

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

A VIVÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS NOS CENÁRIOS DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE ONCOLÓGICO

O CASO DOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE ONCOLOGIA MÉDICA DO INSTITUTO
PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL E.P.E.

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Dora Lisa Rocha Franco

Orientador:

Prof. Doutor Manuel José Lopes

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Novembro de 2006

160 782

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**
(DR - II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

A VIVÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS NOS CENÁRIOS DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE ONCOLÓGICO

O CASO DOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE ONCOLOGIA MÉDICA DO INSTITUTO
PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL E.P.E.

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Dora Lisa Rocha Franco

160 782

Orientador:

Prof. Doutor Manuel José Lopes

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Novembro de 2006

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE
Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

ERRATA

**A VIVÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS NOS CENÁRIOS DA
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE ONCOLÓGICO**
- O CASO DOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE ONCOLOGIA MÉDICA DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE
ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL E.P.E. -

Dora Lisa Rocha Franco

Évora
Junho de 2007

- Na página nº4, linha nº18, onde se lê “fazem emergir” deve ler-se “faz emergir”.
- Na página nº7, linha nº12, onde se lê “os afectos” deve ler-se “aos afectos”.
- Na página nº18, linha nº24, onde se lê “verificando-se segundo Collière” deve ler-se “assistindo-se segundo Collière”.
- Na página nº21, linha nº24, onde se lê “e não se emociona” deve ler-se “e não se deve emocionar”.
- Na página nº22, linha nº3, onde se lê “o seu conceito e significados”, deve ler-se “o seu conceito e significado”.
- Na página nº22, linha nº17, onde se lê “do latim *cogitare*, como verbo” deve ler-se “do latim *cogitare*, Como verbo...”.
- Na página nº27, linha nº8, onde se lê “muitos deles semelhantes ao do doente” deve ler-se “muitos deles semelhantes aos do doente”.
- Na página nº 28, linha nº30, onde se lê “altos níveis de stress” deve ler-se “altos níveis de stresse”
- Na página nº29, linha nº6, onde se lê “onde se destaca” deve ler-se “onde se destacam”.
- Na página nº29, linha nº10, onde se lê “cinco dias de férias e mais uma hora” deve ler-se “cinco dias de férias e menos uma hora”.
- Na página nº29, linha nº28 e linha nº29, onde se lê “de modo a prevenir, evitar ou controlar” deve ler-se “de modo a prevenirem, evitarem ou controlarem”.
- Na página nº31, linha nº6, onde se lê “equipa deve ter padrões” deve ler-se “equipa devem pois ter padrões”.
- Na página nº32, linha nº7, onde se lê “que não constituindo uma oposição” deve ler-se “que não constitui uma oposição”.
- Na página nº36, linha nº1, onde se lê “Por outro o sentimento” deve ler-se “Por outro lado o sentimento”.
- Na página nº45, linha nº21, onde se lê “mecanismos de defesa e de projecção” deve ler-se “mecanismos de defesa e de protecção”.
- Na página nº65, linha nº2, onde se lê “factores de penosos e gratificantes” deve ler-se “factores penosos e gratificantes”.
- Na página nº73, linha nº11, onde se lê “imerge do perigo antecipado surge” deve ler-se “surge do perigo antecipado aparece”.

- Na página nº73, linha nº 13, onde se lê “deixando-nos alerta para os riscos” deve ler-se “deixam-nos alerta para os riscos”.
- Na página nº82, linha nº33, onde se lê “É na tensão na referida, na vulnerabilidade” deve ler-se “É na tensão referida, na vulnerabilidade”.
- Na página nº102, linha nº27, onde se lê “meios externos para mater o equilíbrio emocional” deve ler-se “meios externos para manterem o equilíbrio emocional”.
- Na página nº108, linha nº23, onde se lê “recrearem um estado emocional” deve ler-se “recriarem um estado emocional”.
- Na página nº111, linha nº16, onde se lê “contidas nas tarefas são expressões” deve ler-se “contidas nas rotinas são expressões”.
- Na página nº120, linha nº20, onde se lê “perecem delimitar dois mundos” deve ler-se “parecem delimitar dois mundos”.
- Na página nº121, linha nº29, onde se lê “mas ao posterior usado em alguns hospitais” deve ler-se “mas posteriormente usado em alguns hospitais”.

*“Sou um guardador de rebanhos.
O rebanho é os meus pensamentos
E os meus pensamentos são todos sensações.
Penso com os olhos e com os ouvidos
E com as mãos e os pés
E com o nariz e a boca.*

*Pensar numa flor é vê-la e cheirá-la
E comer um fruto é saber-lhe o sentido.*

*Por isso quando num dia de calor
Me sinto triste de gozá-lo tanto,
E me deito ao comprido na erva,
E fecho os olhos quentes,
Sinto todo o meu corpo deitado na realidade,
Sei da verdade e sou feliz”*

Alberto Caeiro

ÍNDICE

Poema	I
Índice Geral	II
Índice de Figuras	IV
Índice de Quadros	V
Resumo	VI
Abstract	VII
Agradecimentos	VIII
Dedicatória	IX
SIGLAS	X
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	6
1.1 – AS EMOÇÕES E OS SENTIMENTOS	6
1.1.1 – A finalidade das emoções e dos sentimentos	8
1.1.2 – O lugar das emoções nas organizações	13
1.2 – AS EMOÇÕES NO CUIDAR	17
1.2.1 – Perspectivas sobre o cuidar	22
1.2.2 – Cuidar do doente oncológico	25
1.2.2.1 - <u>A exaustão emocional no cuidar</u>	27
1.3 – STRESSE E BURNOUT NA VIVÊNCIA EMOCIONAL	31
1.4 - A APRENDIZAGEM DAS EMOÇÕES	36
1.4.1 - A influência sócio-cultural e o auto-conhecimento	38
1.4.2 - A gestão das emoções	41
1.4.2.1 - <u>O controlo das emoções nos prestadores de cuidados</u>	43
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	46

2.1 – PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	46
2.2– ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	48
2.2.1 – Tipo de estudo	49
2.2.2 – Contexto e Sujeitos do Estudo	52
2.2.3 – Considerações éticas	56
2.3 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	57
2.3.1 – Instrumento de Colheita de Dados	58
2.4 – PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	61
2.5– LIMITAÇÕES DO ESTUDO	65
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	66
3.1 – EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO CUIDAR DO DOENTE ONCOLÓGICO	66
3.2 – PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA	78
3.3 – MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS	95
CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	108
4.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES	108
4.2 – RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO SOCIO- ORGANIZACIONAL	122
NOTA FINAL	129
BIBLIOGRAFIA	130
ANEXOS	138
Anexo I – Pedido de autorização do estudo concedido pela Instituição	139
Anexo II – Consentimento Informado	141
Anexo III – Guião da entrevista	144
Anexo IV – Entrevista e respectivo corpo de análise	147
Anexo V – Quadro Global nº3	161

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n°1 – Qualidade de vida e Desempenho profissional

124

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1 – <u>Características gerais dos entrevistados</u>	55
Quadro nº2 – <u>Dimensões de análise de informação</u>	61
Quadro nº3 – <u>Categorização global de todas as entrevistas</u>	162
Quadro nº4 – <u>Experiência emocional no cuidar do doente oncológico</u>	67
Quadro nº5 – <u>Factores que potenciam a experiência emocional</u>	67
Quadro nº6 – <u>Sentimentos e emoções vividos</u>	72
Quadro nº7 – <u>Prática do cuidar em oncologia</u>	79
Quadro nº8 – <u>Reconhecimento da especificidade da doença oncológica</u>	79
Quadro nº9 – <u>Aspectos gratificantes no cuidar do doente oncológico</u>	83
Quadro nº10 – <u>Aspectos penosos no cuidar do doente oncológico</u>	87
Quadro nº11 – <u>Desgaste emocional</u>	94
Quadro nº12 – <u>Mecanismos de gestão das experiências emocionais</u>	96
Quadro nº13 – <u>Estratégias pessoais de gestão de experiências emocionais</u>	97
Quadro nº14 – <u>Suporte emocional externo</u>	103
Quadro nº15 – <u>Proposta de prática organizacional</u>	127

A VIVÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS NOS CENÁRIOS DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE ONCOLÓGICO

RESUMO

Com a presente investigação pretendemos conhecer a vivência das emoções dos enfermeiros nos cenários da prestação de cuidados ao doente oncológico e simultaneamente contribuir para uma melhoria das práticas de intervenção e de gestão emocional em enfermagem nos contextos de trabalho em Oncologia, procurando dar resposta à pergunta inicial de investigação: *Qual a vivência emocional do enfermeiros nos cenários da prestação de cuidados ao doente oncológico?*

Nas opções metodológicas optámos pelo paradigma qualitativo, onde a entrevista narrativa foi a técnica privilegiada de recolha de informação, tendo permitido compreender com profundidade a forma como os enfermeiros vivem a prestação de cuidados ao doente oncológico.

As experiências emocionais consideradas mais marcantes foram na generalidade aquelas que mais penosas se constituíram para os entrevistados, relacionadas com uma relação mais próxima e profunda com o doente e com situações de morte e sofrimento. Consequentemente os sentimentos e emoções referidos foram na sua maioria negativos.

Na prática de cuidar do doente oncológico verificou-se a influência marcada dos mitos sociais e pessoais associados à doença cancro, tendo sido reconhecida de forma global a complexidade e especificidade inerentes a esta prestação de cuidados, tão gratificante, quanto desgastante.

O uso de mecanismos de gestão das experiências emocionais reflectiu-se no recurso a estratégias pessoais e externas, usadas na sua maioria com o objectivo de diminuir o desgaste emocional. Foram sugeridas várias medidas de intervenção organizacional no reconhecer unísono da necessidade de acompanhamento e suporte por parte da organização de saúde.

Os resultados desta investigação acrescentam assim todo um conjunto de novos dados que ajudam na compreensão da problemática da vivência emocional dos enfermeiros, na certeza de que esta melhorará a prestação de cuidados ao doente oncológico, com conseqüente optimização organizacional.

Palavras-chave: Emoção; Sentimento; Enfermeiro; Oncologia; Gratificação; Desgaste; Gestão emocional.

THE EMOTIONAL LIFE OF NURSES IN THE HEALTH CARE SCENERY TO ONCOLOGICAL PATIENTS

ABSTRACT

With this present investigation we intend to study the emotional life of nurses while providing health care to oncological patients and simultaneously contribute to an improvement of the intervention and emotional management practices in nursing in the contexts of working in Oncology, trying to answer the initial question of the inquiry: *What is the emotional life of nurses in health care scenery to oncological patients?*

As far as the methodology is concerned we chose the qualitative paradigm, in which the narrative interview was the privileged technique to gather information. That allowed us to deeply understand the way nurses live the providing of health care to the oncological patient, their emotional experiences, what they feel and express, what moves and consumes them, as well as the forms of emotional management.

The most striking emotional experiences have, in general, been those considered most painful by the interviewed nurses, usually related to a closer and deeper relation with the patient and situations of death and suffering. The consequent feelings and emotions have been mostly negative.

Health care provided to oncologic patients is strongly influenced by social and personal myths related to cancer and both the complexity and specificity inherent to this kind of health care has been acknowledged as rewarding, as consuming.

The use of means of emotional management is visible in the resource to personal and external strategies, used to diminish the emotional consumption. They have also suggested some measures of organisational intervention in the unison recognition of the need of accompaniment and support from the health care institution.

The results of this investigation, thus add whole a set of new data that helps in the understanding of the problematic of the emotional life of nurses, in the certainty that this will improve the providing of care to the oncologically sick person, with consequent organisational optimisation.

Key words: Emotion; Feeling; Nurse; Oncology; Gratuity; Consuming; Emotional management.

AGRADECIMENTOS

Ao Sr. Prof. Doutor Manuel José Lopes, pela orientação, apoio e incentivo constantes, demonstrados ao longo de todo o trabalho, na serenidade e confiança.

Ao Sr. Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva, pela amizade e motivação, fundamentais para a realização deste trabalho.

Ao Zé, à minha mãe, irmã e avós, sempre prontos para me acolherem, com compreensão e disponibilidade.

À Magda pelo que passámos e ultrapassámos juntas...e a todos os meus amigos, pela força e colo.

Ao Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil E.P.E, especialmente à Sra. Enfermeira Directora Pereira de Campos e à Sra. Enfermeira Lopes Duarte, pela amabilidade na aceitação da realização do presente estudo, simpatia e disponibilidade demonstradas.

À Sra. Enfermeira Marques Pacheco e à equipa de enfermagem da Unidade de Enfermagem II, sempre prontos para partilharem o seu íntimo, numa disponibilidade e entrega indescritíveis.

À Sra. Enfermeira Paula Branco e aos meus colegas da Unidade de Enfermagem IV, pelas horas, dias e semanas de compreensão, ajuda e incentivo.

À memória do meu pai, sempre presente no palco da minha vida...

SIGLAS

I.P.O. – Instituto Português de Oncologia

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento das ciências sociais e com o alargamento correlativo dos conhecimentos tem-se assistido a uma atenção crescente sobre a complexidade humana (Albarello, 1997). O interesse cada vez maior sobre a pessoa, sua essência e intenções trazem à ribalta novos estudos, alguns deles na área de enfermagem, sobre a dimensão emocional, no reconhecimento, cada vez mais consensual, da importância das emoções e dos sentimentos, como factores chave na utilização efectiva da pessoa.

De facto aquilo que sentimos, a forma como nos emocionamos e relacionamos com o outro, dota-nos de significados. Nas organizações, principalmente nas de saúde, a *pessoa* é, e deve ser cada vez mais, considerada, como um importante activo, enquanto detentora de um capital emocional rico e único. A capacidade de usar e controlar com destreza as reacções emocionais próprias e dos outros, confere assim a cada actor organizacional poder e um valor inestimável.

A cadeia complexa de um acontecimento começa com a emoção e termina no sentimento. O sentimento é uma experiência mental dirigida para o interior, traduzindo de certa forma o estado da vida numa linguagem do espírito (Damásio, 1998). Já a emoção, segundo Serra (1998), assume-se como o verdadeiro fundamento da personalidade, sendo através dela que nos ligamos aos outros e a nós próprios, na regulação dos nossos actos e pensamentos, nos impulsos e planos de acção.

Os sentimentos e as emoções constituem-se desta forma como processos que facilitam a compreensão e a resolução de determinado problema, dando-nos simultaneamente a oportunidade de mudarmos de direcção, sempre que assim o pretendermos (Oatley e Jenkins, 2002).

As emoções são parte integrante da nossa relação com o mundo, com as coisas, sendo por isso parte integrante de tudo o que nos rodeia. Com um olhar nem sempre se vê e o ouvir nem sempre permite escutar. É na intencionalidade, é na emoção que a maioria dos gestos ganha sentido e côr. A partir deste raciocínio poder-se-á atribuir importância às emoções e aos sentimentos na nossa relação com o mundo.

Gerir as emoções que afloram, gerir a forma de sentir e expressar o que se sente, é considerá-las, valorizando-as e tomando consciência da sua importância no desempenho de um trabalho considerado emocional.

A utilização das emoções e dos sentimentos positivos podem surgir como um meio potenciador de melhorar os cuidados, pelo empenhamento e incremento do sucesso. Permitem orientar o agir, no desenvolvimento de uma maior sensibilidade e ajudam na compreensão das necessidades do outro, uma vez que facilitam o estabelecimento de relações afectivas e mais próximas. No entanto a utilização de sentimentos e emoções quando negativos pode ser igualmente perigosa, já que estes pelos limites que impõem contribuem para um pessimismo, para uma passividade e desmotivação, aliadas ao insucesso, podendo levar, na falta de uma correcta gestão, a estados de desgaste ou exaustão emocional. Por exemplo uma exagerada *entrega* aos outros ou uma excessiva contração projectiva nos sentimentos dos outros pode vir a manifestar-se de forma patológica.

A verdade é que os sentimentos e as emoções estão em cada relação e por isso influenciam e são influenciados pela própria experiência emocional em si. Reconhecer a forma como experimentamos as emoções, como sentimos as vivências que nos marcam, como vivemos o que sentimos, assume-se como fulcral no reconhecimento de nós mesmos.

O conceito de *vivência* surge segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2006) como uma coisa que se experimentou vivendo, como o conhecimento adquirido no processo de viver; experiência; prática. Desta forma a vivência emocional, surge como o modo como se vive, sendo todo um conjunto de experiências emocionais, de comportamentos, e simultaneamente uma manifestação da nossa existência.

Já a *experiência emocional*, ainda segundo o dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2006), assume-se como o acto de experimentar as emoções, como qualquer conhecimento obtido por meio dos sentidos; forma de conhecimento abrangente, não organizado ou de sabedoria adquirida de maneira espontânea durante a vida.

Apesar do reconhecimento, cada vez mais consensual, da importância da vivência emocional de cada actor organizacional tem-se verificado, ainda nos dias de hoje, uma certa negligência por parte da nossa cultura tradicional, cuja ênfase é muitas vezes colocada em processos cognitivos e intelectuais, num consequente entorpecimento emocional.

A eficácia organizacional está pois indiscutivelmente relacionada com essa mesma vivência emocional, com o conjunto de experiências de cada actor, com a qualidade da vida profissional, com a realização, com a confiança e com o compromisso dos trabalhadores com a organização.

Nas organizações de saúde a renovação e a valorização de cada actor é exigida na necessidade ainda mais imperiosa de reflexão e humanização, na certeza de que a qualidade dos serviços prestados depende não tão-somente de uma organização racionalmente adequada, mas também do envolvimento de cada um.

Quando as organizações de saúde têm na razão de ser da sua existência a doença oncológica, o envolvimento de cada actor organizacional assume-se de uma forma ainda mais complexa e profunda.

A doença oncológica transporta na palavra cancro vários estigmas e medos relacionados com uma ameaça à vida, no medo do sofrimento e da morte. Surge associada a todo um turbilhão de sensações, que afecta não apenas e somente o doente e aqueles que o rodeiam, mas também os profissionais de saúde que destes cuidam.

Isto porque quem cuida também é pessoa e para além disso, a sua intervenção transcende os meros procedimentos técnicos, pois concretiza-se através do encontro efectivo com o outro, na sua fragilidade e força. Deste modo, o cuidar, revela-se transpessoal, num encontro entre mundos íntimos e subjectivos, enquanto arte humana, tal como preconizado por Watson (2002). No mundo subjectivo e interior de cada pessoa, seja o prestador de cuidados ou o doente, a ênfase é colocada no relacionamento aberto, na participação e na entrega. Collière (2003) assume mesmo que o desafio dos cuidados está precisamente no reconciliar, no ligar, no relacionamento do corpo com espírito e na reflexão sobre todo um conjunto de concepções e símbolos culturais.

De entre os diversos profissionais de saúde, o enfermeiro surge-nos como o prestador de cuidados que mais perto se encontra do doente e que por isso mais frequentemente se confronta com todas as manifestações físicas e psicológicas da doença oncológica, face às quais é imperiosa a utilização de um conjunto de recursos e capacidades para lhe fazer frente. Como qualquer outra pessoa é influenciado pela imagem mental e social do cancro, não sendo indiferente ao medo do sofrimento e à impotência face à finitude da vida. Na verdade o sofrimento e a morte em oncologia parecem ecoar particularidades que transcendem a doença física e o corpo doente, nos olhos de quem os assiste, nos laços que os prendem e nas palavras de quem os mistifica.

Vários estudos realizados têm procurado entender a relação das emoções na prestação de cuidados. O encontro com as emoções e os sentimentos no cuidar transporta-nos para a história, para um passado recente mecanicista e de repressão, para o perigo que se reconhecia em entender e usar as emoções, para um esquecimento da relação com o outro, na tendência em privilegiar a técnica, de manipular tarefas e

peças. De referir que a eventual redução do ser humano a um mero valor económico faz sobressair estratégias desenvolvidas pelos prestadores de cuidados de forma a garantirem o controlo emocional e o risco de contaminação simbólica (Collière, 2003).

Na prática de enfermagem é frequente identificar uma série de mecanismos de defesa usados face às ameaças, muitos deles contraditórios, cuja finalidade é sem dúvida alguma, controlar as emoções negativas e por vezes resolver o problema em causa (Mackereth et al, 2005).

Nesta relação, descrita como complexa, estabelecida entre o enfermeiro e o doente oncológico, torna-se assim imperioso compreender vivências emocionais decorrentes da prestação de cuidados cuja representação da doença é comum.

Através da partilha de experiências marcantes para quem cuida, o recordar e a certeza de que evocando as emoções e os sentimentos, muitas vezes submersos nas situações de cuidados, damos voz à natureza da existência das pessoas, numa experiência humana de sensibilidade para a vida e para a morte, rumo a uma humanização cada vez maior dos cuidados (Diogo, 2004).

O reconhecimento de que os enfermeiros são actores únicos e importantes no desenvolvimento e sucesso das organizações de saúde, aliado à certeza de que a doença oncológica é específica e complexa, fazem emergir a necessidade de reflectirmos sobre experiências emocionais nos cuidados, de compreendermos as emoções e os sentimentos resultantes, de desvendarmos práticas comuns de cuidados e de analisarmos as necessidades de protecção e gestão face a essas mesmas experiências emocionais.

A dimensão e implicação deste fenómeno motivaram a realização dum estudo exploratório de carácter qualitativo. O principal interesse, apoiado também pelo *self*, consiste em conhecer a vivência emocional dos enfermeiros nos cenários da prestação de cuidados ao doente oncológico.

Desta forma estabeleceram-se os seguintes objectivos centrais:

- Conhecer a vivência das emoções dos enfermeiros nos cenários da prestação de cuidados ao doente oncológico;
- Contribuir para a melhoria das práticas de intervenção e de gestão emocional em enfermagem nos contextos de trabalho em Oncologia.

Formulando-se também um conjunto de objectivos específicos:

- Conhecer as experiências emocionais mais significativas dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente oncológico;

- Compreender a forma como os enfermeiros experienciam a prática de cuidar do doente oncológico;
- Analisar os mecanismos de gestão das experiências emocionais;
- Identificar as necessidades de suporte/acompanhamento sócio-psicológico ao enfermeiro prestador de cuidados ao doente oncológico.

Este trabalho é constituído por quatro capítulos. No primeiro capítulo, enquadra-se teoricamente o tema em estudo, com recurso a várias áreas do conhecimento, como a psicologia, a enfermagem e a sociologia das organizações. No capítulo segundo descrevem-se as opções metodológicas e é caracterizado o contexto de estudo e no terceiro capítulo apresentam-se e analisam-se os dados obtidos. Termina-se com as considerações finais, numa discussão global dos resultados e conclusões, sendo também apresentadas algumas recomendações de intervenção sócio-organizacional.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 – AS EMOÇÕES E OS SENTIMENTOS

“Conhece-te a ti mesmo...”

SÓCRATES

O interesse pelo estudo da emoção e do sentimento há muito que se faz sentir, embora no passado não lhe tenha sido atribuída a devida importância. Relatos antigos de grandes pensadores como Platão, Aristóteles e Sócrates, deixam antever uma preocupação e uma reflexão sobre a pessoa, sobre as emoções e sobre o poder de estas serem agradáveis ou desagradáveis, mas indiscutivelmente intensas (Oatley e Jenkins, 2002).

No século XVII Espinosa e Decartes, filósofos preocupados com a compreensão da mente humana, sugerem a análise das emoções, de uma forma mais racional e com uma base neurofisiológica. Todavia surgem em lados opostos no que concerne ao modo de compreender as emoções e à importância que lhe era atribuída. O segundo introduziu a célebre dicotomia entre o somático e o espírito; o primeiro, por seu lado, tinha uma visão bem mais integradora (Damásio, 2003). Mas apesar das diferenças e interesses comuns falar de emoções era falar ainda de um assunto vago e fugidio, sendo estas consideradas num lado escuro, oposto à razão.

Foi no final do século XIX com Darwin, William James e Freud que os discursos científicos passaram a reflectir uma preocupação com as emoções e com os sentimentos, apesar de serem pouco explícitos acerca da componente cerebral. Escreveram profusamente sobre variados aspectos da emoção e deram-lhe um lugar de destaque no discurso científico. Darwin chegou mesmo a realizar um extenso estudo sobre a expressão da emoção nas diferentes culturas e nas diferentes espécies e, embora tivesse considerado as emoções humanas como vestígios de estádios anteriores da evolução, respeitou a importância deste fenómeno. James apercebeu-se do problema e realizou

também um estudo, ainda que incompleto. Por fim Freud entreviu com o potencial patológico das emoções alteradas, defendendo a sua importância.

Foi com Hughling Jackson, que se viria a dar o primeiro passo rumo ao estudo da *anatomia da emoção*, sugerindo este que o hemisfério cerebral direito influenciava profundamente a emoção humana.

