) tem que ser com dignidade, o objetivo da gente tem que ser esse. (ENTREV.4),
... e a gente continua dando o melhor da gente pra eles... e a gente tenta relevar quando o paciente é chato e faz profissionalmente e pronto. (ENTREV.2),

... além de tudo tinha que ter um tempinho para escutar o paciente (...) Alguém tem que lutar por eles (...) eu tinha que me controlar pra não chorar na frente dela. (ENTREV.3),

...eu não acho justo demonstrar isso pro paciente. Eu não sei se é bom demonstrar o sentimento pro paciente. (ENTREV.10),

E nesta hora você tem que ter força pra ajudar os outros... você segura senão vai chorar com a família... tem que manter pelo menos você porque já pensou se todos começam a chorar? (...)Então a gente tem que aproveitar e tentar ajudar os outros agora enquanto está bem. (ENTREV.7).

E assim a enfermeira segue sua trajetória tal qual foi treinada sentindo e não demonstrando, sendo instrumento do bem-estar do outro, negando-se como pessoa ...pedras fundamentais da profissão. Mas a que custo?

(...) Então eu precisei ir para um cantinho chorar um pouco, mas assim na frente do paciente eu achei que eu fui profissional, não demonstrei. Continuei brincando, animando o paciente até o fim e ... mas tem hora que dá uma depressão sim (...) Não sei se daqui a seis ou oito meses eu vou me esgotar. Se eu vou agüentar eu não sei. (...) (ENTREV. 8).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para este estudo foram consultados quarenta enfermeiros, com predominância quase que absoluta do sexo feminino. Na sua maioria, eram bastante jovens, com até trinta anos de idade; eram jovens também profissionalmente já que mais da metade da amostra era formada há menos de cinco anos. A maioria trabalhava na instituição há menos de cinco anos, sendo

que os motivos de escolha pela especialidade foram principalmente a curiosidade, a vontade de aprender sobre a doença e a oportunidade de treinamento que a instituição oferecia.

Das doze enfermeiras entrevistadas, todas 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 à doença, ao paciente e sua família e dos mecanismos individuais e coletivos de enfrentamento das situações consideradas difíceis.

Como fatores gratificantes do trabalho, os enfermeiros mencionaram: ver a recuperação do paciente, ter contato com ele e poder ajudá-lo, cuidar de crianças, conhecer sobre a doença, ensinar pacientes e funcionários e sentir-se útil. Como fatores difíceis, foram mencionados: a lida com o sofrimento do paciente e suas inúmeras internações; a revolta e a morte dele; a sensação de impotência diante da doença; a falta de tempo para prestar uma boa assistência; a falta de funcionários e de organização no trabalho e o excesso de atividades.

As enfermeiras verbalizaram muitos medos e inseguranças na assistência, devido geralmente à desinformação em relação à patologia em si e às formas de tratamento, bem como às fantasias que se formam em torno do paciente causadas justamente pela falta de conhecimento. Esses sentimentos parecem mais aguçados quando se trata da assistência de crianças e adolescentes.

Dentre as inúmeras emoções citadas pelos enfermeiros encontramos menção freqüente à pena, ao amor e à alegria; no entanto, também foi citada uma série de outras emoções, na sua maioria relacionadas com abnegação, vocação e doação, que podem ser chamadas de **sentimentos de dever**, conforme HELLER (1985), já que estão intimamente relacionadas com as características da profissão.

Como forma de enfrentamento das situações consideradas difíceis, as enfermeiras entrevistadas lançam mão, a nível individual, de algumas técnicas de defesa citadas por MENZIES (1970), principalmente as de refreamento do envolvimento excessivo com o paciente e a procura por manter sua independência profissional. Como mecanismos individuais, de defesa foram mencionados a religião ou alguma forma de ajuda espiritual e inúmeros passatempos: passeios, execução de trabalhos manuais, leitura e meditação. Foi pouco citada a procura de ajuda de outro profissional. A maioria mencionou o choro como válvula de escape.

O estresse vivenciado aparentemente se reflete numa variedade de sintomas, na grande maioria relacionados ao aparelho ósteo articular (dores nas costas e dores musculares, principalmente), ao aparelho digestivo (dor de estômago, azia e prisão de ventre) e ao aparelho circulatório (palpitação e cefaléia). Ao nosso ver, podem ter como causa a somatização física, já que a maioria dos enfermeiros cita as situações físicas e emocionais do trabalho como responsáveis por esses sintomas.

Como podemos ver, o trabalho com o paciente oncológico gera inúmeras emoções diante das quais o enfermeiro lança mão de algumas estratégias para se proteger da ansiedade que essas emoções suscitam. Destacamos dentre essas estratégias, várias técnicas já estudadas por outros autores, que ao nosso ver muitas vezes atuam como inibidores do contato enfermeiro-paciente e precisam ser revistas no sentido de se tornarem não apenas cerceadoras do sentir mas sim, norteadoras do agir do enfermeiro. Acreditamos que ao deixar aflorar as emoções o enfermeiro não apenas aprenderá a lidar com elas no dia-a-dia, mas também, crescerá enquanto pessoa e enquanto profissão que se identifica como **gente que cuida de gente.**

FERREIRA, N.M.L.A. A hard relation with cancer: a study of emotions on oncologic's nursing. *Rev.Esc.Enf.USP*, v.30, n.2, p.229-53, aug. 1996.