Seria assim de esperar, que pelo decurso da evolução histórica, no início do novo século as emoções fossem incluídas nos temas das ciências do cérebro, mas tal não foi verificado. Os trabalhos de Darwin, Freud e James foram assim esquecidos e direccionados noutras áreas.

Ao longo da maior parte do século XX, a emoção não foi desta forma digna de estudo científico, por ser considerada demasiado subjectiva. Encontrava-se, segundo diziam, no lado oposto da razão, associada pelos românticos ao corpo, os afectos. Porém durante a última década, esta situação modificou-se de forma visível (Damásio, 2000).

Recentemente a neurociência e as ciências cognitivas, pela contribuição de cientistas como Damásio e Goleman, na realização de vários estudos, colocam em voga a relação entre as emoções, os sentimentos e a razão. Assiste-se simultaneamente a um crescer de interesse por parte do senso comum sobre a forma como actuamos no palco da vida.

Verdadeiros testemunhos do estado da vida, as emoções e os sentimentos, afirmam os sociobiólogos, guiam-nos no compreender e no enfrentar das diversas situações, demasiado importantes para serem deixadas apenas ao cargo do intelecto. Permitem ligarmo-nos ao outro, extrair significados, compreender e conhecer através de uma mente que pensa e de uma mente que sente.

Oatley e Jenkins (2002) defendem que as emoções e os sentimentos constituem processos que permitem concentrarmo-nos em determinado problema, dando-nos simultaneamente a oportunidade de mudarmos de direcção se necessário.

Uma reflexão sobre os sentimentos e as emoções assume-se desta forma simultaneamente como uma tentativa de compreensão da pessoa, dos seus significados, coisas e acontecimentos.

1.1.1- A finalidade das emoções e dos sentimentos

O ser humano possui duas mentes, uma mente racional, na compreensão, no pensamento, na ponderação e reflexão, e uma mente emocional, pela impulsividade e poder, por vezes até ilógico. O cérebro emocional surge-nos tão envolvido no raciocínio quanto o cérebro racional. **As emoções são desta forma determinantes na racionalidade.** Numa dança de compasso entre o sentimento e o pensamento, a nossa faculdade emocional guia as nossas decisões do momento. Quanto mais intenso é o sentimento, mais dominante se torna a mente emocional e mais ineficaz a racional. A racionalidade e a emotividade agem em concomitância, permitindo ou impedindo o próprio pensamento (Goleman, 2003).

A palavra emoção tem no latim *motere* a sua raiz, no significado de mover. Significa pois acção e surgindo no teatro do corpo, constitui os movimentos que ocorrem no rosto, na voz ou em comportamentos específicos. As emoções constituem mecanismos básicos de regulação da vida, a razão de ser dos nossos actos e pensamentos, o fundamento da nossa personalidade, a forma de nos ligarmos aos outros, ao mundo e a nós próprios (Serra, 1998). Constituem impulsos para agir, planos de instância para enfrentar a vida que a evolução instalou em nós.

Numa **abordagem cognitiva**, descrita por Oatley e Jenkins (2002), a linha de pensamento da psicóloga Frijda assume um lugar de destaque no que confere à análise das emoções. A emoção, consciente ou inconsciente, é sentida como positiva quando o assunto é avançado e negativa quando o assunto é impedido. A emoção impele a uma reacção e a prioridade na acção depende por sua vez do sentido de urgência, quer isto dizer que se pode interromper ou competir com processos ou acções mentais alternativos. A acompanhar as respostas emocionais em distintos estados mentais, temos mudanças corporais, acções e expressões.

Na **análise anatómico-fisiológica das emoções** encontramos as emoções como conjuntos complexos de respostas químicas e neurais, formando um padrão e ajudando o organismo a manter a vida. Os dispositivos que conduzem à sua produção ocupam um conjunto restrito de regiões cerebrais, tendo início no tronco cerebral e progredindo para a parte superior do cérebro. A par do tronco cerebral, o sistema límbico, com a amígdala, e o córtex, são as zonas cerebrais mais importantes, permitindo que os indivíduos se comportem de forma emocional e racional.

O tronco cerebral regula as funções básicas da vida, como a respiração e o metabolismo, permitindo assim a regulação das emoções e o funcionamento do sistema vegetativo. O córtex cerebral está envolvido na identificação, avaliação e tomada de decisão, dizendo respeito a dados sensoriais e subseqüentes comportamentos, constituindo deste modo a parte racional do nosso cérebro. O sistema límbico é o responsável pela aprendizagem e memória. Tendo em conta que a nossa memória emocional depende da amígdala, a remoção da mesma implica a incapacidade de avaliar o significado emocional dos acontecimentos, perdendo-se a capacidade de reconhecer sensações, assim como a capacidade de experimentar sentimentos.

Considera Damásio (2000) que todos estes referidos dispositivos que produzem emoções podem ser activados automaticamente, sem deliberação consciente, sendo que a variação individual e o facto de a cultura ter um papel na formação de alguns indutores não negam a estereotipia, o automatismo e o objectivo regulador das emoções.

Existem inúmeras sensações, primitivas e poderosas, que não passam pelo córtex, chegando directamente à amígdala, verificando-se, desta forma, a sobreposição da emoção à racionalidade (Goleman, 2003).

Nos múltiplos circuitos cerebrais, as variadas respostas emocionais, mais ou menos racionais, mais ou menos emocionais, são responsáveis por alterações profundas a nível cerebral e corporal. Na interacção entre a emoção e a razão surgem as decisões e a complexidade da vida, manifestadas no sucesso ou insucesso da *pessoa*.

Todas as emoções usam o corpo como teatro (e.g. sistema visceral, músculo-esquelético), mas as emoções também afectam o modo de operação de numerosos circuitos cerebrais, ou seja, as variadas respostas emocionais são responsáveis por modificações profundas, tanto na paisagem corporal, como na paisagem cerebral. O conjunto destas modificações constitui o substrato de padrões neurais que eventualmente originam sentimentos de emoção (Damásio, 2000).

Existem centenas de emoções, relações e modificações, no entanto podemos cartografá-las em três categorias: emoções primárias ou universais; emoções secundárias ou sociais; e emoções de fundo. Diferem entre elas consoante a base de constituição, assim consideram-se inatas ou pré-organizadas, no caso das emoções primárias e conscientes, e influenciadas pela experiência pessoal, impulsos e motivações, no caso das emoções secundárias e de fundo, respectivamente (Damásio, 2003).

As **emoções primárias** podem ser classificadas consoante a facilidade com que são reconhecidas, independentemente da cultura, idade ou sexo. As semelhanças entre a

forma de expressão, assim como variações na configuração dos estímulos podem induzir uma emoção semelhante em diferentes culturas e indivíduos (e.g. alegria, tristeza, medo, surpresa, cólera, aversão).

As **emoções secundárias** ou sociais são conscientes e baseiam-se nas experiências pessoais, permitindo antecipar, prever e evitar determinadas situações. Desenvolvem-se pois em paralelo com a pessoa, necessitando das primárias para poderem expressar-se, uma vez que são obtidas sob a influencia das disposições inatas (e.g. vergonha, culpa, orgulho, ciúme).

As **emoções de fundo** definem o nosso estado mental, sendo que quer os processos de regulação da vida quer os processos de conflito mental podem conduzir a emoções, na satisfação ou inibição das motivações. Os impulsos e as motivações reflectem-se nas emoções de fundo, mas só são percebidos através dos sentimentos de fundo. Os indutores das emoções de fundo são geralmente internos (e.g. fadiga, tensão, calma, entusiasmo, energia, excitação, letargia, equilíbrio, desequilíbrio) (Damásio, 2000).

Os vários tipos de emoções reflectem as infindáveis tonalidades da vida emocional e cada uma delas tem no seu âmago um núcleo emocional básico, do qual emanam sucessivas mutações. Encontramos os estados de espírito, que são mais atenuados que as emoções e duram mais tempo, os temperamentos, que tornam a pessoa melancólica, tímida ou alegre, e ainda as doenças emocionais, como a depressão e a ansiedade (Diogo, 2004).

As emoções têm uma dupla função biológica, a primeira consiste na produção de uma reacção específica para uma situação indutora e a segunda na regulação do estado interno do organismo, de forma a estar preparado para determinada reacção específica (Goleman, 2003). Servem de guia no desempenho das tarefas diárias e podem embaraçar ou favorecer a nossa capacidade de pensar e planear, de agir ou rejeitar, definindo efectivamente os limites da nossa capacidade mental.

As emoções ajudam ou dificultam na tomada da decisão mas os sentimentos assumem-se como tão ou mais importantes que o pensamento. Diz-nos Damásio (2003) em referência a Espinosa que as emoções se desenrolam no teatro do corpo e os sentimentos no teatro da mente.

Os **sentimentos** são pois dirigidos para o interior, e correspondem à experiência íntima de alguém, ao privado. Não podemos observar um sentimento, mas podemos observar o efeito de um sentimento ou os sinais que indicam os sentimentos de alguém.

O que significa que não podemos observar um sentimento noutra pessoa, embora possamos observar o sentimento em nós próprios quando, enquanto seres conscientes, temos a percepção dos nossos próprios estados emocionais. Do mesmo modo, ninguém pode observar os sentimentos que são seus, mas alguns aspectos das emoções que estão na base desses sentimentos são manifestamente observáveis pelos outros (Damásio, 2000).

Desta forma um sentimento surge como a percepção de um certo estado de corpo, acompanhado por uma percepção de pensamentos, com certos temas e pela percepção de uma determinada forma de pensar. Todo este conjunto perceptivo refere-se pois à causa que lhe deu origem. Os sentimentos emergem quando a acumulação dos pormenores mapeados no cérebro atinge um determinado nível (Damásio, 2000).

Todas as emoções originam sentimentos mas nem todos os sentimentos provêm das reacções a que chamamos emoções. Como experiência mental, privada de emoções, imergem das mais variadas reacções. Damásio (1998) define então duas categorias de sentimentos: os sentimentos que têm origem nas emoções e os sentimentos que não têm origem nas emoções. Os sentimentos resultantes das emoções subdividem-se em: sentimentos de emoções universais básicas e sentimentos de emoções universais subtis.

Os **sentimentos de emoções universais básicas** constituem uma resposta pré-organizada do estado do corpo perante emoções universais (e.g. cólera, raiva, medo e nojo). Quando os sentimentos associados a estas emoções convergem no sentido de sinais corporais, tornam-se observáveis, completando-se o processo com as alterações nos processos cognitivos, induzidos por substâncias neuro-químicas.

Os **sentimentos de emoções universais subtis** (e.g. vergonha, vingança, remorsos) surgem tendo como base emoções variantes da felicidade, tristeza ou medo. Como variante da felicidade a euforia e o êxtase, como variante da tristeza a melancolia e a ansiedade, e como variante do medo o pânico e a timidez. Esta variedade de sentimentos é sintonizada pela experiência. Quando são atingidos níveis mais subtis de estados cognitivos estes possibilitam conectar variações mais subtis de um estado emocional do corpo.

Os sentimentos que não têm origem nas emoções são considerados **sentimentos de fundo**, tendo origem em estados corporais de fundo e não em estados emocionais. Damásio (2002) equipara-os a uma paisagem do corpo, aquando não agitada pelas emoções. São considerados exemplos a fadiga, a energia, a excitação, a tensão, o entusiasmo, entre outros. Embora sejam predominantemente dirigidos para o interior, os

sentimentos de fundo podem ser observados por outrem através da velocidade e do desempenho dos movimentos, do tom de voz e do discurso.

Gostamos de acreditar que aquilo que está escondido é a origem do que expressamos, numa relação causa efeito do tipo, “*eu fiz isto porque sentia aquilo*”. Este tipo de pensamento senso comum é para Damásio (2003) a causa principal do atraso no estudo neurobiológico dos sentimentos. Os sentimentos têm o poder de chamar a atenção para as emoções de onde provêm e para os objectos que desencadearam essas emoções. Se as emoções permitem avaliar o ambiente que nos rodeia e reagir de forma mais ou menos adaptativa, os sentimentos surgem como manifestações mentais de equilíbrio e de harmonia, de desarmonia ou de desacordo, traduzindo o estado de vida na linguagem do espírito. É o processo de sentir que alerta o organismo para o problema que a emoção começou a resolver.

O processo simples de sentir começa por dar ao organismo o incentivo para este se ocupar dos resultados da emoção. O sentir constitui assim e simultaneamente, a pedra angular para o sentimento de conhecer o que sentimos. Por sua vez, o conhecer é a pedra angular para o processo de planeamento de respostas específicas e não estereotipadas. Ou seja o sentir do sentimento prolonga o alcance da emoção, ao facilitar o planeamento de formas de resposta adaptativas, originais e feitas à medida de determinada situação (Damásio, 2000).

Para sentir é pois preciso não só ter um corpo mas meios de representação desse corpo. Embora de carácter difuso é possível caracterizar as manifestações gerais de determinados sentimentos. De uma forma mais ou menos singular consoante a intensidade, a vivência própria de cada um e o meio envolvente, assim encontraremos manifestações fisiológicas, intelectuais, emocionais, sociais ou espirituais.

O que sentimos influencia de forma indiscutível o que pensamos, tal como o contrário, numa consequência das extensas ligações no córtex, entre áreas frontais e o sistema límbico. Cada pensamento desencadeia reacções emocionais e cada sentimento é interpretado pelo próprio pensamento. Não somos seres mecânicos e insensíveis como também não somos seres apenas dotados de sensibilidade e emoção. É necessário existir um equilíbrio, uma combinação de ambos, embora em algumas situações o equilíbrio possa desviar-se mais para um lado ou para o outro (Diogo, 2004).

Em complementaridade as emoções e os sentimentos permitem avaliar estados internos e circunstâncias externas assumindo um lugar de destaque na perspectiva cognitiva.

1.1.2 – O lugar das emoções nas organizações

Numa reflexão sobre as organizações, a certeza de que qualquer actor estratégico transcende a passividade mecânica e instrumental de outrora, ligadas a organizações burocráticas, de racionalidade objectiva e meramente instrumental. O contributo de vários autores, de entre muitos Maslow, Crozier e Friedberg, Taylor, Dubar, permite verificar uma evolução da visão organizacional e relacional, na análise de uma perspectiva muito mais ampla e complexa dos actores, relações que estabelecem, factores de motivação, grau satisfação e participação emocional de cada um.

Cada actor é um ser activo, que não absorve passivamente o contexto que o rodeia, mas sim que o estrutura (Friedberg, 1995). Numa realidade dual, onde o actor e a organização influenciam e são influenciados, urge a análise dos comportamentos de cada actor, como pensam, o que os move, o que sentem e expressam...Numa perspectiva organizacional, psicológica, psicossocial e cultural a análise profunda de como vive e sobrevive o actor no seio de cada organização, torna-se fundamental.

A vivência emocional de cada actor tem sido negligenciada pela nossa cultura tradicional ignorando muitas vezes que a felicidade, o bem-estar, a motivação, a realização e a relação com o outro são elementos chave de optimização, na utilização inteligente das emoções.

Foi Goleman quem, em 1995, utilizou pela primeira vez o termo de **Inteligência Emocional**, permitindo valorizar aspectos emocionais da nossa inteligência, na utilização de uma aptidão emocional, na capacidade de sentir, entender, controlar e modificar estados emocionais em nós e nos que nos rodeiam. Inteligência emocional não é abafar as emoções mas sim focalizá-las, investi-las e equilibrá-las. Durante muitos séculos os sentimentos e as emoções foram encarados como algo a ser dominado, retido e reprimido, de forma a não perturbar a racionalidade lógica e objectiva.

A ênfase dos próprios processos básicos da formação educacional e até mesmo pessoal é ainda colocada na capacidade intelectual dos indivíduos, quando avanços recentes da ciência e da mente demonstram a importância das emoções nos processos de tomada de decisão e no desempenho profissional dos indivíduos ou grupos.

Assiste-se no entanto a uma gradual tomada de consciência sobre a importância das aptidões emocionais no sucesso pessoal e profissional dos actores. Trabalhar os aspectos emocionais da inteligência melhora as relações interpessoais, na família e no

trabalho e por isso o resultado é uma maior satisfação da vida pessoal, familiar e profissional (Marques, 2004).

Até há bem pouco tempo, os estudos e a formação básica dos empregados eram os mais valorizados, relativizando as capacidades estratégicas e emocionais de cada um e ignorando que um curriculum académico brilhante não é por si só sinónimo de sucesso. Por outro lado o facto das pessoas possuírem conhecimentos e capacidades de aprender e utilizar as emoções também não é imperativo de riqueza. É no desejo e na motivação de pôr em prática e de evoluir que é criado o valor da empresa... da *pessoa*. As recentes investigações levadas a cargo por Goleman, Elias e Damásio demonstram isso mesmo, na necessidade de existir uma relação entre a mente racional e emocional.

Perspectiva-se desta forma que no século XXI, a grande maioria das empresas considerará nos seus balanços o **capital intelectual, social e emocional** como importantes activos. Em referência ao capital intelectual e emocional, Marques (2004), reforça a ideia que o sistema contabilístico tradicional já não satisfaz as necessidades das empresas. Questiona-se, como medir e gerir o principal ingrediente de uma nova economia: o **capital intelectual**, os activos intangíveis da habilidade, do conhecimento e da informação.

O enfoque na estrutura das organizações pode constituir um constrangimento ou por outro lado, um factor de empenho nas relações e nos comportamentos dos actores. O **capital social** diz assim respeito às redes sociais informais como factor de construção de relações sociais. Podemos ter redes informais próximas e/ou redes informais facilitadoras de algo. Independentemente de serem estabelecidas na resolução de problemas ou conflitos, na partilha de informação politicamente delicada, técnica ou regular, as relações que se estabelecem entre actores podem ser mais ou menos densas, mais ou menos fortes, mais ou menos fracas, mas sempre significativas.

O **capital emocional e intelectual** assentam na relação entre os indivíduos e a organização, e expressam a necessidade de equilibrar ambas as partes. Na organização, mesmo que os actores possuam conhecimento para lidar com os desafios gerados, a maximização do mesmo passa pela sensibilidade, pelo reconhecer dos sentimentos e pela canalização correcta das emoções.

O **capital emocional** assume-se como um activo de importância crucial envolvendo simultaneamente um capital emocional interno e um capital emocional externo. O primeiro diz respeito aos valores, crenças e sentimentos das pessoas que trabalham na organização, gerando acções e comportamentos que resultam em serviços

e produtos. O segundo, acolhe os sentimentos, crenças e valores que os *stakeholders* (i.e. fornecedores, clientes, sócios, etc.) têm face à organização. As emoções surgem como o coração de uma organização, na utilização e na valorização de sentimentos como a confiança, a apatia, a determinação, o empenhamento e investimento, o stresse, o compromisso, etc. Cada vez mais as organizações preocupam-se e devem preocupar-se com o conhecimento emocional, sendo que a gestão das emoções surge como competência de êxito (Marques, 2004).

Goleman ou Damásio consideram que, actualmente, quem pretende ter êxito deve saber controlar com destreza as suas emoções e as de terceiros. No contexto actual, verifica-se um despontar intenso de emoções, muitas vezes desordenado, conducente de comportamentos desadequados. O reconhecimento, cada vez mais consensual, da importância da Inteligência Emocional, surge como factor chave na utilização efectiva da pessoa. Como verificado, por vários autores, as emoções positivas conduzem a um empenhamento, incrementando o sucesso, já as emoções negativas, pelos limites que impõem contribuem para um pessimismo, para uma passividade e desmotivação, aliadas ao insucesso.

As emoções, pelo favorecer ou inibir da nossa capacidade de pensar e agir, definem efectivamente os limites da nossa existência, dificultando ou estimulando a nossa capacidade de usar habilidades mentais inatas, determinando, desta forma, o desempenho de cada um no decorrer da vida. As pessoas com habilidades emocionais bem desenvolvidas têm maior probabilidade de se sentirem satisfeitas com elas próprias e com os demais, empenhando-se e rentabilizando a sua vida pessoal e profissional.

Aliada à Inteligência Emocional uma **inteligência organizacional**, que Goleman (1998) descreve como *inteligência emocional na empresa*, trazendo à organização o pretendido, lucro, negócios e agilidade. Reforça o já descrito, de que não interessa apenas o nosso QI, nem a formação ou grau de especialização, mas a maneira como lidamos connosco e com os outros, a nossa vivência emocional.

Na tentativa de equilibrar e canalizar as emoções de uma forma positiva, o referido autor descreve ainda dois tipos de competências. Uma **competência pessoal** que corresponde à forma como cada actor faz a gestão de si próprio, no auto-conhecimento, pelo reconhecer das próprias emoções, no dominar de impulsos e emoções consideradas prejudiciais e no manter de atitudes de integridade e honestidade. E uma **competência social**, correspondendo à forma como cada actor estabelece

relações com os outros, que inclui comportamentos de abertura ao mundo das emoções do outro, na utilização de escuta activa, de negociação e de partilha.

A adaptação, a descentralização, a humanização e a flexibilidade urgem em detrimento de organizações burocráticas. Se no passado o que era pretendido eram actores leais e comprometidos com a organização, em troca de uma progressão quase autónoma na carreira e de um ordenado justo, hoje em dia tal não se verifica. Novas formas de avaliação de desempenho, novas visões de formação, novas relações, novos investimentos traduzem uma co-responsabilização de cada actor. O investimento de cada um torna-se antes de mais pessoal, emocional, na necessidade de segurança, de confiança e de evolução.

A rentabilidade das organizações está relacionada, cada vez mais, com a qualidade da vida profissional, com a realização, com a confiança, com os laços que se estabelecem com os demais, quer dentro das organizações, quer fora delas (Marques, 2004).

A renovação é exigida em todas as organizações e as de saúde não são excepção, ou talvez o sejam pela necessidade ainda mais imperiosa de reflexão e humanização. No estudo sobre a *Participação e Profissionalismo em Enfermagem*, Silva (2004) apela à necessidade de renovação da gestão dos serviços de saúde não só para a contenção de custos, mas também para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados, tendo o utente como elemento central do sistema produtivo na saúde. A reorganização do trabalho exige assim cada vez mais, segundo o autor, uma implicação de cada trabalhador, num ideal de excelência.

De facto no sector da saúde tem-se assistido a múltiplos desafios que transportam as expectativas e as exigências da população e o conhecimento cada vez mais crescente a nível científico. São exigidas várias mudanças a cada um dos intervenientes, que acarretam, necessariamente, transformações nos modelos organizacionais e nos perfis profissionais e apelam a condições de vida no trabalho que satisfaçam as pertinentes exigências dos profissionais e dos utentes (Duarte et al, 2004). Aos profissionais de saúde é cada vez mais exigida uma actualização, uma adaptação um conhecimento. A qualidade dos serviços prestados depende não tão-somente de uma organização racionalmente adequada, mas também do envolvimento de cada actor.

Contextos de trabalho desmotivantes, desvalorização de competências emocionais, menosprezo das vivências de cada actor, reduzem a participação e o empenho de cada profissional, interferindo na produtividade e na eficiência

organizacional. Torna-se então fulcral analisar os processos de relação, a forma mais ou menos inteligente e consciente de gerir as emoções, na certeza de que na evolução científica e tecnológica que se assiste e se avizinha, as emoções assumem um lugar de destaque, na optimização da pessoa e conseqüente produtividade.

1.2 – AS EMOÇÕES NO CUIDAR

“... as emoções do doente e as da enfermeira interagem reciprocamente, em cascata, ao longo de toda a prestação de cuidados”

MERCADIER, 2002

Cuidar é ir ao encontro do outro, ajudá-lo na sua unicidade e complexidade e respeitá-lo na sua independência, na valorização das suas capacidades e vontades (Chalifour, 1989). É tomar conta da vida, ou seja é fazer o indispensável para que a vida continue e por isso a prática dos cuidados surge não em torno da doença, mas à volta de tudo o que permite sobreviver (Collière, 2003).

Qualquer relação humana, principalmente o cuidar humano, pelas atitudes de ajuda que transporta, caracteriza-se pela troca de experiências, interpretações, pensamentos e afectos. Para cuidar o enfermeiro tem de se aceitar e conhecer na sua unidade e por isso a prática de enfermagem assenta numa dimensão transpessoal, dirigida ao doente em si mas também e principalmente a tudo e a todos quanto o rodeiam.

Num acesso possibilitado, ao mundo interior e subjectivo, de quem cuida e é cuidado, cuidar é simultaneamente ligar, conciliar, relacionar concepções e símbolos, corpos e espíritos, emoções e sentimentos.

Para Rispaill (2003), o prestador de cuidados, pela riqueza de situações com que se depara no dia-a-dia no desempenho das suas funções, vive momentos de forte intensidade emocional partilhados com o doente. Nessa troca de emoções percebidas e sentidas é aberto um espaço de partilha humana, bastante afastado dos discursos racionais ou científicos, sem soluções chave sempre à mão, na certeza de aceitar a complexidade e a incerteza inerente a qualquer relação.

Ao longo dos tempos a forma de ser, ver e sentir a vivência emocional do enfermeiro foi-se alterando, em paralelo com as interacções humanas, com as funções delegadas e efectuadas pelos homens e pelas mulheres, de forma a assegurar a vida.

A prática cuidadora esteve desde o início ligada à mulher que ajuda e ao progresso da prática da Medicina. Collière (2003) analisa essa mesma evolução numa reflexão simultânea sobre a expressão dos sentimentos e das emoções na prestação de cuidados, conforme se verifica na descrição histórica sucinta que se segue.

Em todas as sociedades rurais, no período que antecedeu a hegemonia do cristianismo, os cuidados eram sobretudo prestados por mulheres experientes, matriarcas, parteiras, *mulheres que ajudavam*, que foram condenadas pela Inquisição a partir do século XIV, despossadas dos partos, depois da obstetrícia a partir do século XVIII e XIX.

Os cuidados, na sua concepção e finalidade social, encontravam-se centrados na fecundidade, na estética, no dar, no manter e no desenvolver da vida, surgindo em torno do nascimento, da incarnação como inserção no mundo, e da morte.

O principal veículo dos cuidados era o próprio corpo, na passagem do sentir, numa grande utilização dos sentidos: do olfacto, do tacto e particularmente das mãos. A palavra era a via, a prova da existência, escutando antes de falar. Aprendendo com a pessoa cuidada antes de aconselhar. O corpo era um verdadeiro templo do espírito ligado e influenciado pela cosmogonia, constituindo a inserção no mundo.

Os sentimentos eram manifestados sob a forma de carinho, de amor, medo, ódio ou vergonha e expressos pelo choro ou pelo riso. As emoções, as sensações e percepções psico-afectivas construía os sentimentos e as suas representações. Verificando-se também um desenvolvimento da auto-estima e a uma construção da própria imagem do corpo em relação ao corpo dos outros.

Com o advento do Cristianismo, a posição da mulher na sociedade modificou-se. Por outro lado, verificava-se uma coexistência de saberes, verificando-se segundo Collière (2003) uma batalha religiosa e política, marginalizando, condenando e fazendo desaparecer a sabedoria baseada na experiência e poder dos curandeiros e das mulheres de virtude. A mulher ressurgiu, mas associada à consagração, à religiosidade.

A partir do século XIII, as mulheres religiosas assumiram assim um papel principal na prestação de cuidados. As práticas de cuidados, ditadas por regras conventuais, pela imposição do bom e do mal, condutas e comportamentos, não constituía objecto de estimativa de um trabalho, em duração, em número de doentes, em género e penosidade desses cuidados. O trabalho não tinha limites e por isso não era valorizado gerando desmotivação e assumindo-se como um dom, solidário, num dever moral e religioso. Como finalidade dos cuidados surgia assim a salvação da alma, a

redenção do pecador, a vida no outro mundo, em torno da miséria, do sofrimento e da morte. Assistia-se a cuidados considerados espirituais, no reconforto, no alívio do sofrimento, mas sem o tentar evitar, podendo mesmo encorajar a sua aceitação, pela redenção do mal e do pecado. Era excluída qualquer conotação estética.

O principal veículo dos cuidados era o discurso, a oração, a exortação, o conselho e a prescrição moral. O corpo, anteriormente templário, era agora encarado como algo vil, perverso, maléfico e perigoso, já que constituía uma ameaça à pureza da alma, e por isso os cuidados directos a este eram prestados pelo pessoal considerado “subalterno” oriundo dos pobres, doentes e deserdados.

Os sentimentos e as emoções positivos passaram a ser condenados por constituírem “portas para o inferno” e por isso viram-se desta forma obrigados a permanecer escondidos, mascarados e envergonhados. Predominavam os sentimentos de inferiorização, na minimização, na auto-destruição, na remissão do pecado, na vergonha, na culpabilidade e na sublimação pela vontade de salvar o mundo e de ser útil.

Esta viragem foi marcante, pois a prática dos cuidados passou a basear-se em valores religiosos e moralistas, no desprezo pela sexualidade, pelo corpo, pelos sentimentos.

No final do século XVIII e século XIX os cuidados viram-se entregues a antigas amas, parteiras, visitadoras, religiosas ou a simples pessoas com vontade de se dedicarem ao próximo, como são exemplo as senhoras visitadoras e as religiosas.

Os cuidados passaram essencialmente a ser caracterizados pelo acompanhamento de parturientes, recém nascidos e de doentes, idosos e moribundos, na vigilância, na administração de terapêutica e na realização de cuidados de higiene e conforto. A concepção do corpo era distinta, de proximidade, herdada no meio popular e de distanciamento, nas religiosas e nas pessoas de extracto social elevado.

Os sentimentos e as emoções antes dos manuais e da instrução médica, ganharam côr e figura, contrastando com a contenção das pessoas de bem, podendo chegar à “vulgaridade”. Após a instrução médica, a expressão dos sentimentos foi substituída pelas boas maneiras, por uma conduta educada, como passou a ser recomendado nos manuais.

No fim do século XIX – XX até aproximadamente 1970, os cuidados passaram a ser prestados em Hospitais, por enfermeiras instruídas, sendo que até então os cuidados

eram essencialmente prestados nos domicílios, dos doentes ou dos prestadores de cuidados.

A finalidade dos cuidados passou a ser servir o doente e o médico, o que requeria uma vocação e implicava o cumprimento de uma verdadeira missão. O corpo é na altura apenas considerado como o corpo doente, sendo que a doença se torna o verdadeiro epicentro das técnicas dos cuidados.

Os sentimentos mantiveram-se dominados, retidos e substituídos pela vontade de fazer o bem, de cumprir o dever e de orgulho pelo alívio do sofrimento. São desenvolvidos sentimentos de minimização, de submissão, culpa, insatisfação e impotência no reconhecimento da competência e na desvalorização social.

Mas é facto que neste contexto, as prestadoras de cuidados, tinham uma dupla dependência, da hierarquia católica e dos médicos. Lopes (2001) refere que os cuidados chegaram a um ponto tal que, de um modo geral, eram prestados por pessoas sem qualquer preparação específica. Em alguns hospitais ingleses, as enfermeiras eram consideradas até de conduta pouco fiável e imoral.

Na primeira metade do século XX, ainda muito tributária dos valores morais e religiosos herdados do passado, a prática de cuidados, vai-se gradualmente, distanciando deles, adoptando um modelo biomédico, na valorização da tecnicidade. As auxiliares de enfermagem e as enfermeiras dedicam-se numa exclusividade técnica, ao corpo doente, instruídas em manuais médicos. Numa faceta moral e técnica, as emoções são encaradas como algo a reprimir, tanto as do doente como as da enfermeira.

Um modelo biomédico e até mecanicista, na ruptura entre a emoção e a razão, o corpo e o espírito, tem-se verificado até aos dias de hoje. Collière (2003) refere um estudo, realizado por Prevost em 1982, sobre a medicina, onde este aborda o perigo das emoções na prestação de cuidados, concluindo que o cuidado técnico deve ser livre de emoções, susceptível de romperem com a eficácia.

A tendência para privilegiar a técnica, centraliza os cuidados na doença e não na pessoa. A disponibilidade, a ajuda, o cuidar é deixado muitas vezes a cargo de uma consciência moral, individual e profissional.

Watson (2002) fala-nos de, uma ainda actual, proliferação do *Síndrome da cura*, numa ameaça sobre o cuidar, sobre a humanização, pela mecanização, pelas rotinas, tarefas e manipulações.

Os contributos da psicologia têm por outro lado, renovado a compreensão sobre a prestação de cuidados, num investimento e numa reflexão sobre a relação complexa

entre prestador de cuidados e utente. Num estudo sobre o desenvolvimento da pessoa Rogers (1985) coloca ênfase no *Ser Pessoa* e no seu processo de auto-realização, pela vivência de experiências, pela mutação e no conhecimento, fundamental, de si mesmo.

Correntes de revalorização da *Relação Humana* colocam em voga o conhecimento interior de todos os intervenientes do processo de cuidar e o doente é assumido como o ponto de partida e simultaneamente como o ponto de chegada, na razão de ser da relação.

Na mesma linha de pensamento e na valorização da pessoa biológica, psicológica, social, espiritual, emocional, Goleman (2003), descreve qualquer processo relacional como um processo contaminado de emoções e sentimentos.

Cada vez mais em voga, o interesse pelas vivências emocionais em enfermagem, tem-se manifestado na realização de vários trabalhos científicos. Num estudo sobre o *Trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*, Mercadier (2002) aborda o impacto emocional que o corpo do doente provoca no prestador de cuidados à luz de teorias antropológicas, reconhecendo que o trabalho emocional dos prestadores de cuidados permitirá justificar a humanização, cada vez mais necessária, nos cuidados hospitalares.

Mais recentemente, um estudo de Diogo (2004) sobre a *Vida emocional do enfermeiro na sua prática cuidadora*, revela-nos que a prestação de cuidados se apresenta como uma encruzilhada de vivências e significados, com alterações, à mercê da intensidade do momento. Reconhecida pelos enfermeiros do estudo, como uma experiência humana carregada de emoções, a prestação de cuidados, segundo os participantes, não se coaduna com a cultura de que um bom profissional de enfermagem não se deve envolver e não se emocional.

Também os enfermeiros de um estudo semelhante realizado anteriormente por Martins et al (1999), à semelhança do verificado por Lopes (2006), descrevem experiências emocionais com grande carga e impacto emocional, assumindo que estas dão côr à vida.

Numa perspectiva de interaccionismo simbólico, os estudos mais recentes conferem um papel central à interacção entre o prestador de cuidados e o utente, num contexto interpretativo, numa partilha de significados, percepções e interpretações, de emoções e razões.

1.2.1– Perspectivas sobre o cuidar

“Desde que surge vida que existem cuidados, porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer...”

COLLIÈRE, 2003

Constituindo a primeira arte da vida, cuidar é indispensável não apenas à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social. Surge inerente à sobrevivência humana e viu o seu conceito e significados serem alterados ao longo dos tempos, num acompanhar de grandes mutações tecnológicas, socioeconómicas e culturais. Por sua vez os cuidados de enfermagem, na sua complexidade, são de carácter universal e multidimensional, singularizando-se em cada cultura, em cada sistema socio-económico, em cada situação (Collière, 2003).

Na nossa sociedade biomedicalizada, também Hesbeen (2000) considera o cuidar como uma arte, a arte do terapeuta que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que permitem ajudar o outro, na sua situação singular. Será essa mesma arte que lhe permite apoiar-se em conhecimentos estabelecidos para as outras pessoas, em geral com vista a apropriar-se deles para prestar cuidados ao outro de uma forma única e inigualável. Considera igualmente que os prestadores de cuidados são seres com qualidades especiais que se põem ao serviço dos outros, dispensando-lhes atenção e os cuidados que necessitam.

Como laço fundamental que permite ligar todos os elementos da equipa multidisciplinar, numa mesma perspectiva, cuidar vem do latim *cogitare*, como verbo transitivo, cuidar reporta-nos para o *imaginar*, para *tratar*, *ter cuidado com*, *interessar-se*, *meditar*... Na sua etimologia enquadra uma sequência de acções indispensáveis na ajuda ao próximo. Enquanto razão de ser da enfermagem, como disciplina e como intervenção é simultaneamente um traço humano, uma interacção pessoal, uma intervenção terapêutica, um imperativo moral e uma manifestação de afecto, pelo sentimento de dedicação ao outro e pela influência e desenvolvimento mútuo, que se pretende construtivo.

À luz da teoria de Watson (2002) o cuidado ocorre no domínio do metafísico, o que significa que não podemos vê-lo mas sim senti-lo, ao transcender o mundo físico e material e penetrando no mundo subjectivo e interior dos intervenientes. Constituindo um processo intersubjectivo entre duas pessoas, ganha forma nas transacções de humano para humano, mais ou menos conscientes, de que estão a entrar mutuamente no

campo fenomenal do outro. Assim esta relação transpessoal do cuidado é uma relação humana particular, onde duas pessoas se entregam e se compreendem numa harmonia mais ou menos perfeita.

Ao enfermeiro, através do processo de cuidado, é exigida a vontade de procurar ajudar a pessoa a atingir um elevado nível de harmonia dentro de si (i.e. mente, corpo e alma), de modo a promover o seu auto-conhecimento, auto-respeito e auto-cuidado.

Ao encarar o cuidado como o contributo mais valioso que a enfermagem pode oferecer à humanidade, Watson (2002) defende que deve existir um sistema de valores subjacente a um empenhamento moral com o cuidado humano, uma intenção e uma vontade de cuidar para além de um conhecimento das necessidades e de um propósito de agir com conhecimento. É arte que o enfermeiro coloca na sua prática quando, tendo partilhado os sentimentos do outro, é capaz de detectar e sentir esses mesmos sentimentos e por outro lado saber exprimi-los de maneira a que a outra pessoa possa senti-los na sua plenitude.

O papel do cuidado humano tem sido referenciado por diversos autores, como Watson, Chalifour e Cibanal, como ameaçado pelo desenvolvimento da tecnologia médica, pelas restrições burocráticas e administrativas das instituições, numa sociedade cada vez mais nuclear e economicista.

De forma semelhante Cerqueira (1999) considera que cuidar passa por ajudar o outro a crescer e a desenvolver-se, no estabelecimento de uma relação, sendo que o outro é desta forma encarado como extensão do prestador de cuidados mas simultaneamente, como alguém diferente e com direitos próprios.

Independentemente de considerarmos o cuidar como arte, como nos fala Collière e Watson, ou como técnica, como nos descreve Chalifour, ou ainda como uma atitude, numa maneira de estar na vida, como defende Cibanal e Petit, o enfermeiro assume nesta prática um lugar de destaque.

Na prática da ciência de cuidar, o prestador de cuidados transcende as limitações de uma abordagem científica, pela apreciação da totalidade da pessoa. É-lhe então sugerido e até exigido o desenvolvimento de uma sensibilidade para consigo e para com os outros. Só através do desenvolvimento dos próprios sentimentos se pode interagir, de modo sensível e autêntico, com os outros.

Considerando que a mente e as emoções de uma pessoa são janelas da alma, Watson (2002) reforça o encontro com o mundo emocional e subjectivo da pessoa, num caminho para o *self* interior e para uma sensação mais elevada deste. Na busca de uma

sensibilidade, para consigo e para com os outros, o uso e o desenvolvimento de valores altruístas e humanistas, permite experienciar e comunicar com os sentimentos e as emoções do outro. A autora defende que a essência dos cuidados de enfermagem é a acção interpessoal do enfermeiro com o doente e o acessório dos cuidados de enfermagem é o conjunto de técnicas, protocolos, terminologias, contextos e formas de organização.

Com uma visão menos espiritual do que Watson, Hesbeen (2004) salienta também a importância do altruísmo no cuidar, centrado nos outros e para o bem dos outros. Ajudar o outro torna-se, segundo o autor, um processo simultâneo de auto-ajuda.

Mas o cuidar não pode ser confundido com uma forma de auto-terapia ou com o próprio tratar, reconhecendo-se que a carência de cuidados leva a uma inflação dos tratamentos, em vários domínios, sendo imperativo reapropriar os saberes dos cuidados e permitir o seu desenvolvimento a nível humano, social e económico. Ora cuidar situa-se assim numa encruzilhada, entre o ser e o parecer, entre a ajuda e a técnica, entre o viver e o morrer. Se cuidar é comunicar a vida, como é possível comunicar quando não se tem consciência da própria vida? Collière (2003) considera que os enfermeiros sofrem de uma dificuldade de constituir e reconstituir os seus recursos afectivos, emocionais mas também físicos, intelectuais e espirituais. Os prestadores de cuidados também necessitam de cuidados, destes cuidados vitais que não são capazes de prodigalizar aos outros se não puderem restabelecer as suas forças, expressar as suas emoções, as suas preocupações, enriquecer os seus conhecimentos.

O captar das coisas de um modo afectivo e efectivo, nem sempre decorre de uma forma saudável e complementar. Urge um conhecimento cada vez maior de nós próprios, sendo que a afectividade é precisamente o que cada um de nós tem de mais profundo e seu. O ser humano não pode isentar-se da totalidade afectiva que lhe é inerente, os afectos, presentes na partilha com o outro, podem exacerbar-se quando a interacção transcende limites e a relação se torna indiscutivelmente significativa (Anjos, 1996).

Sem o reconhecimento das condições indispensáveis para o desempenho das suas funções, os prestadores de cuidados só conseguem viver e sobreviver pela fuga ou agressividade que, em meio profissional surgem sob a forma de atitudes e comportamentos, na falta de consciência do que incita tais reacções de aparente adaptação.

A qualidade dos cuidados será então fortemente influenciada pelas atitudes e pelos comportamentos de quem cuida, da qualidade que desejam, ou seja, do seu profundo

desejo de cuidar dos outros para além dos actos que executam. Será influenciada pela riqueza do seu olhar, do seu toque e da sua motivação para a qualidade. Porque os cuidados de enfermagem são compostos de múltiplas acções que são sobretudo, apesar da tecnicidade, uma imensidão de *pequenas coisas* que dão a possibilidade de manifestar uma *grande atenção* ao doente e seus familiares (Hesbeen, 2000).

1.2.2– Cuidar do doente oncológico

*“O cancro equivale a desordem. Não a uma mera desordem fisiológica...
mas a uma desordem de outras ordens do viver,
do sentir e do pensar”*

CARAPINHEIRO

Se o cuidar é por si só um processo complexo de partilha de afectos, na multiplicidade de vertentes que engloba, cuidar em oncologia, pela labilidade de fronteiras nas intervenções que encerra, será-o muito mais.

Carapinheiro referenciada por Durá (2002) considera que a oncologia se move em territórios de experiência humana intensos, densos e até dolorosos. O sofrimento que os atravessa ganha forma na subjectividade das vivências, na partilha, na surpresa, na estranheza e na perplexidade da condição humana. Cuidar de pessoas com cancro é desta forma tecer histórias de vida nas mais variadas condições de fragilidade humana, numa fronteira construída pela sociedade entre a vida e a morte.

O aumento da sobrevida e do número de doenças oncológicas coloca não só o desafio de uma intervenção técnica eficaz mas acima de tudo a necessidade de uma intervenção humana completa e global.

Abordar a doença oncológica, exige assim uma verdadeira análise e reflexão, mergulhada no contexto pessoal do indivíduo doente mas também no seu contexto familiar, social e cultural, assim como no mundo dos profissionais de saúde (Esteves, 1995). Implica pois uma verdadeira gestão de um mar de sentimentos e emoções, e também toda uma mobilização de recursos e capacidades para lhe fazer frente.

O cancro surge como revelador de privilégios concedidos à interpretação maléfica no seio da cultura biomédica, assumindo-se não só como desvio biológico mas também social. O doente oncológico é visto pelos outros e por si próprio como uma pessoa socialmente desvalorizado (Hesbeen, 2000).

Cuidar do doente oncológico, é descrito por vários autores como Kubler Ross (1994), Sá (1996), Loff (2000), Isikhan et al (2004) entre outros, como penoso, sendo simultaneamente enriquecedor em termos de afectos e relações.

A natureza singular desta relação, entre enfermeiro e doente, prende-se talvez aos mitos e medos associados ao cancro mas certamente prende-se também a um défice de conhecimentos sobre nós mesmos. O enfermeiro necessita de se comprometer emocionalmente com o outro, devendo aceitar-se e aceitar mover-se no escorregadio território das emoções.

Sá (1996) descreve toda essa complexidade do processo de cuidar do doente oncológico, aliada à presença de conceitos ainda assustadores como a mudança, o sofrimento e a morte. Constituindo uma das principais causas de morte em Portugal e na Europa, o cancro transcende um problema fisiológico crónico, pelo condicionamento de todos os seus intervenientes, que nele e por ele assumem um lugar de destaque.

Um dos problemas considerados mais graves que os prestadores de cuidados enfrentam na oncologia é a multiplicidade e simultaneidade do sofrimento. O sofrimento de quem se debate com uma doença crónica, o sofrimento de quem vê o seu território familiar, profissional e social invadido, o sofrimento e a aprendizagem de quem cuida do sofrimento.

Estudos antropológicos e a psicologia social têm procurado entender a relação das emoções na prestação de cuidados. Um estudo sobre a *difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica*, realizado por Ferreira (1996), revela que as emoções caracterizadas pelos enfermeiros oncológicos prendem-se a características como a abnegação, vocação e doação. Revela ainda que existe um elevado número de profissionais que somatizam a tensão emocional sentida, em sintomas físicos a nível dos aparelho osteo-articular e digestivo.

Takahashi referenciado por Ferreira (1996) analisa as emoções na prática de enfermagem identificando uma série de mecanismos, muitos deles contraditórios, na finalidade de controlar as emoções negativas, como são exemplo uso do humor, a hiperactividade, a agressividade e o distanciamento.

Cada vez mais o enfermeiro oncológico é chamado a enfrentar-se, a conhecer-se e a entregar-se, numa preparação continua para lidar com a problemática do doente com doença crónica e com tudo e com todos quanto o que cercam. Rispaill (2003) descreve que o melhor caminho a seguir, na exposição à penosidade inerente ao cuidar, é a reflexão, o auto-conhecimento, um desenvolvimento pessoal que permita o uso

inteligente de técnicas, para melhor comunicar, negociar e posicionar face ao outro e à sua complexidade.

1.2.2.1 – A exaustão emocional no cuidar

Os condicionalismos da história das doenças crónicas reportam para um confronto com a evolução não só tecnológica, a nível de diagnóstico e terapêutica, mas também a nível relacional. Cada vez mais a morte torna-se previsível, progressiva e hospitalar. Nos cuidados é exigida uma personalização, uma intervenção a nível social e familiar, privilegiando a comunicação e a confiança. Decorrente desta evolução o confronto com situações limite permanece manifestado no confronto e na projecção.

Para Kubler Ross (1994) a equipa prestadora de cuidados ao doente oncológico pode experimentar diferentes sentimentos e emoções, muitos deles semelhantes ao do doente, numa espécie de contágio intenso. Descreve assim alguns problemas eventualmente desencadeantes de stress e esgotamento emocional no enfermeiro:

- Falta de informação acerca do que o doente sabe sobre a sua doença e do que o médico lhe transmitiu;
- Sentimento de impotência perante a morte;
- Preocupação pelo desconforto que atinge os familiares destes doentes e mais dificuldade em evitá-los do que qualquer outro técnico de saúde;
- Falta de preparação na área da oncologia e poucos conhecimentos sobre a essência do seu papel;
- Embaraço em responder a perguntas feitas pelos doentes acerca do seu prognóstico;
- Carácter contagioso que podem ter algumas emoções dos doentes em fase terminal, como a ansiedade, o medo, a impotência, levando os profissionais de saúde a experimentarem o mesmo.

De facto o contacto com situações limite, de risco de vida e fim de vida, envolvendo doentes, familiares e profissionais de saúde, é reconhecido ainda nos dias de hoje em estudos recentes, como os descritos por Isikhan et al (2004), Mackereth et al (2005), entre outros, como desencadeador de problemas emocionais complexos que se repercutem também a nível físico, social, psicológico e espiritual.

Num estudo realizado por Vieitas et al no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, referenciado por Parreira (1998), comprovou-se alguns dados enumerados por Kubler Ross, nomeadamente:

- No reconhecimento que a falta de informação condiciona todos os aspectos de relação dos utentes, família e equipa;
- A família é referenciada como difícil e por vezes tendenciosa, no sentido de culpar os enfermeiros do eventual desconforto ou mau estar dos doentes;
- Na dificuldade em avaliar e lidar com a dor dos seus utentes, principalmente quando esta não cede à acção dos fármacos prescritos;
- A morte é associada a alívio, num término do sofrimento, referindo ainda possibilidade de ficarem deprimidos quanto maior é a relação estabelecida com o doente;
- A morte e o sofrimento não são bem aceites pelos profissionais, já que se sentem mais vocacionados para prolongar a vida.

Num estudo sobre o síndrome de *burnout* resultante do contacto com a morte Parreira (1998) confirma que o contacto com a morbilidade, mortalidade e com situações desfigurantes e/ou debilitantes geram elevados níveis de stresse. A exaustão emocional é sentida de uma forma mais elevada em serviços de Oncologia e menos em serviços de Cirurgia. Nesta abordagem verifica-se que o enfermeiro é obrigado a enfrentar situações de grande complexidade para as quais não existe uma solução prática e objectiva, tornando-se difícil dar resposta às solicitações diárias. Múltiplas situações do dia a dia são conducentes a um desgaste profissional, podendo conduzir a situações de exaustão emocional, despersonalização e baixa satisfação profissional, com elevados custos institucionais.