The present study represents an attempt to verify which emotions are present in nursing activities with cancer patients and how nurses deal with them. In order to reach this goal, a quantitative approach was used in order to allow a comprehension of the population studied and their work conditions. After that, field observations and structured and semistructured interviews were carried out so as to understand how emotion was experienced and dealt with. Thematic analysis of the nurses discourse was conducted in order to identify the core of the emotional issues and to elaborate the Maps of Association of ideas. The main themes were: the disease, the patient, the team and the health institution, the emotions that emerged and ways of coping. Data analysis allowed to identify which emotions are present in every day situations of nursing care, the ways of coping that are used with difficult situation and the mediation of the institutional culture in the control of emotional expressions.

UNITERMS : Emotional care. Cancer nursing. Emotions.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABU-LUGHOD, L.; LUTZ, C.A Introduction: emotion, discourse, and the politics of everyday life. In LUTZ, C.A., ABU-LUGHOD, L. Language and the politics of emotion. Cambridge, University Press, 1990. p. 1-23.

CUVILLIER, A. Pequeno dicionário de língua filosófica. São Paulo, Nacional, 1961.

EKMAN, P. Expression and the nature of emotion. In : SCHEREE, K. , EKMAN, P. Approaches to emotion. Hillsdale, N. J. Erlbaun, 1984.

FERREIRA, N. M. L. A. A assistência emocional - dificuldades do enfermeiro. *Rev. Baiana Enf.*, v. 5, n. 1, p. 30-41, 1992.

- FERREIRA, N.M.L.A. ; HISAMITSU, C. O enfermeiro frente às manifestações emocionais do paciente hospitalizado. Acta Paul. Enf., v. 6, n. 1/4 , p. 16-23, 1993.
- HARRÉ, R. ; CLARK, D. ; DE CARLO, N. Motives and mechanisms: an introduction to the psychology of action. Londres, Methuen, 1985. p. 130- 5: as emoções..
- HELLER, A. Teorias de los sentimientos. 3.ed. Barcelona, Fontana/Colecion Logos, 1985.
- MARINO Jr., R Fisiologia das emoções. São Paulo, Sarvier, 1975.
- MENZIES, I.E.P. O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade. São Paulo, 1970. (/mimeografado/.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1992.
- MORRIS, C. G. Psychology : an introduction. 6.ed. Englewood Cliffis, Prentice Hall, 1988. cap. 11, p. 439-43 : motivacion and emotion.
- PAIXÃO, W. História da enfermagem. 5. ed. Rio de Janeiro, Júlio Reis, 1979.
- PIERON, H. Dicionário de psicologia. Porto Alegre, Globo, 1969.
- PITTA, A. M. I. Hospital : dor e morte como ofício. São Paulo, Hucitec, 1990.
- SEYMER, L. R. Florence Nightingale. São Paulo, Melhoramentos, s.d. (Coleção Vidas Famosas, 6).
- SPINK, M. J. P. O conceito de representações sociais na abordagem psicossocial. Cad. Saúde Públ., v. 9, n. 3, p. 300-8 . 1993.
- TAKAHASHI, E. I. U. A emoção na prática de enfermagem : relatos por enfermeiros de U.T.I. e U.I. São Paulo, 1991. 231p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- TRAVELBEE, J. Intervención en enfermeria psiquiátrica. Cali - Colombia, Karwajal, 1979.
- VIVES, J. F. Actitud del personal sanitario frente al câncer: un estudio comparativo entre estudiantes y profesionales de enfermeria. Madrid, Prensa Universitária, 1991.

ANEXO 1

FORMULÁRIO

CARO COLEGA

Estamos solicitando sua colaboração no sentido de responder ao formulário abaixo, para que possamos conhecer melhor os enfermeiros que trabalham na área de oncologia.

Sua informação é de suma importância, uma vez que trará dados sobre o trabalho do enfermeiro da área oncológica que serão de grande utilidade no desenvolvimento do nosso projeto de pesquisa.

Contando com sua colaboração, agradecemos.

DADOS PESSOAIS

Quando começou a trabalhar nesta Instituição?

Cargo que ocupa atualmente? Idade sexo

Setor atual de trabalho? Tempo

Outros setores em que já trabalhou na Instituição?

Possui outro emprego? Qual?

Escola em que se formou? Ano

Cursos de Especialização ou aprimoramento? Ano

No seu curso de graduação foi ensinado Cancerologia? Quais disciplinas?

QUESTÕES

1-Porque escolheu trabalhar nessa Instituição?

2-Quando tomou essa decisão?

3-Que fatores influenciaram essa decisão?

4-Quais os aspectos gratificantes do seu trabalho?

5-Quais os aspectos difíceis do seu trabalho?

6-Que emoções o seu trabalho com paciente suscita?

7-Como você faz pra lidar com essas emoções?

8-Qual foi a última vez que você faltou ao trabalho? Qual foi o motivo?

9-Durante os últimos 7 dias você teve algum dos seguintes problemas de saúde?

10-Que explicação você dá para isso?

11- Se alguém lhe disser que pretende trabalhar com pacientes portadores de câncer, que conselhos você lhe daria?

Quer fazer algum comentário?

Deixe seu nome caso você esteja interessado em participar deste trabalho posteriormente.

MUITO OBRIGADO.