De uma forma semelhante e na comparação entre estudos sobre o *burnout* em enfermagem, realizados por Mendes (1995) e Queirós (2003), e em enfermagem oncológica, realizados por Loreto (2001) verifica-se que a exaustão emocional nos enfermeiros oncológicos é maior, num aumento da probabilidade de esgotamento. Em contrapartida são também os enfermeiros oncológicos que apresentam maior realização pessoal e profissional, numa correlação significativa e positiva entre a satisfação no trabalho e a satisfação na vida familiar, social e relacional.

Face a este trabalho emocional já referido como complexo, pelas forças emocionais constantes, susceptível de originar altos níveis de stress, Marckereth et al (2005) valorizam a iniciativa governamental do Reino Unido, de acompanhar/suportar os profissionais cuidadores do doente oncológico. Na tentativa de combater o stresse individual, as intervenções são decorrentes de um Departamento de Saúde que actua directamente nos serviços, pelo uso de mecanismos de suporte visando um equilíbrio

real na saúde de quem cuida e necessita de ser cuidado. É seguido o designado Modelo 3C's face aos profissionais de saúde, agentes stressores e doenças profissionais, na aplicação de uma intervenção que inclui aconselhamento, supervisão clínica e uso de terapias complementares. No Reino Unido os enfermeiros são o grupo profissional que mais solicita acompanhamento e apoio psicológico sendo também o grupo que mais manifesta problemas decorrentes do desempenho de funções, onde se destaca lombalgias (32%), o stress (28%) e a falta de motivação/energia (15%).

Em Portugal em 1991, no reconhecimento da penosidade resultante da prestação de cuidados ao doente oncológico, foi criado um diploma legal (i.e. art. 57 DL 437/91), com benefícios para os enfermeiros, no acréscimo de cinco dias de férias e mais uma hora em cada semana de trabalho por cada triénio de exercício. Esta lei encontra-se em vigor actualmente mas apenas para os enfermeiros funcionários públicos, não sendo considerada nos contratos individuais de trabalho das presentes Sociedades Anónimas (S.A.) e das Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.).

Loff (2000) salienta que os profissionais de saúde não se encontram apenas expostos aos múltiplos riscos laborais, mas também aos riscos resultantes da especificidade do seu trabalho. A verdade é que a maior parte do tempo dos enfermeiros é passada em contacto com os doentes, familiares e colegas, de uma forma intensa e extensa. Esta relação interpessoal e terapêutica complexa, considerada por vários autores como pilar fundamental da profissão de enfermagem, é carregada emocionalmente e acompanhada de sentimentos, ansiedades, medos e até hostilidades mascaradas.

Num estudo recente realizado por Duarte et al (2004), sobre as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses verificamos que a maioria destes profissionais de saúde, independentemente do género, referem como situações mais stressantes resultantes do trabalho: a competição, a carga física e emocional do trabalho, a progressão da carreira, entre outras. Geralmente os profissionais agem, face a situações eventualmente stressantes, como se de desafios se tratassem, de modo a prevenir, evitar ou controlar angústias emocionais. As formas de defesa mais utilizadas pelos profissionais de enfermagem prendem-se à utilização de técnicas comportamentais (e.g. actividades de lazer: ouvir música, passear, ir ao cinema) e actividades físicas (e.g. andar de bicicleta, fazer ginástica, natação).

Os enfermeiros apresentam um elevado grau de exposição a diversos tipos de riscos e esforços. De acordo com o estudo sobre as condições de trabalho acima referido,

os riscos identificados como mais frequentes prendem-se a riscos físicos (70,4 %) seguidos pela pressão psicológica (68,6 %). Na análise dos sintomas de stresse é evidenciada uma elevada frequência de sintomas nos enfermeiros, destacando-se sensações de tensão, ansiedade, irritabilidade e cansaço continuado. As condições de trabalho mais ou menos stressantes são ainda descritas com forte impacto na vida pessoal dos enfermeiros. As condições de desenvolvimento pessoal e profissional, as relações de trabalho e a organização do trabalho são, claramente, considerados como tendo efeitos positivos, com mais de 60 % de respostas em “positivo” e “muito positivo”, enquanto as situações de mudança e instabilidade profissional e pessoal são percebidas de forma mais negativa.

A personalidade é também um factor a considerar no modo particular de viver esta relação complexa de cuidar do doente oncológico. Por exemplo uma personalidade menos dominante, com diminuição da auto-estima, do tipo *emotivo* e com recurso frequente a estilos de coping passivos, implica uma pessoa mais vulnerável a altos níveis de stresse. Por sua vez o contacto directo e profundo com o doente, as expectativas altas em relação ao trabalho e o contacto constante com a gravidade da doença, podem também contribuir para um eventual aparecimento de stresse e eventualmente de *burnout*. Com consequências directas no absentismo laboral, num desempenho deficiente, num aumento de doenças físicas e psíquicas, numa diminuição da motivação e da realização profissional, e num *turnover*, pela mudança frequente do local de trabalho (Sá, 2004).

Pelos elevados custos de um desgaste emocional e profissional resultante do cuidar do doente oncológico, Pires e Aronson (1989) à semelhança de Isilkhan et al (2004) e de Marckereth et al (2005) consideram que todas as intervenções a realizar devem promover um compromisso sério dos enfermeiros, a **nível organizacional**, no instituir de condições de natureza física, social e administrativa gratificantes e não nocivas para o trabalhador, a **nível do grupo**, no estudo da cultura organizacional, relações de poder e redes, e a **nível individual**, na avaliação de recursos individuais, no desenvolvimento de aptidões pessoais e na criação de formas de suporte psicológico e social.

A desmistificação dos mitos e medos aliados ao cancro presentes na sociedade e também nos próprios profissionais de saúde, o ultrapassar da exaustão pelo recurso a mecanismos individuais e de suporte organizacional, o sentimento de viver a própria vida de forma mais intensa na valorização das pequenas coisas, constituem entre muitos

mais factores, meios de enriquecimento pessoal e profissional. Na capacidade de se conhecer mais e melhor, de desenvolver capacidades de comunicação e de resolução de problemas, os enfermeiros da área oncológica estão não apenas sujeitos a factores altamente stressores mas também enriquecedores (Lopes, 2006). No facilitar em substituir experiências emocionais negativas por experiências positivas e significativas, a pessoa e a própria equipa deve ter padrões de actuação e modelos de referência próprios e significativos que orientem globalmente as diferentes intervenções.

1.3 – STRESSE E BURNOUT NA VIVÊNCIA EMOCIONAL

“A ausência completa de stress é morte”

SELYE, 1979

Urge uma reflexão profunda sobre o stress, no reconhecimento dos factores desencadeantes, na sensibilização dos próprios profissionais de saúde para este problema que parece ter encontrado um meio óptimo de prosperação, na prevenção de formas não funcionais de adaptação e até de doenças, como o *burnout*.

O termo stress deriva do verbo latino *stringo* que tem como significado apertar, comprimir restringir e foi adquirindo significados diferentes ao longo do tempo (Serra, 1999).

Claude Bernard, fisiologista francês, no séc. XIX, foi quem iniciou as pesquisas no campo do stress, desenvolvendo as ideias já existentes acerca da harmonia ou estado de equilíbrio. Assim, no decorrer dos seus estudos, salientou a existência de uma forma de auto-regulação do ser humano que permite reagir às condições externas do meio e aos acontecimentos a que é sujeito, contrariando as agressões que sofre, mantendo a sua harmonia interna (Loreto, 2001).

Já no século XX, com Selye, a definição de stress torna-se baseada não no estímulo que se exerce no organismo mas na resposta biológica. Selye, referenciado por Leal (1998), verificou que a resposta do organismo era independente do tipo de agente agressor, quer fosse de natureza física ou psicológica. A resposta passa a ser encarada como algo que pode variar em gravidade e duração, em função da intensidade do agente agressor e da sua permanência real ou simbólica.

Esta definição foi gradualmente sendo abandonada devido a um desacordo entre vários investigadores, que defendiam que uma situação podia ser ou não stressante, dependendo das características individuais e do significado que a situação tem para o indivíduo.

De facto assim o é, mais tarde foi constatada a importância dos componentes individuais e situacionais como determinantes da resposta ao stress. Em 1996, Lazarus propõe o modelo cognitivo – transaccional, que não consistindo uma oposição ao modelo fisiológico, já que o integra como a explicação fisiológica da reacção ao stress. Considera-o como um processo resultante da interacção entre indivíduo e a situação. Assim identificou três importantes aspectos que ligavam entre si muitas outras teorias:

- Os indivíduos diferem na sua reactividade ao stress;
- O stress é determinado pela percepção de uma situação de stress e não pela situação em si;
- O grau de stress depende em parte das capacidades do indivíduo para lidar com a situação (Leal, 1998)

O stress constitui-se assim como o resultado da interacção entre as pessoas e o seu meio ambiente, emergindo como consequência de um equilíbrio entre os recursos dos indivíduos e as exigências que o meio lhes coloca. Sendo por isso um processo de ajustamento entre as exigências do meio e as estratégias individuais de cada um para lidar face a essas exigências. O stress surge pois como a resposta do organismo à acção de diversos factores, exigindo adaptação às solicitações e tensões a que estamos expostos (Lazarus e Folkman, 1984).

Em algumas circunstâncias pode ser benéfico e saudável, constituindo um género de estímulo e desafio, já que facilita o equilíbrio psicológico durante a interacção entre o indivíduo e ambiente circundante, noutras pode tornar-se prejudicial na medida em que pode constituir um risco para a saúde física e mental.

O stress pode ser funcional, sob a forma de *eustresse*, levando à aprendizagem e habilidades aumentadas para enfrentar as situações. O *eustresse* permite mobilizar energias e gera sem dúvida alguma motivação. Enquanto força poderosa acrescenta à rotina da vida a excitação e os desafios, na conquista e na longevidade. A elevação dos níveis de vigilância que acarreta parece facilitar também a adaptação a situações difíceis, estimulando e aumentando a produtividade.

Por outro lado o stress pode ser considerado uma ameaça, na antecipação de um acontecimento penoso ou quando a situação já decorreu. Assim nos surge o *distresse*

implicando de certa forma um sofrimento, na frustração, na insatisfação e na ansiedade. Inibe e desorganiza o indivíduo e por isso fá-lo privar de um relacionamento harmónico com o meio que o rodeia (Selye, 1979).

Enquanto adaptação, estímulo, desafio, resposta, ameaça, consequência ou mesmo processo o stress surge-nos, considerado por vários autores, como algo fundamental a considerar, porque inerente à condição humana e a todos os estímulos complexos presentes.

O **stress ocupacional** constitui uma área fundamental no estudo e investigação sobre o stress, nomeadamente pelos custos e efeitos, não só a nível individual, mas também a nível organizacional. É indiscutível a consequência dos efeitos negativos do stress ocupacional na saúde física e mental, na satisfação profissional, assim como na produtividade e rendimento dos indivíduos em particular, e das organizações em geral. Resulta da interacção das condições de trabalho com as características do trabalhador de tal modo que as exigências que lhe são criadas ultrapassam a sua capacidade em lidar com elas (Serra, 1999)

O stress ocupacional pode ser então definido como o resultado de uma relação, que se estabelece entre o indivíduo e o seu trabalho. A sua causa está, muitas vezes, relacionada com expectativas falhadas; divergência de objectivos; sobrecarga qualitativa/ou quantitativa do trabalho; conflitos e ambiguidades de papéis e relações interpessoais conflituosas; condições físicas de trabalho deficitárias (Luís, 2000).

As causas de stress ocupacional são portanto múltiplas e estão directamente relacionadas com as que provém do meio e da vida de relação do indivíduo.

Loreto (2001), Loff (2004), Queirós (2003), Mackereth (2005) entre outros propõem igualmente e de forma global, potenciais stressores ocupacionais, como:

- **A estrutura organizativa** – na ambiguidade e o conflito de papéis, no que respeita a objectivos, métodos, recursos e política organizacional (e.g. o desfasamento entre a categoria profissional e as funções desempenhadas);
- **O cruzamento de limites territoriais** – devido à mobilidade, nem sempre adequada, dos trabalhadores;
- **A centralização e a baixa participação** – enquanto característica das organizações burocráticas, pela não participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão;
- **As exigências organizacionais** – na proliferação de partidos e poderes e na sobrecarga de trabalho ou ausência deste;

- **As exigências organizacionais** – na proliferação de partidos e poderes e na sobrecarga de trabalho ou ausência deste;
- **Os factores físicos e ambientais** – como as características das tarefas, o ruído, a vibração, a luminosidade, entre outros;
- **As interacções complexas** – muitas vezes difíceis, estabelecidas com os doentes, familiares, chefes, subordinados ou com colegas.

Por outro lado existem ainda factores pessoais que determinam o stresse ocupacional como a personalidade, a estabilidade da vida pessoal e as motivações de cada um. Factores que de certa forma estão dependentes das necessidades de cada indivíduo, de acordo com a sua unicidade. Se a situação de trabalho não permitir a realização profissional e pessoal, podem surgir também problemas de saúde físicos e psicológicos, dificuldades de relação no trabalho, baixa produtividade, absentismo e aumento de incidência dos acidentes de trabalho.

O *burnout* é um processo de resposta face ao stresse ocupacional crónico, com consequências negativas a nível individual, familiar, social e profissional. A exposição a um elevado nível de stresse significa assim um factor de risco.

O conceito de *burnout* foi introduzido em 1974 por Herbert Freudenberg, como um estado de frustração ou fadiga, resultante da dedicação a uma causa, estilo de vida, ou relação que falhou na realização da expectativa esperada. A necessidade de um estudo mais profundo por parte do autor surge na observação de voluntários que trabalhavam em unidades de saúde e que apresentavam uma perda gradual de emoções, da motivação e do empenhamento, acompanhado de sintomas físicos e mentais, notando um estado particular de exaustão (Rainho, 2005).

Na década de oitenta as primeiras investigações sobre o *burnout* demonstram resultados alarmantes e ainda hoje verificados, conforme defende Queirós (2005) em referencia a Alvarez et al, considerando os seguintes aspectos:

- Os sintomas aparecem também em grupos profissionais que se pensavam não constituírem populações de alto risco, tratando-se assim de profissionais cujas tarefas eram consideradas vocacionais, na falsa certeza de que não seriam atingidos, já que as suas actividades profissionais seriam supostamente gratificantes para os próprios, desde os níveis mais pessoais aos mais sociais;
- Longe de afectar uma minoria profissional, ou de se manifestar em indivíduos com eventuais patologias prévias, comprovou-se que o *burnout* tem uma incidência

maciça sobre as pessoas com personalidades aparentemente equilibradas e ajustadas, pertencentes a um mundo laboral específico;

● Tem consequências importantes na perda de recursos humanos e económicos para as diversas administrações, principalmente educativas e sanitárias, tendo em conta as consequências endémicas dos sintomas de *burnout* (e.g. fadiga, absentismo, desmotivação).

Gradualmente definido ao longo dos tempos, o termo de *burnout*, surge actualmente como um síndrome, que ocorre para além dos serviços onde se trabalha com pessoas. Associado ao esgotamento físico e psicológico, traduzido numa exaustão emocional e numa sensação de vazio, na perda de realização pessoal, conduz ao desenvolvimento de atitudes muitas vezes despersonalizadas e inadequadas (Shaufeli et al, 1993).

A *exaustão emocional* refere-se sobretudo a um cansaço emocional, não excluindo o abatimento físico e a sensação de não poder mais dar algo de si. Por sua vez a *despersonalização*, também característica de *burnout*, refere-se ao desenvolvimento de atitudes negativas e de insensibilidade para com aqueles que são cuidados e a perda de *realização pessoal* manifesta-se ainda através do pessimismo pela diminuição das expectativas de competência e sucesso no trabalho (Loreto, 2001).

Enquanto resposta prolongada a stressores crónicos emocionais e interpessoais no trabalho, o *burnout* é definido, em 2001 por Leiter, Maslach e Shaufeli referenciados por Queirós (2005), em três dimensões: exaustão emocional e física; cinismo e ineficácia.

As suas causas prendem-se também às causas referidas anteriormente como desencadeantes de stresse, onde se destaca os *factores organizacionais*, no défice de autonomia; na sobrecarga do trabalho; na desvalorização pessoal e profissional; e os *factores individuais*, no tipo de personalidade; na liderança e supervisão; nas complexas relações multidisciplinares; no uso de mecanismos de coping; nas variáveis demográficas (i.e. sexo, idade) e em todas as outras características que fazem de cada pessoa um ser único, mais ou menos influenciado, mas indiscutivelmente marcado pelos efeitos do stresse (Loreto, 2001)

Os altos custos do *burnout* têm impacto não apenas na pessoa, pela diminuição da qualidade de vida e na capacidade de produção, mas também nas organizações, pelas repercussões na qualidade e quantidade de trabalho produzido, como reforça Loreto (2001) em referência a Alvarez et al; Maslach e Leiter. A autora considera que face ao

descrito, os profissionais têm cada vez mais dificuldade em lidar com os problemas laborais, investindo o mínimo possível, fazendo apenas o que é absolutamente necessário, num conseqüente aumento do absentismo. Por outro o sentimento de falta de apoio, pode levar também a um afastamento emocional. Em situações extremas, algumas pessoas, por considerarem que nada mais haverá a fazer podem optar pelo abandono definitivo e indiscutivelmente doloroso da profissão.

Em tom de síntese o *stress* ocupacional ou laboral parece constituir o resultado da interacção que se estabelece entre a tarefa, a organização e a pessoa, não sendo por isso possível a compreensão do processo de burnout sem entender a problemática do stress profissional. Conceitos multidimensionais estão relacionados. O stress surge como um processo temporário e o *burnout* tende para a exposição quase crónica ao stress ocupacional.

De facto, o trabalho nas organizações, sendo determinado por um conjunto de regras e papéis, normas e conflitos, é por si só passível de desencadear constrangimentos individuais e até grupais, com conseqüências mais ou menos graves mas sempre merecedoras de reflexão.

As organizações de saúde, particulares nas relações, na ambiguidade de papéis e de poderes, responsabilidades e mudanças, constituem-se também como ambientes, particularmente determinantes de stress (Neves; Pacheco, 2004). O trabalho emocional dos profissionais de saúde que mais de perto lidam com a vulnerabilidade humana, faz deles profissionais de risco, cujos mecanismos de gestão emocional nem sempre são eficazes e indutores de desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional.

1.4 - A APRENDIZAGEM DAS EMOÇÕES

*“Ser-se humano é sentir...
O único caminho para desenvolver a sensibilidade
para consigo e para com os outros é reconhecer
e sentir sentimentos penosos e felizes”*

WATSON, 2002

Apesar de existirem emoções básicas sob a forma de padrões inatos, a sua expressão ou inibição depende do desenvolvimento cognitivo e do contexto cultural onde cada pessoa se insere. A aprendizagem, a reflexão e a cultura alteram a expressão das emoções, revestindo-as de novos significados.

das emoções confere a possibilidade de enaltecermos e reforçarmos sentimentos positivos. No entanto a gestão inadequada das emoções pode constituir uma fonte de perturbação.

Na necessidade de um profundo auto-conhecimento, o controlar das emoções perturbadoras, a educação e o impedimento de que os sentimentos negativos dominem, surgem como elementos chave para o atingir de um bem-estar emocional. Damásio (2003) defende mesmo que uma emoção negativa só pode ser superada por uma emoção positiva superior.

Alicerçando-se em Lupton, Amândio (2002) considera ainda que uma pessoa é civilizada em termos de apresentação emocional quando sabe revelar ou coibir a expressão de emoções, consoante o contexto. O caminho entre as emoções e a racionalidade tem-se revelado tortuoso e a gestão pessoal destas mais ou menos treinada, mais ou menos inata, parece surgir de forma inevitável ainda que de carácter complexo e global.

Reflectir sobre um crescimento constante rumo a um equilíbrio homeostático, é como refere Bandura citado por Goleman (2003) incitador de mudanças positivas nas nossas capacidades.

Cada pessoa é diferente nessa mesma capacidade, sendo que cada pessoa é portadora de um temperamento, pano de fundo do sentimento e constituinte da nossa base genética. Podemos ser seres tímidos, alegres, melancólicos ou confiantes, podemos ter medo de nos ligarmos ao outro, de nos envolvermos, de sentirmos e de nos abrimos ou não, no entanto mesmo as lições emocionais em nós profundamente enraizadas em hábitos antigos, podem ser reformuladas.

Não podemos porém controlar todas as emoções à nossa vontade. Diz-nos Damásio (2000) que travar uma emoção é tão difícil quanto conter um espirro. Podemos conseguir evitar a expressão de uma emoção em parte, na capacidade, mais ou menos trabalhada, de disfarçar algumas das manifestações externas da emoção, mas não somos capazes de bloquear as modificações automáticas que ocorrem a nível cerebral e nas vísceras.

1.4.1 - A influência sócio-cultural e o auto-conhecimento

A regulação das emoções adquire um papel social relevante e inicia-se no seio familiar. As interações nos primeiros anos de vida permitem o estabelecimento de um conjunto de lições emocionais baseadas na harmonia e nos contratempos, resultantes da interação entre a criança e o seu educador. Quando estas lições emocionais decorrem de forma inadequada, podem constituir uma fonte de perturbação futura.

A aprendizagem das emoções nos rapazes e nas raparigas favorece por sua vez capacidades diferentes. As raparigas são consideradas mais hábeis na leitura de sinais emocionais não verbais, na comunicação dos seus sentimentos, na sua expressão, enquanto os rapazes tendem a minimizar as emoções que estejam relacionadas com a culpa, o medo, a dor ou a vulnerabilidade. As mulheres têm também a tendência para experimentar as emoções com mais intensidade e mais volatilidade que os homens, assumindo o papel de verdadeiras gestoras emocionais (Goleman, 2003).

A capacidade de dominar os sentimentos, de educar as emoções é dada a nível cerebral pelo córtex pré-frontal, uma vez que este pode refinar ou travar os impulsos da amígdala não a impedindo no entanto de reagir. O controlo de determinadas explosões emocionais é um indicador de maturidade emocional (Damásio, 2003)

É na capacidade do ser humano tomar consciência da sua experiência, avaliá-la, verificá-la e corrigi-la, que se verifica a sua tendência para o desenvolvimento, assim como a sua maturidade (Rispaill, 2003).

O auto-conhecimento, a reflexão e a introspecção assumem também lugares de destaque. Aquilo que as pessoas pensam das suas capacidades tem um efeito profundo nestas mesmas capacidades. Porém a capacidade não é um bem fixo. As pessoas que possuem sentimentos positivos de auto-estima, em caso de crise, recompõem-se mais facilmente, lidando com as situações como passíveis de ser entendidas e resolvidas. O temperamento, mais ou menos melancólico, tímido ou alegre, não é uma futilidade. A amígdala sobreexcitada pode ser controlada através de experiências adequadas, sendo por isso determinante a educação emocional. A reaprendizagem emocional sistemática constitui uma boa prova de como a experiência pode simultaneamente modificar os padrões emocionais e modelar o cérebro.

Igualmente importante, na regulação das emoções, a influência social e cultural, uma vez que quando não são conscientes, as emoções, são estruturadas por força do trajecto social do individuo. Na manutenção de uma relação com o outro, existe

interacção e consequente partilha de estados de emocionais. Quanto mais hábeis formos socialmente, maior a eficácia se terá na regulação das emoções.

Nobert Elias referenciado por Amândio (2002) estudou precisamente esta regulação dos afectos, através da psicologia do polimento, do auto-controle das pulsões e do controlo das emoções. Uma estruturação das emoções no decurso do processo civilizacional, na racionalização do comportamento. Formatadas no processo civilizacional, as emoções podem ser enformadas, mas nunca suprimidas por completo. Demasiada contenção pode até indispor e incorrer a pessoa no risco de insensibilidade. Por outro lado, para além dos constrangimentos, a permissividade, os relaxamentos actuais, não são mais do que um jogo com normas de tal forma incorporadas que permitem uma margem de liberdade, que não coloca em causa o nível de sensibilidade colectivamente alcançado.

Os constrangimentos formais e institucionalizados determinam muitas das vezes a nossa forma de expressão, os nossos comportamentos e a nossa forma de ser, mais ou menos racional. De acordo com Lupton, referenciado por Amândio (2002), ser uma pessoa civilizada em termos de apresentação emocional, implica saber usar oportunamente e de forma adequada, a expressão das emoções, sua revelação ou contenção, de acordo com o contexto. Por seu lado a busca constante de uma adequação, na percepção e no sentimento do sucesso ou insucesso é também e por si só, factor de ansiedade. Quando as formas de expressão emocional mudam, muda de igual forma o sentimento do que é agir perante determinada situação. Significa que as formas de expressão nas práticas sociais mudam consoante as pressões, as expectativas e ambições, mudam de acordo com aquilo que é permitido e com aquilo que não o é.

É reconhecido que qualquer organismo surge e permanece vivo na sua capacidade de homeostasia, que Damásio (2003) referencia de auto-preservação. Nessa necessidade de preservação sobressai também a capacidade do Homem manipular e camuflar as emoções que considera negativas e prejudiciais e por outro lado cultivar e reforçar aquelas que considera benéficas.

Amândio (2002) demonstra isso mesmo, num estudo sobre o *Lugar Social das Emoções na Investigação Científica em Ciências Sociais*. As emoções podem ser enformadas, mas não suprimidas por completo e os sentimentos interiores que vamos tendo são as melhores testemunhas do nosso insucesso (Damásio, 2000). Ainda que nem todo o comportamento seja determinado pelas emoções, aquelas que são modificadas socialmente, como acontece com a percepção e a cognição, estão presentes

em quase todos os comportamentos. As rotinas que estabelecemos no dia a dia e nos locais de trabalho não são mais de que mecanismos que usamos para lidar com a realidade, de a dominarmos, no refúgio contra a mudança, o perigo e a ameaça. Formas de enformar as emoções e os comportamentos numa fuga contra a ansiedade, mas simultaneamente cheias de tensão.

Goleman (2003) fala-nos também dessa mesma capacidade de esconder, de aprender, de aperfeiçoar. Fala-nos da já referida Inteligência Emocional, na capacidade, correlativa e voltada para o interior, de nos compreendermos e de compreendermos os outros, numa espécie de aptidão emocional. O conhecimento das próprias emoções, a gestão das emoções, a auto-motivação, o reconhecer das emoções dos outros pela empatia, e a gestão de relacionamentos, constituem os cinco domínios principais dessa mesma aptidão.

Cada pessoa é, diferente na capacidade de ser, de experimentar emoções, de ter consciência dos sentimentos e de agir com o propósito de alterá-los. Na diferença do uso das emoções, Goleman (2003), descreve três tipos de pessoas:

- *Auto-concientes* – Pessoas com facilidade de auto-controlo emocional e clareza na análise das próprias emoções. Geralmente autónomas e seguras das suas capacidades e limites, quando caem num espírito negativo não ficam obcecadas, mostrando capacidades para se libertarem dele rapidamente.

- *Imersas* – Pessoas que se deixam avassalar pelas emoções, sendo incapazes de escapar-lhes, como se os seus estados de espírito assumissem pleno comando. Descritas como maioritariamente instáveis e emocionalmente descontroladas.

- *Aceitantes* – Pessoas que têm consciência daquilo que sentem e com tendência para aceitar os estados de espírito tais como lhe surgem, sem nada fazerem para alterá-los. Podem no entanto assumir dois estados, o da boa disposição e optimismo, não se sentindo necessidade de mudar, ou o da vulnerabilidade, quando se apercebem do que lhes está a acontecer, mas caem frequentemente em estados de espírito negativos, aceitando-os passivamente e nada fazendo para alterá-los.

A gestão das emoções, nossas e dos outros, requerer indiscutivelmente maturação e habilidades emocionais como o auto-controlo e a empatia. Reforçando o referido anteriormente, as competências sociais surgem como chaves na maneira como são expressos os sentimentos, explicando o êxito no trato com terceiros ou défices conducentes de inépcia no mundo social ou repetidos desastres interpessoais. Quanto mais hábeis somos socialmente, melhor controlamos os sinais que emitimos. A

Inteligência Emocional inclui precisamente esta troca, na capacidade que todos temos de nos mudarmos e de mudarmos os sentimentos dos outros.

Goleman (2003) fala-nos de *contágio das emoções*, que geralmente ocorre de forma subtil, num intercâmbio tácito que acontece em todos os encontros. A transmissão e captação de estados de espírito fazem-se por sua vez no sentido da pessoa mais expressiva para a mais passiva. Existem pessoas particularmente sensíveis ao contágio emocional, no uso de uma sensibilidade inata cujo sistema nervoso autónomo é mais facilmente activado, como existe o contrário, na manifestação de um certo embotamento afectivo. Quanto mais empáticas são as pessoas mais facilmente são contagiadas pelos sentimentos dos outros.

No palco da vida as exhibições emocionais revelam artistas e espectadores. O assistir das emoções nunca é indiferente, pode ser até suficiente para evocar um mesmo sentimento naquele que vê, quer a pessoa tenha consciência ou não. Este sincronismo do estado de espírito determina a nossa avaliação da maneira como decorreu a interacção.

Estabelecer o tom emocional de uma interacção é também um sinal de domínio, a um nível íntimo profundo, porque significa influenciar o estado mental do outro.

1.4.2 - A gestão das emoções

*“... só indo até aos limites de nós mesmos, com lucidez e sem disfarces,
a compreensão do mundo mais distante se tornará possível”*

LEIRIS

Em oposição à repressão do que se vive, sente e expressa, a gestão das emoções, na regulação das mesmas, é representada por uma série de processos intrínsecos e extrínsecos, pessoais e sociais, intensos e temporais. Esta habilidade de nos gerirmos e de gerirmos os outros decorre durante uma vida, pela experiência e no treino emocional.

A consciência surge como um elemento chave na tentativa de conhecer e compreender as emoções e os sentimentos, numa regulação emocional, alternativa ao recurso de estratégias defensivas para reprimi-las. Apesar da diferença lógica entre a regulação e a repressão emocional, o reconhecimento de um sentimento negativo conduz quase necessariamente a uma sensação de alterar o incomodo, de o eliminar e desta forma ambas as estratégias complementam-se (Diogo, 2004).

Como constatado a regulação das emoções nem sempre ocorre de forma eficaz e por isso pode constituir uma fonte de perturbação. Goleman (2003) considera que as pessoas pessimistas são mais propensas a *sequestros emocionais* e desta forma têm mais dificuldade em organizar os seus pensamentos e em cair em reacções primitivas. É necessário que as pessoas disponham de mecanismos que acalmem os seus próprios sentimentos, uma vez que a capacidade de ouvir, pensar e falar dissolve-se quando ocorrem picos emocionais.

As próprias emoções apelam à racionalização. Os mecanismos desencadeantes de emoções, indissociáveis dos mecanismos de controlo, funcionam como instrumentos de gestão das emoções que pululam por entre práticas e interacções (Amândio, 2002).

De facto todas as pessoas necessitam de desenvolver determinadas competências para enfrentar os problemas, os quais resultam da experiência de cada um. A esse conjunto de esforços pessoais, cognitivos e comportamentais em permanente mudança, que surgem de modo a gerir as exigências específicas, internas e externas, consideradas como penosas ou que transcendem os recursos pessoais, Lazarus e Folkman (1984) designam de **coping**. O coping imerge assim visando a manutenção da homeostasia.

Assim sendo e porque cada pessoa possui em si a capacidade de se adaptar torna-se relevante considerar e referir à semelhança de Caplan (1980) que nenhuma estratégia de adaptação deve ser considerada intrinsecamente melhor ou pior que outra. O juízo sobre o valor adaptativo das estratégias usadas deve ser feito em função do contexto (i.e. características e recursos do indivíduo em interacção com a realidade do ambiente), não se devendo nunca menosprezar a capacidade e complexidade de cada indivíduo e situação.

Podemos então encontrar dois tipos de mecanismos de adaptação, o coping centrado nas emoções e o coping centrado nos problemas.

O **coping centrado no controlo das emoções** ocorre geralmente quando há percepção de que nada pode ser feito para modificar o perigo, a ameaça ou o desafio. O objectivo fundamental passa por diminuir o desconforto emocional, a angústia e o sofrimento, assim a energia do indivíduo é focada no controlo da resposta emocional vivida na situação. São exemplo deste tipo de estratégias a negação, o isolamento e a sublimação, sendo que surgem para manter a esperança e o optimismo, para negar os factos e as suas implicações, para não reconhecer o pior, para agir como se nada de muito mal tivesse acontecido. Pode conduzir à desilusão, porque ninguém consegue iludir-se e ao mesmo tempo ter plena consciência do que está a fazer.

O coping orientado para a resolução de problemas ocorre sobretudo quando as situações são percebidas como passíveis de serem controladas ou modificadas pelo indivíduo. Os esforços são geralmente dirigidos para a análise e definição do problema, para a criação de alternativas, para a avaliação dos custos e benefícios dessas alternativas, para a selecção da melhor alternativa e finalmente para a acção. Implica estratégias e uma análise da situação e são mais voltadas para a realidade. São disso exemplo a religião e a procura da fé, a compensação e a procura de informação (Lazarus e Folkman, 1984).

A eficácia e o estilo dos mecanismos de coping são pois influenciados pela situação em causa, pelo estágio de desenvolvimento da pessoa e pelo seu contexto social e cultural. Enquanto mecanismos de defesa são simultaneamente reacções emocionais que, conscientes ou inconscientes, surgem face a uma ameaça potencial ou real, permitindo aliviar a ansiedade, o medo ou a angústia.

Parece ainda relevante salientar que nenhum dos dois tipos de coping descritos e respectivas estratégias de adaptação são antagónicos respectivamente, surgindo até frequentemente associados. O coping orientado para as emoções geralmente ocorre imediatamente após os acontecimentos, sendo gradualmente substituído por estratégias orientadas para os problemas (Chaves, 2000).

1.4.2.1 - O controlo das emoções nos prestadores de cuidados

*“... o prestador de cuidados vê coisas terríveis,
toca em coisas horríveis e colhe infortúnios pessoais, perante o sofrimento alheio”*

HIPOCRATES

Não há dissociação entre a pessoa em si e a pessoa que cuida, a prática de enfermagem assenta nisso mesmo, num emaranhar de significados, de trocas, numa co-participação. É, como nos fala Collière (2003), na poesia, na música das relações, que se percebem as vibrações da vida, as emoções, a essência do cuidar.

O controlo das emoções por parte do prestador de cuidados tem como intenção não suscitar, ou pelo menos atenuar, as emoções do doente. Fá-lo por ele, de forma a não se deixar invadir por um mar de emoções, fá-lo pelos seus colegas, para transparecer uma imagem íntegra e profissional e fá-lo pela relação, contaminada de emoções altamente contagiosas.

Como nos revela Mercadier (2002) o prestador de cuidados domina as suas reacções para não inquietar o doente, visto que vivendo ele num mundo à parte, essa separação é implícita e assim deve manter-se. Considera de igual forma que o cuidador, tenta controlar muitas das suas reacções para provar algo aos seus colegas. Na descrição de situações de cuidados é usual recorrer a uma terminologia profissional que é afinal uma técnica com a qual é possível neutralizar as percepções.

No controlo das suas reacções, o prestador de cuidados comanda, de certa forma, a situação, impondo limites, procurando segurança, impedindo o atingir de proporções que não só deixariam de passar despercebidas mas que desencadeariam também um eventual envolvimento emocional desproporcionado. Numa tentativa de se proteger, o enfermeiro pode-se distanciar do outro, no esquecimento de si mesmo (Mercadier, 2002).

A oportunidade dada ao enfermeiro, o prestador de cuidados que mais perto se encontra do doente e mais frequentemente se confronta com todas as ramificações físicas e psicológicas da doença, é única. Isto permite-nos perceber o tamanho da importância da sua vivência emocional, no reconhecimento do sentido especial e complexo das suas práticas. Na resposta a uma ainda interiorizada imposição de neutralidade emocional, os prestadores de cuidados desenvolvem muitas vezes estratégias de distanciamento dos doentes.

Amândio (2002) descreve como forma de controlo das emoções, o uso de rotinas adquiridas e formas de domínio a ela associadas. Uma aceitação emocional na manutenção de hábitos e rotinas que permitem, ao prestador de cuidados, ter um aparente controlo sobre a situação.

O trabalho emocional cumpre-se assim simultaneamente no seio da interacção e à distância da mesma, em meio hospitalar mas também no seu exterior. Todas as facetas da vida do prestador de cuidados (i.e. profissional, pessoal, familiar, social) podem sofrer influência do impacto emocional da interacção com a pessoa cuidada.

O controlo das emoções presentes e resultantes da relação enfermeiro/utente é conseguido através das particularidades com que se inicia e termina essa interacção, protegendo-se com isso a percepção emocional para a qual muito contribui a protocolarização dos cuidados. No uso do distanciamento, do humor e de muitas outras estratégias de protecção desenvolvidas pelos prestadores de cuidados, de modo a garantirem o controlo da situação, encontramos a prevenção do risco de contaminação simbólica.

Para além das estratégias desenvolvidas simultaneamente no centro da interacção e fora dela os prestadores de cuidados socorrem-se de diversos meios para manter o equilíbrio, para controlarem os afectos, fora e dentro do hospital. No estudo realizado, Mercadier (2002), revela que os prestadores de cuidados falam repetidamente da sua vida afectiva como de um verdadeiro suporte que lhes permite fazer face às dificuldades inerentes à vida profissional, ao qual associam as actividades de lazer. E a vida afectiva pressupõe diferentes papéis, o de esposa, o de marido, de filha, de mãe, etc. É no desempenhar destes diferentes papéis que encontramos a procura de recursos, na gestão de emoções negativas e na mobilização de emoções positivas.

A partilha de vivências, das emoções sentidas durante a prestação de cuidados, é também descrita por vários autores, como uma estratégia de controlo das emoções. Falar sobre experiências em equipa ou em meio familiar liberta da memória situações penosas, invasoras que por algum motivo marcaram quem cuida. Rogers (1985) defende a existência de acompanhamento, no uso de processos terapêuticos capazes de permitir a descoberta da pessoa, na partilha de sentimentos e atitudes conscientes e inconscientes. E será nessa partilha, nessa descoberta de *ser-se o que se é*, que poderemos encontrar a essência do cuidar e de todos os processos terapêuticos capazes de suportar esta complexa relação.

O cuidador deve pois melhorar a compreensão que tem de si mesmo, das suas crenças, dos seus hábitos, dos seus medos e receios, tomar consciência dos seus mecanismos de defesa e de projecção, de forma a adquirir uma autenticidade e confiança que lhe permitirão melhorar a qualidade dos cuidados que presta. A sua vida é simultaneamente a vida do Homem, no seio de uma equipa de trabalho, de uma família, de uma sociedade. Conhecer-se melhor para melhor comunicar, posicionar-se melhor, melhorar a sua relação com os outros para se sentir melhor consigo próprio mas sobretudo, enriquecer-se através do prazer de cuidar (Rispaill, 2003).

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

2.1 – PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Conhecer a organização, a sua cultura, as pessoas, as componentes estratégicas de mudança é conhecer um sistema que, sendo de saúde, é também um sistema de trocas rico pela complexidade inerente ao ser humano. Hees, citado por Hesbeen (2004) refere que as organizações, principalmente as de saúde, constituem microcosmos no seio dos quais se observa a forma como a racionalidade funcional, em oposição à emoção, proveniente da preocupação exacerbada com a rentabilidade, se sobrepõe a outras considerações. Esta eventual redução do ser humano a um mero valor económico faz sobressair estratégias desenvolvidas pelos prestadores de cuidados de forma a garantirem o controlo emocional e o risco de contaminação simbólica, sobre as quais urge uma reflexão.

A renovação é exigida em todas as organizações e as de saúde não são excepção. Torna-se fulcral analisar o processo de relação de cada actor no seio das organizações, compreender como são geridas as emoções, manipulados e reforçados sentimentos em prol de interesses, medos e pressões organizacionais.

Sendo o actor estratégico, activo e susceptível às influências multifactoriais, o enfermeiro, o prestador de cuidados que mais perto se encontra do doente e sendo que esta relação e esta organização têm a doença oncológica inerente à sua existência, a reflexão cai também e não só sobre a doença em si, mas sobre os mitos e medos que a envolvem e envolvem aqueles que nela e por ela assumem um papel.

Multifacetada, a doença oncológica, possui uma forte componente emocional, face à qual é exigido, a quem cuida e é cuidado, a mobilização de um conjunto de recursos e capacidades para lhe fazer frente, nem sempre conscientes.

Para além das partilhas informais e superficiais entre colegas e pares, da experiência muitas vezes marcante mas esquecida ou escondida faz-nos sentido analisar cientificamente a vivência de cuidar do doente oncológico, identificar como essa prestação de cuidados influencia a vida pessoal e profissional dos prestadores de

cuidados, compreender como fazem a gestão das experiências emocionais e daquilo que delas resulta, positiva e negativamente. E tudo isto surge na preocupação quer pelo custo económico e social do stresse emocional, quer pelo eventual aparecimento de outros problemas associados ao trabalho (e.g. burnout, doenças psicossomáticas), quer pelo conhecimento essencial dos actores, suas percepções e motivações, na optimização de todos os seus recursos e consequente melhoria da prestação de cuidados.

Em suma, pretende-se com o presente estudo abrir um espaço de construção de conhecimento, de eventual futura teorização, de reflexão sobre as emoções na prestação de cuidados, colocando como enfoque que os contextos de trabalho desmotivantes, a desvalorização de competências emocionais, assim como o menosprezo das vivências de cada actor reduzem a participação e o empenho de cada profissional, interferindo na produtividade e na eficiência organizacional.

No assumir da capacidade de gestão das emoções como valiosa parte do processo laboral, pela necessidade de compreender a natureza singular da relação enfermeiro-doente e de melhorar a prática dos cuidados prestados, levanta-se a seguinte questão geral:

- **Qual a vivência emocional do enfermeiros nos cenários da prestação de cuidados ao doente oncológico?**

Tendo o presente estudo como objectivos centrais:

- Conhecer a vivência das emoções dos enfermeiros nos cenários da prestação de cuidados ao doente oncológico;
- Contribuir para a melhoria das práticas de intervenção e de gestão emocional em enfermagem nos contextos de trabalho em Oncologia.

Constituem objectivos específicos do estudo realizado os seguinte:

- Conhecer as experiências emocionais mais significativas dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente oncológico;
- Compreender a forma como os enfermeiros experienciam a prática de cuidar do doente oncológico;
- Analisar os mecanismos de gestão das experiências emocionais;
- Identificar as necessidades de suporte/acompanhamento sócio-psicológico ao enfermeiro prestador de cuidados ao doente oncológico.

A partir do momento em que foi definida a problemática em estudo, uma vez que esta fornece, tal como refere Quivy e Campenhoudt (2003), as linhas orientadoras

do plano teórico onde irá assentar o modelo de análise, parte-se para a caracterização da abordagem metodológica, questão que vai ser tratada no ponto seguinte.

2.2– ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

A metodologia da investigação engloba a estrutura do espírito, a forma da investigação e simultaneamente as técnicas utilizadas para pôr em prática este espírito e esta forma (Gauthier, 2003).

Em analogia a um pesquisador de petróleo, onde não depende do acaso o sucesso de uma pesquisa, também na investigação o sucesso depende dos procedimentos e das competências requeridos. Sobressai a importância de o investigador conceber e aplicar um dispositivo para elucidação do real, um método de trabalho, um percurso global do espírito, que exige ser reinventado, uma vez que todo o conhecimento se adquire e constrói (Quivy; Campenhoudt, 2003).

A investigação científica surge assim como um método de adquirir conhecimento, uma forma sistemática e ordenada de encontrar respostas. Nela os paradigmas de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos que suportam as preocupações e as orientações da investigação. Um paradigma consiste pois num conjunto aberto de asserções, conceitos e proposições logicamente relacionados, que orientam o pensamento e a investigação (Bogdan; Biklen, 1994).

Decorrente das questões colocadas, certas investigações implicam a descrição dos fenómenos, outras uma compreensão dos mesmos, numa análise sobre a relação entre de fenómenos, outras ainda a predição ou o controlo dos fenómenos. Assim, dependendo da natureza do fenómeno encontramos dois paradigmas de investigação, que concorrem para o desenvolvimento do conhecimento, o **quantitativo** e o **qualitativo** (Fortin, 1999). A distinção entre paradigmas diz respeito à produção do conhecimento e ao processo de investigação e pressupõe existir uma correspondência entre epistemologia, teoria e método (Carmo; Ferreira, 1998),

O **paradigma de investigação quantitativa** surge afiliado teoricamente ao funcionalismo estrutural, ao realismo, ao empirismo, entre outros. A realidade estudada é objectiva e singular e parte do investigador, sendo este independente do que está a ser a ser estudado. Essencialmente ligado à investigação experimental ou quasi-experimental, utiliza um processo sistemático de colheita de dados observáveis e

quantificáveis, sendo baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e fenómenos que existem para além do investigador. Tem como principal finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecendo simultaneamente a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos (Creswel, 1994).

No **paradigma de investigação qualitativa** existe por sua vez uma preocupação com a compreensão profunda do fenómeno em estudo, sendo suportado por várias correntes de pensamento, como o interaccionismo simbólico, a fenomenologia, a etnologia, entre outros.

Com um plano traçado de forma progressiva, flexível e geral tem como principais objectivos desenvolver conceitos sensíveis e descrever realidades múltiplas (Creswel, 1994). De facto este permite observar, descrever, compreender, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno de forma objectiva tal como se apresenta, sem procurar controlá-lo.

Na análise de realidades construídas, partilhadas e interpretadas a pesquisa qualitativa constitui-se assim como holística, pela preocupação com os indivíduos e seu ambiente, e naturalista, sem se pretender impor qualquer limitação ou controle por parte do investigador (Polit; Hungler, 1995). No desenvolvimento do conhecimento sobressai a importância primordial da compreensão do investigador e dos participantes no processo de investigação (Fortin, 1999).

2.2.1 – Tipo de estudo

O domínio de investigação em ciências de enfermagem corresponde aos conceitos próprios da enfermagem, que são a pessoa, o meio ambiente, a saúde, o cuidar e as relações que se estabelecem (Fortin, 1999).

A natureza do fenómeno do presente estudo, na compreensão da *vivência emocional dos enfermeiros nos cenários da prestação de cuidados ao doente oncológico*, é por si só subjectiva, interior, dependente do significado e da importância que cada actor dá à sua experiência individual. A utilização do **estudo qualitativo** justifica-se assim, na necessidade de compreensão holística e matizada de algo pouco tangível mas indiscutivelmente interior e complexo, as vivências emocionais.

Na mesma linha de pensamento e em referência a múltiplos autores, Lopes (2006) considera que na compreensão do ser humano e seus fenómenos a abordagem integrada

para melhor percebermos a sua complexidade é a qualitativa, num estudo de um número mais reduzido de actores mas mais profundo.

A tónica da investigação prendeu-se também à complexidade inerente à prestação de cuidados ao doente oncológico, à relação enfermeiro-doente, descrita perigosa e enriquecedora, indiscutivelmente complexa.

Pretendeu-se com esta abordagem deixar uma abertura aos sujeitos para descreverem as suas experiências e exprimirem as suas emoções, valores e crenças, muito próprias, numa preocupação pela compreensão absoluta e ampla do objecto em estudo, na certeza de que a descrição factual de qualquer experiência conduz à partilha de factos muitas vezes escondidos ou camuflados.

A investigação qualitativa permite isso mesmo, desenvolver o conhecimento apoiando-se no raciocínio indutivo, que em oposição ao procedimento dedutivo, de elaboração fechada, construída a partir de resultados de investigações anteriores, tem na sua base a pesquisa exploratória. Ou seja na fase inicial da investigação o investigador, abstém-se de recorrer a uma teoria existente para tentar explicar o que observa (Fortin, 1999).

Indo de encontro às cinco características dos estudos qualitativos descritas por Bogdan e Biklen (1994) o presente estudo decorreu no ambiente natural, no serviço de oncologia onde havia sido vivenciada a experiência; os dados foram recolhidos em forma de palavras e não de números; houve um interesse maior pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos; os dados não foram recolhidos com o objectivo de confirmar ou inferir hipóteses construídas previamente, ao invés disso, as abstrações foram construídas à medida que os dados foram recolhidos, numa análise indutiva; o significado surgiu como elemento principal na compreensão de como as pessoas vivem as suas vidas. Os autores consideram assim que a investigação qualitativa exige que o mundo seja examinado com a ideia de que nada é trivial, ou seja o processo do estudo assume um valor superior aos próprios resultados.

Na análise de realidades construídas, partilhadas e interpretadas a pesquisa qualitativa constitui-se também como holística, pela preocupação com os indivíduos e seu ambiente, e naturalista, sem se pretender impor qualquer limitação ou controle por parte do investigador (Polit; Hungler, 1995).

A investigação qualitativa utilizada assume-se também como **descritiva**, na descrição rigorosa dos fenómenos, tal como estes são apresentados pelos sujeitos.

Fortin (1999) considera, acerca da investigação descritiva, que esta tenta compreender a forma mediante o qual as pessoas constroem significados e descrevem esses mesmos significados. Por sua vez, Watson (2002) considera que este tipo de método tenta descrever e compreender experiências humanas conforme surgem ao conhecimento.

De facto os dados recolhidos são em forma de palavras, de gestos, de imagens. Os resultados escritos da investigação contêm citações feitas com base nos dados para ilustrar e substanciar a apresentação (Bogdan; Biklen, 1994).

Ao serem recolhidos os dados, o mundo do sujeito é abordado de uma forma minuciosa e simultaneamente complexa e por isso o presente estudo é também **exploratório**. O estudo sobre a vivência emocional do enfermeiro nos cuidados ao doente oncológico não foi explorado no local em estudo e por isso justifica-se a sua realização. Gil (1989) define a finalidade do mesmo como desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos. Sendo de carácter exploratório constitui o primeiro passo na abordagem compreensiva do fenómeno a investigar, de forma a obter uma nova percepção deste, assim como descobrir novas ideias.

Tentar entender a vivência emocional dos enfermeiros é tentar compreender acontecimentos e fenómenos contemporâneos, sobre os quais existe pouco ou nenhum controlo. De facto o estudo profundo de diferentes fenómenos relacionados com a saúde e suas relações com outros fenómenos mostram-se necessários para uma melhor compreensão dos mesmos e incitadores de novos ou repetidos estudos (Fortin, 1999).

Para além de qualitativo, descritivo e exploratório o presente estudo aproxima-se também do **método biográfico**, na medida em que utiliza segmentos de histórias de vida, na procura de dados referentes a um período específico da vida de uma pessoa e na abordagem de uma situação particularmente marcante, resultante da prestação de cuidados ao doente oncológico.

Tentar entender a forma como os enfermeiros sentem, expressam e gerem as suas emoções resultantes da prestação de cuidados ao doente oncológico, reflectir sobre segmentos de histórias de vida, na abordagem de experiências consideradas significativas nessa mesma relação de cuidar, é tentar compreender acontecimentos e fenómenos do aqui e do agora.

2.2.2 – Contexto e Sujeitos do Estudo

Seguindo a linha de pensamento de Quiwy e Campenhoudt (2003), o campo de estudo numa análise qualitativa abrange o espaço geográfico, social e temporal, condicionando o pesquisador no estudo de uma população ou de uma amostra dessa população.

O local de abordagem é o Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E., uma Instituição multidisciplinar de referência na prestação de serviços de saúde no domínio da oncologia, na área de Lisboa. Com uma *Missão*, definida em 2003 pelo artigo nº2, de cuidados personalizados e centrados no doente, preconiza a utilização flexível e criativa da capacidade instalada, sustentada pela comunicação interdisciplinar, reflexão e melhoria contínua, que permitirão disponibilizar a cada doente, de forma integrada, experiente e diferenciada na área da oncologia, cuidados de excelência.

Confinado aos actuais pavilhões existentes, a organização do Instituto comporta as áreas de acção médica; apoio clínico; investigação e rastreio; ensino e formação; apoio geral e logística.

No desenvolvimento da sua actividade esta Instituição, fundada em Dezembro de 1923 e actualmente Entidade Pública Empresarial (de acordo com o Decreto-Lei nº 233/2005 – *transformação em entidades publicas empresariais as entidades às quais havia sido atribuído o estatuto de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos*), rege-se pelos objectivos referenciados no artigo nº4 do Regulamento Interno, aprovado em Assembleia-Geral:

- Prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, no domínio da oncologia, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado;
- Intervir na prevenção da doença oncológica;
- Optimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Promover a investigação científica e a investigação em cuidados de saúde no domínio da oncologia;
- Constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados oncológicos;
- Constituir-se como centro de referência na implementação do Plano Oncológico Nacional;

- Integrar a rede de referência de oncologia, enquanto plataforma da mais alta diferenciação;
- Promover o ensino e a formação na área de oncologia, como condição para prática excelente;
- Promover a intensificação das actividades de registo oncológico;
- Prosseguir a melhoria da qualidade;
- Promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo em simultâneo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito;
- Desenvolver programas de melhoria da eficiência operacional, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro.

A selecção dos sujeitos encontra-se restringida a um serviço de Oncologia Médica, formado em 1971, constituído, até à data da realização deste estudo, por 46 enfermeiros, com uma média de idades de 30 anos. 41 Enfermeiros trabalham em regime de turnos e 5 têm horário fixo. O serviço possui 8 enfermarias e dois quartos particulares e os doentes internados são do foro oncológico com múltiplas patologias excepto hematológicas e de pneumologia. São doentes que na sua maioria necessitam de internamento para a realização de tratamentos adjuvantes como a quimioterapia e alguns doentes em fase terminal. Situado no Pavilhão vulgarmente designado de “Pavilhão das Medicinas” é reconhecido informalmente, pelos restantes profissionais do Instituto como um serviço muito penoso e desgastante, e por vários doentes, como o “Edifício da Morte” transportando consigo os medos aliados à quimioterapia, ao sofrimento e à morte. A transferência de doentes internados nas cirurgias para o serviço em estudo, é muitas vezes comentada como um “não há nada a fazer”... Por outro lado os enfermeiros que lá desempenham funções, são descritos pelos demais como profissionais de excelência, valorizados pela disponibilidade, esforço e pela motivação no trabalho.

Segundo dados disponibilizados pela chefia o tempo de permanência dos enfermeiros no serviço é relativo, sendo que aqueles que mais pedem transferência de serviço ou abandonam a instituição são aqueles que lá trabalham há menos de 2 anos. Os motivos referenciados, que levam ao cessar de funções, prendem-se à não adaptação ao tipo de serviço e de doentes, e devido a motivos geográficos.

Na selecção da amostra, tal como preconiza Polit e Hungler (1995), não existe a pretensão de extrapolar os dados mas sim compreender a natureza dos fenómenos, através da escolha de casos, que à partida, sugerem a riqueza em informação.

O critério que determinou o valor da amostra, neste tipo de estudo, foi pois a sua adequação aos objectivos de investigação, tomando como princípio a diversificação dos sujeitos e garantindo que nenhum dado importante foi esquecido. Nesta óptica, os sujeitos não são escolhidos em função da importância numérica mas antes devido às suas características consideradas para o estudo exemplares, procurando-se antes de mais reunir uma amostra estratégica que permita a partilha mais rica de experiências. Pretendeu-se assim atingir uma *saturação informativa* (Albarelo et al, 1997).

Fortin (1999) fala deste tipo de amostragem por selecção racional uma vez que a selecção dos sujeitos tem por base o julgamento do investigador face a características específicas.

Os critérios utilizados na investigação realizada foram estabelecidos de acordo com aspectos de ordem teórica, ética e operacional, sendo definidos como:

- Ser enfermeiro há mais de 5 anos;
- Concordar voluntariamente na participação do estudo;
- Demonstrar motivação para participar no estudo e aparente capacidade de reflexão sobre a prática de cuidados;
- Pertencerem a géneros diferentes;
- Serem reconhecidos, pela chefe e enfermeiras coordenadoras, como enfermeiros com histórias de vida, com experiências emocionais intensas, gratificantes e/ou desgastantes (critério reputacional).

O tamanho da amostra, quando o objectivo do estudo é explorar e descrever fenómenos, como se verifica, pode ser reduzido (Fortin, 1999). Sendo um estudo exploratório, o objectivo passa pela descoberta de novos conhecimentos sobre o fenómeno estudado e por isso num contexto em que se pretende inferir sobre a vivência emocional de cada sujeito não podem ser definidos à priori o número total de entrevistados, sendo que este vai definindo-se à medida em que forem sido recolhidos os dados e a informação for saturando.

Desta forma e considerando o critério anteriormente referido de saturação informativa, foram realizadas dez entrevistas. Na caracterização da amostra, surgem variáveis como a idade; o sexo; estado civil; experiência profissional e formação fundamentais, considerando a sua influência na vivência de experiências emocionais

marcantes, na prática de cuidar do doente oncológico e na utilização de mecanismos de gestão das experiências emocionais. Como verificamos no Quadro nº1.

Quadro nº 1 – Características gerais dos entrevistados

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	TEMPO DE SERVIÇO
E1	56	F	Casada	9
E2	28	F	Solteira	7
E3	28	F	Solteira	9
E4	31	F	Casada	9
E5	29	F	Solteira	7
E6	35	F	Casada	7
E7	28	F	Solteira	6
E8	31	M	Casado	9
E9	29	M	Solteiro	7
E10	28	M	Solteiro	6

FONTE: Entrevistas

A variável **idade** assumiu uma moda de 28 anos, variando entre os 56 anos e os 28 anos, o que se traduz numa população muito jovem. O verificado nesta amostra surge de forma semelhante nos restantes serviços da Instituição em estudo, confirmada a média de idades pela Direcção de Enfermagem em 2005 e 2006, entre 27 e 30 anos. O carácter jovem da população de enfermagem da Instituição foi marcado a partir do momento em que esta foi considerada Entidade Publica Empresarial, num reflexo da diminuição do número de enfermeiros espanhóis e do aumento proporcional e acelerado dos enfermeiros reformados, este último também relacionado com as mudanças laborais consequência de fortes alterações político-sociais.

Benefícios salariais, influência de pares, perspectiva de carreira e de aquisição de conhecimento especializado ou a influência de simples operações de marketing, surgem-nos assim como eventuais causas atractivas de recrutamento para enfermeiros recém formados no Instituto Português de Oncologia de Lisboa E.P.E.

Os dez enfermeiros entrevistados são maioritariamente do **sexo feminino**, existindo três elementos do sexo masculino.

Em relação ao **estado civil**, no momento das entrevistas, quase metade dos entrevistados eram solteiros, apesar de todos referenciarem terem uma vida familiar e relacional relativamente estável e equilibrada. A relação entre a satisfação no trabalho e

uma vida social, relacional e familiar equilibrada é confirmada por Loreto (2001) na afirmação de uma correlação significativa e positiva.

A média do tempo em que os entrevistados prestam cuidados no serviço em estudo é de 7,6 anos, sendo que muitos destes possuem **experiência profissional** noutras áreas, a maioria relacionada também com a oncologia, inclusive dentro da própria instituição como por exemplo a neurologia e a radioterapia. Benner (2001) acerca da experiência profissional do enfermeiro inúmeras cinco etapas, mediante as quais, com o decorrer do tempo e da vivência, o enfermeiro evolui, desde *noviço* até *expert*. Considera que depois de se trabalhar no mínimo cinco anos no mesmo domínio, é possível ser perito. O nível que se pretende elevado de conhecimentos permitirá agarrar um conjunto de situações de uma forma intuitiva e global. Será mais fácil aperceber-se do problema instantaneamente, sem ter feito uma análise consciente das diferentes hipóteses e o estabelecer das prioridades e soluções faz-se de forma mais natural. Tal foi considerado aquando estabelecimento de critérios na escolha dos entrevistados, todos a exercer funções no serviço há mais de cinco anos.

Com vínculo à função pública, a maioria dos entrevistados são bacharéis. Considerados peritos pela experiência profissional em oncologia, no reconhecimento por parte da chefia, pares e doentes, os entrevistados revelam ainda **formação variada** mas não especializada na área da oncologia.

2.2.3 – Considerações éticas

No panorama da investigação com sujeitos humanos, no âmbito da ética e da deontologia, dominam duas questões centrais: o consentimento informado e a protecção dos sujeitos contra qualquer espécie de danos (Bogdan; Biklen, 1994).

O estudo do comportamento humano envolve uma relação entre o investigador, os sujeitos e o contexto. Na investigação, a questão ética central assenta no dilema de dois sistemas de valores: a crença no valor e a necessidade de investigação em si mesma, e a crença na dignidade humana, nos seus contextos de vida e no direito de ambos à privacidade (Almeida, 1995)

A ética surge-nos na arte de dirigir a conduta, como um conjunto de premissas e de interdições que têm um grande valor na vida de cada um. Contém todo um conjunto de direitos humanos a preservar, como: a auto-determinação, a intimidade, o anonimato

e confidencialidade, o tratamento justo e equitativo, a protecção contra o desconforto e prejuízo (Fortin, 1999)

Assim foi contemplado no presente estudo, tendo sido postas em prática as directrizes éticas. Foi realizado um pedido de autorização para a realização do estudo à Administração de Enfermagem do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, prontamente acedido (Anexo I) e foi elaborado um documento (i.e. consentimento informado) destinado aos sujeitos, onde foi feita uma breve apresentação do investigador, descrito o tipo de estudo, temática e objectivos, assegurando simultaneamente a confidencialidade, intimidade e segurança dos participantes. A assinatura do sujeito no consentimento informado constitui a prova da aceitação na colaboração do estudo decorrente (Anexo II).

Fortin (1999) acrescenta que um consentimento para ser legal deve ser escrito, não constituindo por si só prova de que a informação necessária foi transmitida na íntegra ao sujeito. Considera que uma explicação verbal honesta transmitida, esclarecendo os objectivos, métodos e procedimentos, é também essencial.

O anonimato e a confidencialidade de todos os dados partilhados é um direito que assiste todas as pessoas, pelo que ao ser dada a garantia de que tal é cumprido, foi assegurado o respeito pela identidade, pelas declarações feitas e pelo não comprometimento dos entrevistados. A protecção do sujeito bem como o respeito pela sua intimidade e privacidade, foram considerados no presente estudo.

Para além da protecção das identidades dos sujeitos, quer verbais quer escritas, os sujeitos foram tratados respeitosamente. Ao negociar a autorização para efectuar o estudo, fomos claros e explícitos com todos os intervenientes relativamente aos termos do acordo, respeitando esse princípio até à conclusão do estudo. Fomos autênticos na transcrição dos resultados, ainda que as conclusões possam, por razões ideológicas ou pressões exteriores, não agradar, considerando à semelhança de Bogdan e Biklen (1994) que a característica mais importante do investigador deve ser a devoção e fidelidade aos dados que obtém.

2.3 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Todo o processo que envolve a colheita dos dados a analisar, constitui um dos procedimentos mais importantes no decorrer de uma investigação. Polit e Hungler

(1995) referem que além da selecção ou criação de métodos e instrumentos para a colheita de dados de uma pesquisa, os pesquisadores precisam de elaborar e implementar um plano para a real colheita desses dados. Albarello et al (1997) reportando-se a todo o processo de colheita de dados, considera que esta colheita assenta numa série de técnicas em que cada uma satisfaz regras próprias de utilização, com o objectivo de congregar um conjunto de dados ao mesmo tempo, disponíveis, acessíveis e em conformidade com os objectivos da investigação.

Independentemente da escolha do processo de recolha de dados, este deve ser entendido de forma critica, verificando-se na sua validade e fiabilidade (Bell, 2004).

2.3.1 – Instrumento de Colheita de Dados

Tal como preconizam Polit e Hungler (1995) se quisermos saber o que as pessoas pensam ou sentem, ou aquilo em que acreditam, a forma mais directa de se obter tal informação é perguntar-lhes a respeito. Para que os enfermeiros descrevam as vivências emocionais em oncologia é necessário deixar que estes falem livremente, encaminhando de alguma forma o diálogo para que as respostas possam ir de encontro aos objectivos estabelecidos. Desta forma optou-se pela **entrevista**, como instrumento de colheita de dados, na compreensão rica e matizada das situações que este método proporciona.

A entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo. Contribui para descobrir os aspectos a ter em conta e alargar ou rectificar o campo de investigação das leituras.

Quanto ao grau de estruturação a entrevista qualitativa varia, mas independentemente do uso ou não do guião, esta oferece sempre ao entrevistador uma amplitude de temas considerável, oferecendo ao sujeito a oportunidade de moldar o seu conteúdo (Bogdan; Biklen, 1994).

Considerando que o objecto de estudo passa por caracterizar a vivência emocional dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente oncológico, justifica-se a utilização de uma entrevista que permita um relato de um processo relacional e por isso mesmo se justifica a utilização da **entrevista narrativa**. Para Flick referenciado por Lopes (2006) na entrevista narrativa o sujeito é solicitado a apresentar a história de uma situação considerada interessante, na qual tenha participado. O entrevistador conduz o sujeito a

contar a história em questão de uma forma consistente e com todos os pormenores relevantes, desde o princípio até ao fim. Geralmente a entrevista começa com uma questão que gera a narrativa e após o relato é iniciada uma segunda parte da entrevista, designada de fase de balanço, onde surgem perguntas com o “como” e o “porquê”, para uma melhor compreensão das razões porque foi escolhida aquela história.

Ao nível de estruturação a entrevista **semi-estruturada ou semidirigida** surge-nos como a mais indicada, tendo em conta os objectivos e o carácter do estudo, bem como a problemática por este abordada. Esta assegura ao investigador que as entrevistas feitas a diferentes pessoas são mais sistemáticas e compreensíveis, permitindo ainda clarificar e aprofundar determinado tema no decurso da mesma (Witt, 1981). Na mesma linha de pensamento Bell (2004) considera e acrescenta que o facto de se estabelecer previamente uma estrutura, simplifica a análise subsequente.

A utilização da entrevista semi-estruturada requer como referido, a elaboração de um guião de entrevista que, de acordo com Albarello et al (1997), enuncia os temas a abordar com o objectivo de intervir de maneira pertinente para levar o entrevistado a aprofundar o seu pensamento, ou a explorar uma questão nova de que não fala espontaneamente.

De forma semelhante Quivy e Campenhoudt (2003) consideram que deve ser dada a liberdade ao sujeito de falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier. O investigador deverá esforçar-se simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objectivos cada vez que o sujeito deles se afastar.

Assim foi considerado na realização do guião do presente estudo, onde numa primeira parte foi legitimada a entrevista, caracterizando o entrevistado e numa segunda parte foi realizada uma questão que conduz o sujeito a recordar experiências, na prestação de cuidados ao doente oncológico, que o tenham marcado significativamente, para que este relate as que considera mais penosas e as mais gratificantes. Numa terceira fase, de balanço, foram realizadas várias questões de acordo com o descrito, para que o entrevistado compreenda as razões da escolha da situação e tome consciência do processo (Anexo III).

Uma entrevista que pretenda inferir sobre segmentos de histórias de vida, adquire no decifrar do sentido da acção humana, a sua essência, na medida em que se detecta nos discursos, não apenas opiniões, mas sobretudo interpretações de vivências das quais

os detentores não estão necessariamente conscientes (Albarello et al, 1997). É pois no ouvir do que as pessoas dizem, na flexibilidade e na empatia de quem ouve, que o processo de entrevista ganha forma.

Por sua vez o instrumento de colheita de dados foi sujeito a *pré-testes* de forma a avaliar a sua eficácia e pertinência, verificando se os termos usados são compreensíveis e desprovidos de equívocos, se a forma das questões utilizadas permitem recolher as informações desejadas, se o instrumento de recolha de dados não é muito longo e não provoca desinteresse ou irritação, e se as questões não apresentam ambiguidade (Fortin, 1999). Para além das razões apontadas acresce-se o facto de o próprio investigador ser o principal instrumento de investigação e portanto carecer também de treino especial no uso do referido instrumento.

Foram realizados três *pré-testes* em Fevereiro de 2006, de forma a testar a clareza e objectividade das questões; treinar o uso do gravador; desenvolver competências técnicas e relacionais na realização de questões; e prever a duração média das entrevistas. Após validação do orientador o recurso simultâneo a este procedimento, conduziu à alteração do guião inicial, uma vez que os entrevistados apenas relataram experiências marcantes pela presença de emoções negativas, não conseguindo descrever com clareza experiências gratificantes, remetendo os discursos para os aspectos gerais considerados positivos e gratificantes, resultantes da prestação de cuidados ao doente oncológico. Proporcionou, desta forma, uma optimização das entrevistas seguintes permitindo alicerçar a estratégia a adoptar para a sua realização.

Cada entrevista realizada teve uma duração entre 15 e 60 minutos, onde a ordem de questões presente no guião nem sempre foi respeitada, havendo uma adequação ao tipo de pessoa e disponibilidade de partilha demonstrada. Todos os entrevistados tinham conhecimento, através dos contactos anteriores, que a entrevista poderia ter uma duração média de trinta minutos.

Porque aquilo que é transmitido nem sempre ganha forma nas palavras, foi estabelecido à priori um código de sinais, utilizados na transcrição de sinais não verbais, que permitem identificar pausas (...) e momentos de emoção (☹ - olhar emocionado; ☺ - sorriso). Foram ainda eliminados, nas unidades de análise, trechos das entrevistas que não se relacionam com a temática ou se encontram descontextualizados ((...)).

2.4 – PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Como em todo o processo de colheita de dados, esta etapa é considerada de suma importância, permitindo desenvolver uma reflexão aprofundada, quer pela temática em estudo quer pela metodologia de investigação utilizada. De facto a análise de dados assume-se como um processo de busca e de organização sistemático de transcrições. O objectivo principal desta etapa passa então aumentar a compreensão dos dados recolhidos, permitindo apresentar aos outros o encontrado (Bogdan; Biklen, 1994).

Proporcionando as condições de produção da análise, pela necessidade de conjugar a informação obtida com as dimensões do estudo, foi construído o modelo temático de análise (ver Quadro nº2).

Quadro nº 2 – Dimensões de análise de informação

DIMENSÕES TEMÁTICAS	OBJECTIVOS DO ESTUDO
EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO CUIDAR DO DOENTE ONCOLÓGICO	Conhecer as experiências emocionais mais significativas do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente oncológico
PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA	Compreender a forma como o enfermeiro experiencia a prática de cuidar do doente oncológico
MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS	Analisar os mecanismos de gestão das experiências emocionais
	Identificar as necessidades de suporte e acompanhamento sócio-psicológico ao enfermeiro, prestador de cuidados ao doente oncológico

Considerando que o esquema de análise é elaborado à luz das dimensões temáticas mas derivado do material recolhido, foi usada neste estudo a **análise de conteúdo**, como técnica de análise temático-categorial. Esta é considerada por Bardin (2005) como uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objectiva, porque obedece a instruções claras e precisas; e sistemática, porque o conteúdo deve ser ordenado e integrado em categorias. Não devendo ser utilizada apenas para se proceder a uma descrição do conteúdo das mensagens, uma vez que a sua principal finalidade é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção com ajuda de indicadores.

O lugar ocupado pela análise de conteúdo na investigação social é cada vez maior, nomeadamente porque oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos aliados a uma profundidade e complexidade características de entrevistas

pouco directivas. Quando incide sobre um material rico e penetrante, a análise de conteúdo, parece satisfazer as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva, que nem sempre são facilmente conciliáveis. Desta forma as principais vantagens do uso deste método prendem-se ao facto de ser adequado ao estudo implícito e de orientar o investigador de modo a que este mantenha uma distância relativamente às interpretações espontâneas, sobretudo as suas. Por sua vez a principal desvantagem prende-se à dificuldade inerente de generalizar devido aos limites e aos problemas colocados (Quivy; Campenhoudt, 2003).

A análise de conteúdo, como técnica de investigação qualitativa, permite analisar as entrevistas realizadas, sendo que Vala, citado por Silva e Pinto (1986), considera a mesma como a desmontagem de um discurso e de uma produção, através de um processo de localização. Passa ainda, segundo este autor, por uma atribuição de traços de significado, resultando de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise.

Neste tipo de análise recorre-se geralmente a três fontes: a utilização de documentos; a observação pelo investigador; e a informação fornecida pelos sujeitos (Gauthier, 2003). Bardin (2005), de forma semelhante, organiza a análise de conteúdo em três pólos cronológicos:

- Pré-análise;
- Exploração do material;
- Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise, que compreende a fase de organização propriamente dita, realizámos o processo de leitura de vários textos, na escolha dos documentos, ou seja, na demarcação do universo de análise. A primeira etapa, referente à leitura flutuante consistiu num primeiro contacto com os documentos a analisar, sendo que nesta altura segundo Bardin (2005) o investigador deixa-se invadir por impressões e orientações.

A preparação do material foi a etapa seguinte, em que todo o material foi reunido e preparado, antes da análise propriamente dita. Neste caso específico, as entrevistas gravadas foram transcritas por nós na íntegra em suporte informático, constituindo o *corpus* de análise. As gravações foram conservadas. Na transcrição cada entrevistado é denominado de E, sendo seguido de um número, que indica cronologicamente as entrevistas (i.e. E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10), desta

forma foi mantida a confidencialidade. A título de exemplo foi seleccionada uma entrevista e o corpus de análise da mesma, exemplificando a forma como o tratamento de dados foi feito em todas as entrevistas (Anexo IV).

As narrativas recolhidas foram lidas várias vezes e foram anotados os aspectos mais salientes de cada entrevista, na identificação de elementos significativos associados à vivência emocional na prática, tentando apreender e compreender o modo como os sujeitos atribuem sentido ao cuidar do doente oncológico. Foram identificados segmentos de texto nos discursos que constituíram unidades de registo, que numa primeira apreciação pareciam corresponder às áreas temáticas. Na certeza de que à medida que se vão lendo os dados, repetem-se e destacam-se palavras, padrões de comportamento e acontecimentos.

Os dados brutos foram assim transformados sistematicamente e agregados em unidades de registo e posteriormente em códigos de interpretação, os quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo. Numa análise metódica, pretendeu-se evidenciar as informações mais importantes e profundas das entrevistas, reagrupando em grupos, cada elemento diferenciado com denominações próprias (Bardin, 2005).

Foi também nesta altura, em que se começaram a traçar os primeiros quadros de análise categorial, que se verificou a alteração do modelo de análise. De facto a área temática sobre a prática do cuidar em oncologia surgiu à posteriori, na necessidade verificada de todos os entrevistados falarem para além das suas experiências emocionais marcantes. Considerando em uníssono a importância de partilharem a globalidade do que é cuidar e viver a oncologia, aspectos gratificantes e penosos.

Assim foi construído progressivamente um quadro global (ver Quadro Global nº3 – Anexo V) cujo o objectivo principal passa por organizar todo o conjunto de dados, ligando-os entre si, de forma a descrever de uma forma completa e concisa o modo como os sujeitos partilham as suas vivências emocionais. Considerando que cada categoria permite nomear uma realidade presente no material recolhido (Albarello et al, 1997), foram definidas as primeiras categorias e efectuado um trabalho de selecção e de comparação do material encontrado, encaixando os dados e até eliminando categorias e sub-categorias que no final da análise se mostraram excessivamente abstractas. Tome-se como exemplo a categoria *desgaste emocional* que numa primeira análise constituía uma sub-categoria dos aspectos penosos no cuidar do doente oncológico, mas que pelo enfoque dado pela maioria dos entrevistados e pela sua relação não apenas com os

aspectos penosos mas com a prática comum de cuidar do doente oncológico, foi alterada.

O Quadro Global nº 3 final apresenta-se assim com a descrição das áreas temáticas; categorias; subcategorias; códigos de interpretação e unidades de registo, considerando também a frequência das categorias referenciadas, respectivamente. Esta manipulação dos dados teve como finalidade construir um fio condutor para a análise final do estudo.

De referir que no estabelecimento das categorias foi considerado o preconizado por Bardin (1977), Silva e Pinto (2003) acerca dos princípios a seguir: de *exaustividade* (i.e. todo o conteúdo deve ser integralmente incluído nas categorias consideradas, sendo possível, no entanto e de acordo com os objectivos, não considerar alguns aspectos do conteúdo); de *exclusividade* (i.e. os mesmos elementos devem pertencer a uma e não a várias categorias); de *objectividade* (i.e. as características de cada categoria devem ser explicadas sem ambiguidade e de forma suficientemente clara de modo a que diferentes codificadores classifiquem os diversos elementos, que seleccionaram dos conteúdos em análise, nessas mesmas categorias); de *pertinência* (i.e. devem manter estreita relação com os objectivos e com o conteúdo que está a ser classificado).

Por último no tratamento dos dados que, segundo Bardin (2005), contempla a interpretação dos mesmos, procurou-se que os resultados fossem significativos e válidos. Na compreensão dos dados foi usado o suporte teórico, tendo em conta também a sua adequação ou não, aos objectivos iniciais do estudo. Foram estabelecidos quadros de resultados e texto, que condensam e fazem sobressair as informações mais relevantes, contidas nas entrevistas, numa análise global das narrativas.

Durante o processo de análise dos dados foram considerados os critérios de validade e fidelidade. Polit e Hungler (1995) consideram que a validade deve ser defendida em função da capacidade em produzir uma resposta correcta ou seja, levanta o problema de saber se o investigador observa aquilo que realmente pensa estar a observar e de saber se as variáveis recebem as designações correctas. Uma análise de conteúdo será válida quando a descrição que se fornece sobre o conteúdo tem significado para o problema em causa e reproduz fielmente a realidade dos factos. Para isso, é necessário que todas as etapas que integram o processo de análise sejam correctamente executadas.

Quiwy (1992) aborda também a validação dos resultados com o recurso aos próprios sujeitos. Face a tal, no presente estudo foi feita uma validação das inferências

com todos os sujeitos entrevistados, após a realização das entrevistas, na confirmação de aspectos como as emoções e sentimentos vividos; factores de penosos e gratificantes no cuidar em oncologia e uso de mecanismos de gestão das experiências emocionais.

A fidelidade dos dados diz respeito ao problema de garantir que diferentes codificadores chegam a resultados idênticos e que um mesmo codificador ao longo do trabalho aplica de forma igual os critérios de codificação. No presente estudo foi considerado o defendido por Lessard-Hèbert (1994) que nos reporta à utilização de um procedimento de medida de forma a obter a mesma resposta, independentemente do modo e da sua pontuação. Todo o processo de categorização foi sujeito à apreciação de investigadores peritos.

Estando o presente estudo embutido de significados e de emoções, este conjunto de técnicas de análise das comunicações, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição de conteúdo das mensagens, visou a compreensão do fenómeno (Bardin, 2005).

2.5– LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma limitação previsível identificada prende-se aos reduzidos recursos temporais, na impossibilidade de realizar conjuntamente com as entrevista observação directa e prolongada dos sujeitos na prestação de cuidados ao doente oncológico, que traria eventualmente uma maior riqueza acerca da vivência emocional dos enfermeiros. Um ano para realizar o presente estudo foi assim insuficiente e tal facto implicou uma gestão do tempo e das oportunidades nem sempre justa e equitativa face a outras vertentes da vida pessoal e profissional. A considerar também todos os constrangimentos organizacionais, horários e deslocações realizadas.

Por outro lado, um estudo sobre a vivência emocional do outro é simultaneamente uma reflexão sobre a própria vida do investigador e por isso outras eventuais limitações decorrem da capacidade e da personalidade do investigador, da sua competência científica mas também empática e relacional.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Procuraremos no presente capítulo apresentar e analisar os resultados, sistematizando as narrativas dos entrevistados sobre as áreas temáticas: experiência emocional no cuidar do doente oncológico; prática do cuidar em oncologia e mecanismos de gestão das experiências emocionais. Esta sistematização encontra-se de forma global, expressa no Quadro Global nº3 (Anexo V), segue-se uma análise individual de cada uma das áreas temáticas e respectivas categorias, sub-categorias e códigos de interpretação encontrados.

3.1 – EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO CUIDAR DO DOENTE ONCOLÓGICO

“ (...) e se calhar esta é a grande experiência de viver e de trabalhar em oncologia (...) o encontro com o outro...” (E3)

No teatro da vida as emoções de quem cuida cruzam-se com as de quem é cuidado, na sua fragilidade e força, no âmago da existência humana. A intensidade das vivências parece depender da intensidade das relações, dos laços que se cruzam e entrecruzam, dos gestos, das cumplicidades, das dependências e afinidades....Compreender a experiência emocional dos enfermeiros que prestam cuidados ao doente oncológico é assistir e simultaneamente participar numa peça cheia de côm e movimento, na certeza de que em cada palavra partilhada ao longo das entrevistas existem histórias que se relembram e sentimentos e emoções que se soltam e ganham forma porque, como partilham alguns entrevistados:

“ (...) o estar aqui a conversar é quase que uma terapia...que poderia ser repetida mais vezes...a verdade é que nem sempre temos consciência destas histórias que afinal são tão importantes para nós” (E1)

“ (...) o falar faz-nos reflectir sobre o que se sente...” (E8)

Etimologicamente experiência significa *soma de conhecimentos*, aqueles que resultam de vivências subjectivas, numa transmissão pelos sentidos. De facto assim é. A experiência emocional por si só não é sinónimo de competência, ela surge como característica da própria vida e pertence à esfera do mundo interior e subjectivo.

Ao longo das entrevistas deparamo-nos com diversas formas de partilhar a experiência emocional manifestada através de diversos tipos de linguagem, desde o uso de uma linguagem mais emotiva e efusiva sob a forma de confiança, numa partilha para além dos limites de auto-censura, até à linguagem mais metafórica, passando pelo discurso convencional e objectivo mais característico dos entrevistados do sexo masculino.

Assim em relação à experiência emocional considerada mais marcante foram definidas duas categorias, uma referente aos factores que potenciam a sua escolha e outra referente aos sentimentos e emoções decorrentes da mesma (ver Quadro nº4).

Quadro nº 4 – Experiência emocional no cuidar do doente oncológico

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS
EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO CUIDAR DO DOENTE ONCOLÓGICO	FACTORES QUE POTENCIAM A EXPERIÊNCIA EMOCIONAL
	SENTIMENTOS E EMOÇÕES VIVIDOS

FONTE: Entrevistas

Factores que potenciam a experiência emocional

Num contexto situacional e biográfico, a idade do doente e o grau de proximidade com o doente e família surgem como os factores que levam os entrevistados a recordarem com mais ou menos clareza mas indiscutível intensidade a experiência emocional que viveram de uma forma intensa, conforme se verifica no Quadro nº5 abaixo descrito.

Quadro nº 5 – Factores que potenciam a experiência emocional

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS	CÓDIGOS DE INTERPRETAÇÃO	FREQUÊNCIA	ENTREVISTADOS
Factores que potenciam a experiência emocional	Idade do doente	Cuidar de doentes jovens em fase terminal	7	4
		Morte de doentes jovens	1	1
	Grau de proximidade com o doente oncológico e família	Identificação com o doente	8	4
		Familiarização com o doente e família	4	3
		Cumplicidade e dependência do doente e família	6	4

FONTE: Entrevistas

Cuidar de doentes jovens em fase terminal assume-se como a característica mais marcante, seguida pela morte de doentes jovens. Neto (2004) considera que os momentos mais marcantes para os profissionais de saúde, ao lidarem com doentes em fase terminal, são precisamente aqueles que evocam circunstâncias pessoais e familiares e simultaneamente aqueles cujo confronto com a mortalidade é um confronto simultâneo com a vulnerabilidade de seres que culturalmente dependem de nós, como são exemplo as crianças e os jovens:

“ (...) ele era o mais novo da família...marcou por ser tão jovem (...) era dependente de nós...” (E1)

“ (...) marcam-me muito os miúdos novos (...) uma outra situação que me marcou foi a de um miúdo novo com 18 anos” (E4)

“ (...) tem a ver com a fase final que um doente viveu...um doente bastante novo... ⊗” (E7)

“ (...) as mais marcante são sempre aquelas que acontecem com pessoas mais novas (...) a morte de uma jovem de 16 anos...afectou-me muito pela idade...” (E2)

Um dos entrevistados refere, de forma mais vincada, a idade como factor potenciador da experiência emocional, tendo-o feito por três vezes. À semelhança de outros entrevistados, com as suas mãos trémulas e inquietas, partilhou a incapacidade de enfrentar o doente, de enfrentar a sua vida, a verdade e a vontade, no período que antecedeu a sua morte. Como se a morte esperada e reconhecida pelo doente fosse ela própria um obstáculo a quem cuida, muitas vezes refugiado na esperança e na negação. Collière (2003) fala-nos dessa mesma consciência da morte, como caminho e simultaneamente como obstáculo à vida, numa ameaça ao que se é actualmente e ao que se poderá ser.

“ (...) teve a ver com a minha “não vontade” ou incapacidade de não partilhar com o doente essa fase...no sentido de me permanecerem as lembranças boas que eu tinha dele...as outras vivências...era mais uma resistência, uma vontade de não...nesse sentido (...) ⊗” (E7)

De facto o confronto com uma morte com estas peculiaridades é marcante no confronto com o falhanço, com a inevitabilidade, com a finitude e derrota. No fundo os profissionais de saúde são também eles confrontados, directa ou indirectamente, a um nível mais íntimo ou não, com a sua própria mortalidade e com a mortalidade dos que lhes são mais íntimos (Neto, 2004)

“ (...) quando a doença acontece em pessoas novas marca-me muito...penso que são seres que não merecem...e que pode acontecer com as crianças que me rodeiam...” (E2)

Diogo (2004) num estudo sobre a vida emocional do enfermeiro considera que cuidar da criança/jovem em fim de vida, a relação e o confronto com os pais após a morte, são as situações mais emotivas pelo sentimento profundo de injustiça e fracasso face a uma morte prematura. Mercadier (2004) corrobora o referido anteriormente

considerando que a angústia que a morte e a intermitência da morte provocam nos profissionais de saúde é indiscutivelmente significativa, podendo conduzir a um momento de crescimento mas também a um momento de vulnerabilidade suscitando inevitavelmente um conjunto complexo de emoções e sentimentos.

O grau de proximidade é o outro factor considerado como potenciador da experiência emocional, na proximidade da relação entre o enfermeiro e o doente e família. Surge integrado e influenciado por múltiplos contextos, por depender das histórias de vida de cada interveniente da relação e da experiência de vida em si.

Na verdade a aproximação que fazemos ao outro reflecte o início de uma relação, num misto de elementos de natureza afectiva, com outros de natureza clínica. Para Lopes (2006) em referência a Fischer os Laços de atracção, sociais e de filiação são fundamentais na compreensão de todas as relações sociais. Uma relação terapêutica dependerá pois das características da vivência do doente e simultaneamente da do enfermeiro, dependerá da confiança, da proximidade. Na proximidade existem ainda outros elementos de natureza clínica a considerar, determinados pelo contacto próximo com o outro, inerente a cuidados técnicos e instrumentais e sobre os quais deve recair também uma reflexão, pela intimidade emocional e física presentes.

Mercadier (2004) faz referência também a essa proximidade entre dois corpos, na mobilização dos sentidos e numa combinação tão enriquecedora quanto perigosa, pelo constrangimento, repudio ou medo. Nesse encontro sobressai também a biografia do prestador de cuidados, pela sua interferência na apreensão que ele faz da interacção com a pessoa que recebe os cuidados.

Os entrevistados consideram vários elementos que definem o grau de proximidade com o doente e família, sendo estes factores determinantes na escolha da experiência, pela *identificação com o doente*:

“ (...) de certa forma identificava-me com ele...fui-lhe útil” (E5)

“ (...) ele tinha dois filhos pequenos...ele faleceu e a mulher veio ter comigo....porque me revi naquela situação...tinha acabado de ser mãe e se fosse comigo? ” (E6)

“...é que existem doentes que nos marcam...era novo...identificava-me com ele” (E7)

Pela *familiarização com o doente e família*:

“ (...) lidávamos com ele como se fosse um irmão” (E1)

“ (...) como se fosse uma pessoa de família” (E4)

“ (...) de um senhor que eu tinha uma ligação quase familiar (...) mas aquele senhor tinha algo de diferente” (E9)

considerando que a angústia que a morte e a intermitência da morte provoca nos profissionais de saúde é indiscutivelmente significativa, podendo conduzir a um momento de crescimento mas também a um momento de vulnerabilidade suscitando inevitavelmente um conjunto complexo de emoções e sentimentos.

O grau de proximidade é o outro factor considerado como potenciador da experiência emocional, na proximidade da relação entre o enfermeiro e o doente e família. Surge integrado e influenciado por múltiplos contextos, por depender das histórias de vida de cada interveniente da relação e da experiência de vida em si.

Na verdade a aproximação que fazemos ao outro reflecte o início de uma relação, num misto de elementos de natureza afectiva, com outros de natureza clínica. Para Lopes (2006) em referência a Fischer os laços de atracção, sociais e de filiação são fundamentais na compreensão de todas as relações sociais. Uma relação terapêutica dependerá pois das características da vivência do doente e simultaneamente da do enfermeiro, dependerá da confiança e da proximidade. Na proximidade existem ainda outros elementos de natureza clínica a considerar, determinados pelo contacto próximo com o outro, inerente a cuidados técnicos e instrumentais e sobre os quais deve recair também uma reflexão, pela intimidade emocional e física presentes.

Mercadier (2004) faz referência também a essa proximidade entre dois corpos, na mobilização dos sentidos e numa combinação tão enriquecedora quanto perigosa, pelo constrangimento, repúdio ou medo. Nesse encontro sobressai também a biografia do prestador de cuidados, pela sua interferência na apreensão que ele faz da interacção com a pessoa que recebe os cuidados.

Os entrevistados consideram vários elementos que definem o grau de proximidade com o doente e família, sendo estes factores determinantes na escolha da experiência, pela *identificação com o doente*:

“ (...) de certa forma identificava-me com ele...fui-lhe útil” (E5)

“ (...) ele tinha dois filhos pequenos...ele faleceu e a mulher veio ter comigo....porque me revi naquela situação...tinha acabado de ser mãe e se fosse comigo? ” (E6)

“...é que existem doentes que nos marcam...era novo...identificava-me com ele” (E7)

Pela *familiarização com o doente e família*:

“ (...) lidávamos com ele como se fosse um irmão” (E1)

“ (...) como se fosse uma pessoa de família” (E4)

“ (...) de um senhor que eu tinha uma ligação quase familiar (...) mas aquele senhor tinha algo de diferente” (E9)

E pela *cumplicidade e dependência do doente e família:*

“ (...) afectou-me muito (...) também pela reacção dos pais aos quais estava ligada...” (E2)
“...um doente que esteve cá internado muitos meses...com o qual eu criei uma relação de amizade e eu era a confidente dele...e eu era cúmplice dele” (E4)
“Especial pela empatia...pela proximidade que tinha dela” (E10)

Um dos entrevistados faz referência à identificação com o doente em maior número em relação aos outros e tal facto prende-se com a situação de ele próprio ter vivido a doença oncológica e de, por isso, se rever actualmente nas palavras, nos olhares, nos medos e nas vontades dos doentes. Caracterizado por ser aparentemente uma pessoa auto-conciente, demonstra uma facilidade de auto-controlo emocional e uma clareza na análise das próprias emoções que descreve ao longo da entrevista de forma muito efusiva, num misto de orgulho e tristeza, de quem recorda um momento de crise:

“ (...) 4 anos depois desta conversa estava eu no lugar de doente...olhava-me ao espelho e tinha alopecia marcada (...) e naquele momento eu voltei a lembrar-me daquela doente e aí consegui perceber palavra por palavra do que ela disse ☺” (E3)

Situações em que os prestadores de cuidados passam eles próprios pela situação de doença são descritas por diversos autores como momentos de crescimento pessoal e simultaneamente profissional, no desenvolver de uma visão mais aguçada dos sentimentos e necessidade dos doentes.

Para além das experiências pessoais que como referido, influenciam indiscutivelmente a forma de nos aproximarmos dos outros, o grau de proximidade depende daquilo que Watson (2002) designa de *self*. Considerando o cuidado de enfermagem como físico, processual, objectivo e real, refere que este se reforça nos encontros com os doentes, nas transacções e nas relações que transcendem o mundo físico e material, através de um encontro entre os mundos subjectivos e emocionais de cada um dos intervenientes.

Denota-se em alguns entrevistados que o grau de proximidade está relacionado também com as necessidades mais exigidas e reconhecidas dos doentes e família:

“ (...) era um doente que apesar de ser simpático para toda a gente era muito pegado a mim e eu a ele (...) e quando ele morreu custou-me muito” (E4)

Reconhecer e ser-se reconhecido como alguém, pessoa e profissional, que é essencial para o doente parece aumentar a proximidade das relações e por isso constitui-se como significativo na escolha da experiência emocional.

A proximidade torna-se benéfica, no encontro com as necessidades profundas do outro e no aumento da humanização, no entanto pode também ser perigosa, na co-dependência, no desgaste emocional aliado ao contágio emocional. Apesar de uma

eventual dificuldade no traçar dos limites entre uma relação de natureza profissional e pessoal, o grau de proximidade é indiscutivelmente um factor decisivo, marcante na vivência emocional da prestação de cuidados ao doente oncológico, conforme nos confidencia um entrevistado:

“ (...) e eu era cúmplice dele (...) sentia-me importante para ele...conseguia chegar a ele como mais ninguém...porque me aproximei mais que os outros...” (E4)

Todos os factores referidos pelos entrevistados tornaram significativa determinada experiência emocional. Mercadier (2004) considera-os também, reagrupando-os sob a forma de diferentes contextos. Assim a experiência emocional torna-se marcante devido a vários factores, que surgem sob a forma de contextos. Devido ao **contexto situacional**, quando a interacção com o doente é influenciada por factores como a idade do doente, a sua história, atitudes e comportamentos, assim como o ambiente circundante; devido ao **contexto biográfico** do prestador de cuidados, quando há episódios da vida da enfermeira que podem ressoar como um eco a propósito de certas interacções; ao **contexto social**, na influencia do sexo e da idade ou mesmo do trajecto social ou da história de vida; ao **contexto estrutural**, pela influencia institucional do Hospital, lugar onde ocorrem todas as interacções enfermeiro-doente, uma vez que este determina o conteúdo das normas emocionais, que tendem para a neutralidade; e ao **contexto societal**, pela influência da sociedade na percepção do corpo do doente.

Os sentimentos e as emoções vividos

O sentimento é uma experiência mental dirigida para o interior, traduzindo de certa forma o estado da vida numa linguagem do espírito (Damásio, 1998), no entanto é a emoção, segundo Serra (1998:157), *“o verdadeiro fundamento da nossa personalidade”*. Enquanto pilar do sentimento a emoção é a parte pública, as acções, os movimentos que ocorrem no rosto, na voz ou no comportamento e por isso mesmo servem de mecanismo básico de regulação da vida. O sentimento, constituindo a parte privada, funciona também ele como mecanismo de regulação da vida mas a um nível superior.

O terreno das emoções e dos sentimentos pertence pois ao mundo interior e subjectivo de cada um, por isso mesmo a sua partilha nem sempre foi fácil, decorrendo

de uma forma mais ou menos formal, mais ou menos expressiva mas indiscutivelmente íntima. A sua transcrição não será nunca espelho integral da descrição da experiência vivida...o olhar que foge, as mãos que tremem, as lágrimas contidas, o sorriso rasgado... trazem ao consciente, sob a forma de resposta, uma experiência diferente das demais, que muitos julgavam esquecida ou bem escondida. Collière (2003) considera mesmo que os enfermeiros sofrem de uma dificuldade quase crónica de reconstituírem momentos marcantes e reflectirem sobre os recursos afectivos e emocionais usados.

Para uma melhor compreensão dos sentimentos e das emoções expressos pelos entrevistados recorreremos à classificação de Damásio (2003) de emoções primárias; emoções secundárias; emoções de fundo e sentimentos. Os sentimentos que têm origem nas emoções e os sentimentos que não têm origem nas emoções, sendo que os sentimentos inseridos na primeira categoria podem subdividir-se em sentimentos de emoções universais básicas e emoções universais subtis. De referir ainda a influência da classificação de Chalifour (1989) na diferenciação das emoções associadas a nós próprios e aos outros e de Goleman (2003) que nos propõe famílias de emoções partindo das emoções primárias.

A categorização referente aos sentimentos e emoções resultantes da experiência emocional encontra-se no Quadro nº6.

Quadro nº 6 – Sentimentos e emoções vividos

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS	CÓDIGOS DE INTERPRETAÇÃO	FREQUÊNCIA	ENTREVISTADOS
Sentimentos e emoções vividos	Emoções primárias	Tristeza	4	4
		Medo	1	1
	Emoções secundárias ou sociais	Vergonha	1	1
		Pena	1	1
	Sentimentos de emoções universais subtis	Desilusão	2	2
		Impotência/Revolta	9	7
		Injustiça	1	1
		Alívio	4	2
		Empatia	5	2
	Estado de fundo	Auto-conhecimento	1	1

FONTE: Entrevistas

Na referência às **emoções primárias** sobressai no discurso dos entrevistados a **tristeza** e o **medo**.

O **medo** assume-se como um estado de inquietude, face a um perigo real ou imaginário, perante uma ameaça (Chalifour, 1989). No cuidar de um doente jovem em fase terminal, alguns entrevistados referem-no aliado à ameaça e à necessidade de fuga:

“ (...) marcou-me porque foi algo que eu nunca tive...o medo de cuidar (...) eu pensava “Deus queira que eu não fique com ele atribuído”... ☺” (E7)

O medo de cuidar expresso nas palavras do entrevistado acima citado emerge numa antecipação do encontro e da relação, fundamentado no confronto com o desconhecido mas previsível desfecho da situação clínica do doente.

De facto esta emoção tão estudada que imerge do perigo antecipado surge quando a ansiedade que era inconsciente se torna consciente (Goleman, 2003). Quer o medo quer a ansiedade, deixando-nos alerta para os riscos ou ameaças, tendo a “função” de conduzir à fuga, podendo mesmo, em situações de elevado nível, tornarem-se patológicos e resultarem em fobia (Sehr, 1998).

O seu reconhecimento enquanto emoção é de salientar, na consciencialização da sua limitação no cuidar (pilar da enfermagem) enquanto obstáculo ao laço fundamental que liga todos os intervenientes de uma relação, que se espera terapêutica. É pois essencial que o próprio profissional de saúde encontre formas de consciencialização e canalização deste tipo de emoções de forma a encontrar futuras fontes de reflexão e adaptação.

A **tristeza** é há muito considerada como algo desconfortável. Descartes, referido por Damásio (1998), no início do pensamento moderno dela falava como de uma languidez desagradável, provocada pelo transtorno da alma. Sendo uma emoção primária é reconhecida facilmente independentemente da cultura, sexo ou idade. É como que uma espécie de retirada reflexiva da actividade da vida, deixando a pessoa em estado de suspensão, para chorar e sentir melancolia, meditando sobre o significado da experiência e, finalmente, fazer os ajustes psicológicos necessários (Goleman, 2003). É a emoção mais referenciada pelos entrevistados:

“ (...) devido ao impacto da doença, da alteração da imagem (...) eu não sobe o que dizer, fiquei...bem...fiquei triste comigo e com a minha falta de atenção e compreensão da situação da doente ☺” (E3)

“...chorei muito... de tristeza (...) como já chorei por muitos doentes que me morrem e aos quais estou por algum motivo mais ligada” (E4)

“ (...) lembro-me de um doente que já morreu...eu tinha acabado de vir de casa de licença de parto (...) ele tinha dois filhos pequenos (...) bem fiquei de rastos...triste” (E6)

Chalifour (1989) considera que esta emoção surge apenas quando algo é importante para nós e de facto nos entrevistados a tristeza surge relacionada com a proximidade que estes tinham com os doentes e família, aliada à impotência face à evolução da doença e à identificação com o doente, e com a situação vivida. Diogo (2004) considera que as causas da tristeza têm habitualmente a ver com situações de perda, desapontamento, podendo a primeira situação corresponder a perdas no mundo das relações interpessoais ou de posses, e a segunda ser relativa a situações subjectivas que acompanham a consciência da não realização de intenções e objectivos:

“ (...) passado um tempo o doente teve alta e foi para o lar...pensávamos que ele andava todo contente...quando um dia viemos a saber que o doente se tinha atirado de um sétimo andar (...) foi extremamente triste para mim...porque sinto que poderia ter feito mais...”
(E5)

Para Strongman (1998) a tristeza surge de forma natural, inevitável quando se estabelecem relações com os demais, considerando-a como uma resposta adaptativa, capacitante e motivadora, uma vez que surge como uma emoção que concentra a atenção no *self* e no crescimento pessoal pela identificação das necessidades. Mas a tristeza pode também ser angustiante e perigosamente limitante podendo mesmo resultar em depressão. Nenhum dos entrevistados assim a refere.

A *pena* e a *vergonha* são as emoções sociais descritas, que apesar de distintas surgem no discurso do entrevistado lado a lado, na descrição de uma experiência significativa pela incapacidade reconhecida e reflectida de enfrentar a verdade e a intensidade do momento:

“ (...) dissemos as coisas mais disparatadas à frente de um doente que estava com compressão medular (...) eu olhei para as minhas pernas e pensei (...) tu podes andar (...) foram muitos sentimentos que me vieram à cabeça...a vergonha, a pena...eu queria um buraquinho para me enfiar @” (E3)

Estas emoções parecem estar relacionadas com outra emoção, também ela social, a culpa. Assiste-se a uma partilha da vergonha, da culpa, do arrependimento, da pena face a um comentário que provocou a humilhação do outro, que está ali, na sua vulnerabilidade e impotência. São este tipo de emoções sociais que promovem precisamente a autoconsciência (Damásio, 2003).

A *vergonha*, na culpabilidade ou no remorso, surge como uma emoção relacionada com a apreciação de nós próprios, onde é determinante a percepção do nosso ser em relação às diversas normas de comportamento (Chalifour, 1989).

A *pena* estando associada nesta situação à vergonha, surge-nos relacionada também com a tristeza, no confronto com a limitação, com o estado do doente, na

capacidade de partilhar da sua dor, do seu sofrimento, da sua angústia. Numa inevitável comparação com o seu eu o reconhecimento do outro, na desilusão.

Associada à emoção primária tristeza verificamos também nos discursos dos entrevistados a vivência de **sentimentos de emoções universais subtis** como a desilusão; a impotência; a injustiça e revolta; o alívio; e a empatia.

A **desilusão** surge aqui no desengano e na decepção, face à inevitabilidade da morte, na evolução da doença e face a expectativas próprias sob a forma mais correcta e humana de cuidar:

“ (...) desiludida com a minha falta de atenção e compreensão da situação da doente” (E3)

“ (...) fiquei desiludida com a vida...que para alguns é tão madrasta (...)” (E6)

A doença surge desde sempre na vida do Homem, e aliada a vida sempre existiu a morte, no entanto permanece na maioria de nós a concepção ocidental centrada na luta contra a finitude da vida. Na percepção da invulnerabilidade, quando um profissional de saúde é orientado para a vida e para a cura, em situações de doenças crónicas e incuráveis, é inevitável a desilusão com os próprios, com os outros, com a vida...

A impotência, a injustiça e a revolta surgem também, nos discursos dos entrevistados, como sentimentos que provêm da emoção de indignação, pertencente à família da ira. Resultando de uma emoção social, estes *sentimentos subtis* desenvolvem-se em paralelo com o desenvolvimento global do indivíduo, necessitando no entanto das disposições inatas para tal.

A **impotência** parece estar também relacionada com a tristeza, na incapacidade de mudar o que está mal ou o que causa sofrimento, como se constata:

“ (...) uma impotência enorme de não poder fazer nada e de querer fazer alguma coisa (...) na altura fiquei parada perante a mãe e não consegui fazer ou dizer nada” (E2) ”

“ (...) nós sabermos que o que vamos fazer não vai curar o doente...e fica-se assim...” (encolhe os ombros) (E6)

“...um senhor que estava cheio de vontade de viver (...) pergunta à médica assistente o que iria ser feito a seguir e ela (...) disse-lhe que não havia mais nada a fazer (...) o doente ficou de rastos e eu senti-me impotente... @” (E8)

“...acompanhei a evolução da doença, o sofrimento dele e da família (...) impotência...o sentimento de quem não pode dar vida mas apenas a morte...as pessoas querem a vida, a cura e nem sempre se consegue lidar bem com isso” (E9)

“ (...) senti que a vida é madrasta às vezes e mais para alguns...e eu que não pude fazer nada...” (E10)

O sentimento de impotência é expresso pelos entrevistados do sexo masculino de uma forma reforçada, parecendo estes minimizar as emoções relacionadas com o medo, culpa ou tristeza focalizando-se no sentimento de dever cumprido ou falta deste na injustiça e na revolta.

Os sentimentos de *injustiça* e a *revolta* surgem nos discursos dos entrevistados em sintonia e complementaridade com a impotência, pela dificuldade em aceitar a situação do doente:

“ (...) Sinto que poderia ter feito mais... é uma mistura de revolta e impotência... ” (E5)

“ (...) sente-se injustiça (...) lidamos com esta impotência de perda... ” (E1)

Loff (2000) complementa o referido considerando que nos enfermeiros os sentimentos de impotência, culpa e desilusão surgem com consequências na perda de auto-estima e da amizade com doentes, familiares ou colegas, sendo que os sentimentos de revolta, injustiça e frustração resultam devido a expectativas irrealistas, pela sensação de falhanço face aos objectivos profissionais, interferindo com a capacidade de viver a vida, dentro e fora das organizações de saúde. Será pois no reconhecimento deste tipo de sentimentos e outros, no conhecimento de si próprio, que o profissional de saúde poderá prestar cuidados individualizados e de excelência (Neto, 2004).

Os restantes sentimentos referidos pelos entrevistados são também eles subtis, mas resultantes de emoções positivas. Esta variedade de sentimentos é sintonizada pela experiência e permitida pela ligação entre o conteúdo cognitivo já existente e a variação num perfil pré-organizado do estado do corpo e por isso se designam de sentimentos de emoções universais subtis (Damásio, 1998).

Na referência a este tipo de sentimentos encontramos o *alívio* e a *empatia*. O *alívio* surge como sinónimo de serenear, de atenuar e consolar, sendo que alguns entrevistados reforçam a sua percepção fazendo-lhe referência por várias vezes:

“ (...) também se sente muito alívio...o alívio do sofrimento do outro quando tudo termina e nós também (...) porque nós também somos egoístas @” (E1)

“Um alívio quando ele faleceu...por ele e por mim (...) por ele não me estar atribuído...” (E7)

Falam-nos do alívio de quem morre, pelo término do sofrimento mas acima de tudo falam-nos do seu alívio, no atenuar, referido como egoísta, da pesada carga emocional que transportavam. Esta questão do serenear após o fim da morte e do sofrimento transporta-nos para a vulnerabilidade de quem cuida, no confronto, directo e indirecto a um nível íntimo, com a finitude do outro. O alívio do sofrimento, e de todas as suas componentes físicas, sociais, emocionais e psicológicas, surge na promoção da dignidade humana, num fortuito instinto de sobrevivência e parece estar relacionado com aquilo que há de mais sublime e intrínseco à natureza humana.

A *empatia* significa etimologicamente *estado de alma* e surge para Chalifour (1989) como uma atitude de ajuda essencial no estabelecimento da relação de ajuda,

constituindo igualmente uma capacidade psicológica para se identificar com o eu do outro, conseguindo sentir o mesmo que este nas situações e circunstâncias por esse outro vivenciadas. De forma semelhante Watson (2002) refere-se à empatia como à capacidade e habilidade do enfermeiro experienciar o mundo privado do outro e os seus sentimentos, comunicando ao outro o significado dessa compreensão.

Este sentimento é referido por alguns entrevistados como associado ao sentimento de utilidade, no cumprir com as expectativas que detém do cuidar, no colocar-se no lugar do outro, sem contudo ser o outro:

“...ganhei mais disponibilidade para entender as posições, o movimento, o olhar... a empatia, a sensibilidade...acima de tudo disponibilidade para tentar ser o outro sendo eu própria” (E3)

“ (...) fiz o que tinha a fazer (...) senti-me útil...porque no fundo fiz o que gostaria que me fizessem a mim...” (E8)

Um dos entrevistados repete a vivência do sentimento de empatia por três vezes e a justificação parece prender-se, à semelhança do verificado anteriormente, ao facto de ele próprio ser doente oncológico, aproximando-se do outro pela aproximação de si próprio, na disponibilidade e na sensibilidade, num outro olhar mais aguçado e próximo das necessidades.

Damásio (2003) considera que o sentimento de empatia surge da emoção simpatia. Numa simulação interior dos estados emocionais, realizada pelo cérebro, é activado o mecanismo do “como se fosse o corpo”, havendo uma modificação rápida do mapeamento do corpo. Este colocar-se no lugar do outro é permitido porque de facto as áreas somatossensitivas constituem uma espécie de teatro onde podem ter lugar representações de estados do corpo, reais ou falsas.

Não constituindo uma emoção ou um sentimento mas a influenciar o aparecimento e uso de sentimentos como a empatia, um **estado de fundo** sob a forma de *auto-conhecimento*, é referido por um dos entrevistados. Decorrente da sua experiência pessoal, refere-nos em tom de confiança:

“...passei a conhecer-me mais a mim própria e isso ensinou-me a valorizar (...) a transmitir uma energia mais positiva aos outros” (E3)

Em suma, será através do conhecimento de nós próprios, no desenvolvimento dos nossos sentimentos que se poderá realmente e de modo sensível interagir com os outros. Diz-nos Watson (2002) que quando apuramos a nossa sensibilidade, nos tornamos mais autênticos. Considera que ser-se humano é sentir, sendo que o único caminho para desenvolver a sensibilidade para consigo e para com os outros é reconhecer e sentir sentimentos tanto penosos como os felizes.

3.2 – PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA

A doença oncológica constitui ainda nos dias de hoje um verdadeiro flagelo, emocional, psicológico, físico e acima de tudo social, por todos os mitos e medos que transporta. O avanço tecnológico e terapêutico veio melhorar a qualidade de vida do doente oncológico, aumentar a esperança média de vida mas não veio diminuir a incerteza e a insegurança do doente e dos que o rodeiam.

A própria imagem de cancro, em jeito de “marketing”, surge aliada na sua origem ao caranguejo, e não será difícil associá-lo, em analogia ao crustáceo, a uma disseminação rápida, a uma dor dilacerante e a uma fácil evolução.

Lopes (2006) considera que a área oncológica é umas das que mais desafio coloca aos prestadores de cuidados, exactamente pela imagem socialmente difundida de doença incurável e incompreensível, adjectivada de ruim, pelo carácter de malignidade, a todos os níveis. Assim esta imagem que prevalece ainda assustadora, enquanto ameaça à sobrevivência e indutora de stresse, afecta o doente mas também os profissionais de saúde, cuja função não se confina aos objectivos procedimentos técnicos. Abrange toda uma relação complexa em torno do doente e sua família. Porque a qualidade dos cuidados surge marcada antes de mais pelas atitudes e comportamentos de quem cuida. Na sua essência a prática do cuidar, encontra a relação interpessoal, revestida de uma grande complexidade pela multiplicidade de emoções, de vivências mas também de saberes e poderes (Hesbeen, 2001).

Numa partilha muitas vezes revoltada e emocionada, na incapacidade ou apenas indisponibilidade em especificar, falaram na generalidade, do que os move no território da oncologia, na gratificação e no desgaste que sentem enquanto pessoas e enquanto profissionais.

Para os entrevistados a prática do cuidar em oncologia caracteriza-se pela **especificidade da própria doença oncológica**, pelos **aspectos gratificantes e penosos inerentes ao cuidar** e pelo **desgaste emocional** que resulta da prestação de cuidados. O Quadro nº7 abaixo descrito reflecte a análise da referida área temática.

Quadro nº 7 – Prática do cuidar em oncologia

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS
PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA	RECONHECIMENTO DA ESPECIFICIDADE DA DOENÇA ONCOLÓGICA
	ASPECTOS GRATIFICANTES NO CUIDAR DO DOENTE ONCOLÓGICO
	ASPECTOS PENOSOS NO CUIDAR DO DOENTE ONCOLÓGICO
	DESGASTE EMOCIONAL

FONTE: Entrevistas

Reconhecimento da especificidade da doença oncológica

Constituindo a segunda causa de morte em Portugal, o cancro sem dúvida alguma tem ganho ao longo dos tempos uma conotação mística, surgindo ainda como uma doença especial, pelo carácter mitológico e complexo que contém.

Este considerar especial da doença oncológica é feito também pelos entrevistados, no reconhecimento da sua especificidade, relacionada com a imagem social da doença em si mas também com as particularidades do serviço onde os entrevistados prestam cuidados, conforme verificamos no Quadro nº 8.

Quadro nº 8 – Reconhecimento da especificidade da doença oncológica

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS	CÓDIGOS DE INTERPRETAÇÃO	FREQUÊNCIA	ENTREVISTADOS
Reconhecimento da especificidade da doença oncológica	Imagem social da doença	Reconhecimento da penosidade do cuidar do doente oncológico	3	2
	Reconhecimento de particularidades do serviço	Multiplicidade de situações emotivas	7	5
		Mau prognóstico /Alta taxa de morbilidade e mortalidade	8	4
		Relação com o doente oncológico	7	4

FONTE: Entrevistas

É indiscutível a influência da nossa percepção sobre a doença assim como a influência da percepção dos outros, no nosso reconhecimento técnico e pessoal. Na **imagem social** da doença oncológica sobressai o **reconhecimento global da penosidade do cuidar do doente oncológico**, como referem alguns entrevistados.

Um dos entrevistados, com uma experiência em oncologia de trinta e sete anos, fala-nos da diferença entre profissionais, parecendo justificar essa especificidade com o risco de contágio emocional, com a ambiguidade e ambivalência de sentimentos e emoções, vividos durante a prestação de cuidados:

“ (...) tentam por todos no mesmo saco...enfermeiros, funcionários públicos...e não é assim...não é verdade, principalmente quando se trabalha em oncologia, onde se assiste diariamente a uma luta entre as expectativas, a esperança e a exaustão, o desistir (...) nós estamos sempre aqui, a sofrer com eles...a viver com eles também...cansa-me esta vida” (E1)

Os entrevistados reconhecem a especificidade aliada também aos estigmas sociais, no reconhecimento próprio mas acima de tudo na incompreensão por parte dos outros como nos revelam, em referência a comentários depreciativos, sugestivos de pena e repúdio:

“ (...) quando pessoas de fora sabem que trabalho em oncologia, dizem “ai credo” ...apesar disso não sou capaz de encarar os doentes como coitadinhos, mas a nossa sociedade e os nossos familiares começam logo...” (E1)

“ (...) isto é penoso e até é reconhecido por as pessoas que não trabalham cá, que fazem comentários do tipo “trabalhas no IPO que horror, como é que aguentas?” (E7)

Para além dos doentes e da sociedade em geral, é facto que também os técnicos de saúde possuem uma representação do cancro associada a imagens de morte, sofrimento, ameaça e desorganização, entre outras (Lopes, 2006). E são essas imagens sociais sobre a doença e suas repercussões, que parecem constituir para os entrevistados umas das causas principais da especificidade de cuidar em oncologia.

Aliado ao reconhecimento da especificidade da doença oncológica surge também, o reconhecimento de particularidades do serviço onde os entrevistados prestam cuidados, porque a sua opinião sobre o mesmo é, e muito, influenciada pela forma como encaram a doença em si.

O serviço em questão, como foi referido anteriormente, é destinado à Oncologia Médica. Nos corredores da Instituição Oncológica ecoam comentários, entre profissionais, sobre o quanto deve ser um serviço “pesado” e desgastante. Os doentes comentam baixinho que é o Pavilhão para onde vão quando nada mais há a fazer... falam da quimioterapia e seus medos, falam de cuidados paliativos, falam da morte, partilham toda uma *multiplicidade de situações* consideradas também pelos entrevistados, como emotivas:

“ (...) a carga emocional de trabalharmos num serviço de oncologia deste tipo é enorme (...) se nós no final de cada turno pararmos, pensarmos e formos avaliar a quantidade de situações que tem uma carga emocional muito pesado...bem...nós às vezes nem nos apercebemos” (E2)

“...a verdade é que é um conjunto de situações que com o passar dos anos vai começando a pesar, a pesar...” (E6)

“ (...) este é um serviço pesado em termos de emoções e é quase impossível não se crescer com elas ☺” (E9)

“...o nosso serviço tem uma panóplia muito grande de doentes (...) muitas vezes tem que se ter a capacidade e a clareza para se lidar com estas situações tão complexas” (E10)

Mercadier (2004) considera que na prestação de cuidados, as emoções do enfermeiro e do doente interagem reciprocamente, em analogia a uma “cascata”, impossível de deter, rica mas perigosa pelo poder e pela capacidade de destruir os mais frágeis.

As situações que relatam como possuidoras de uma forte “*carga emocional*” são reconhecidas simultaneamente como pesadas, um peso que cresce com a continuidade dos cuidados prestados, mas que enriquece em termos de bagagem emocional, na vivência de toda uma panóplia de situações. Denote-se que se encontra implícito nas narrativas que os entrevistados do sexo masculino parecem salientar, de uma forma particularmente racional, uma capacidade e uma clareza que urge no lidar com as situações reconhecidas como complexas.

Estas situações complexas que surgem no serviço prendem-se também, e sem dúvida nenhuma, ao *mau prognóstico e à alta taxa de morbilidade e mortalidade*, como nos referem:

“...nós lidamos todos os dias com a morte, com pessoas que estão a sofrer” (E3)

“ (...) num serviço pesado onde morre tanta gente (...)” (E4)

“ (...) nós assistimos a pessoas que travam um combate de vida e morte e infelizmente à partida já estão derrotadas...se calhar noventa por cento dos doentes aqui estão condenados à partida (...) e é penoso” (E8)

“ (...) o nosso serviço é aquele que tem maior taxa de mortalidade... ☹ e isso custa ...” (E10)

Ekedahl e Wegstrom (2005), num estudo sobre o stresse nos técnicos de saúde ingleses, consideram que a resposta face a forças emocionais constantes, relacionadas com a morte e a morbilidade, no lidar exaustivo com outros seres humanos frágeis e problemáticos, pode constituir um risco no desencadear de situações preocupantes e até patológicas como o *burnout* e outros problemas emocionais complexos que surgem inerentes às dificuldades em lidar com a dependência e com a finitude da vida.

Na utilização de uma metáfora, um dos entrevistados acaba por descrever a impotência comum sentida face à involução do estado dos doentes, na evolução da doença:

“...neste serviço, onde o caminho dos doentes é típico do caranguejo...a andar para trás...” (E3)

Froggatt (1998) faz referência às metáforas, no trabalho emocional, como uma forma de objectivar as emoções, numa possível estratégia de controlo emocional e consequente distanciamento do próprio.

Neto (2004) considera que quando este tipo de doente é encarado como aquele em que mais nada há a fazer, na derrota a experiência emocional perde sentido e os profissionais podem reagir com um distanciamento, que se reveste de formas diferentes.

O reconhecimento da penosidade, sugere investimento e continuidade, no aceitar aparente da inevitabilidade da vida... da morte.

Mas se o serviço é descrito com particularidade devido à concretização e, acima de tudo, devido antevisão do desfecho final da história do doente, não é menos verdade que é especial pela *relação* que lá se estabelece com o doente, caracterizada como única:

“ (...) estes doentes são muito particulares...especiais...cuidar destes doentes é muito mais rico, muito mais complexo (...) a relação que se estabelece é única pela força e pela importância...são doentes que dependem muito de nós...mais emocionalmente que fisicamente (...)” (E3)

“Eu acho que inevitavelmente a experiência que nós temos aqui...não é a experiência da situação em si, mas as vivências...a relação que nós partilhamos com os doentes, com as famílias... nos marcam e muito...” (E7)

“ (...) são doentes exigem muitos cuidados por isso temos que estar muito próximo deles e isso acaba por fortalecer a relação...no fundo somos nós o suporte...” (E10)

A relação é descrita como profunda, pela força e importância que lhe é atribuída. A dependência que o doente tem dos enfermeiros, parece ser o motivo para a aproximação. O suporte, a necessidade de, parece reflectir a essência da conquista.

Na partilha comum de uma vivência que muitas vezes transcende os limites profissionais, parece existir um conforto mútuo, na amizade e na cumplicidade:

“...este tipo de doentes têm uma atitude diferente...estabelece-se outra relação...quer estejam numa fase inicial ou numa fase final da doença...têm sempre um sorriso, uma palavra amiga...porque não somos só nós...muitas vezes eles também nos confortam...” (E5)

Neves e Pacheco (2004) consideram que a relação enfermeiro-doente envolve, para além do delimitado em contexto profissional, elementos psicológicos e emocionais, num *feedback* onde é confirmado o grau de compatibilidade e afinidade. Nos serviços hospitalares, microestruturas dentro das organizações de saúde, a confiança e a necessidade de suporte por parte dos doentes surgem como factores facilitadores da relação. Os serviços de medicina são descritos pelos autores como um meio ideal para o desenvolvimento de tensões e fragilidades, dado à multidisciplinaridade, à complexidade dos cuidados de enfermagem e à multiplicidade de situações clínicas.

É na tensão na referida, na vulnerabilidade maior sentida, que parece surgir um compromisso complexo e comum entre os intervenientes de um processo bidireccional, onde os actores se influenciam mutuamente, dando e recebendo e indiscutivelmente tornando particular a relação que se estabelece.

Aspectos gratificantes no cuidar do doente oncológico

Cuidar do doente oncológico foi já descrito como complexo, no reconhecimento de que na relação que se estabelece é exigido o conhecimento profundo do próprio profissional de saúde e do doente. Nessa complexidade inerente a este cuidar a certeza de que existem vários aspectos gratificantes, indutores de um desenvolvimento pessoal e também profissional, que enriquecem sem dúvida alguma todos os entrevistados, conforme verificamos no Quadro nº9.

Quadro nº 9 – Aspectos gratificantes no cuidar do doente oncológico

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	CÓDIGOS DE INTERPRETAÇÃO	FREQUÊNCIA	ENTREVISTADOS
Aspectos gratificantes no cuidar do doente oncológico	Desenvolvimento pessoal	Valorização da própria vida	17	9
		Valorização das relações interpessoais	3	3
		Valorização das pequenas coisas	7	4
		Desvalorização dos pequenos problemas	7	4
	Desenvolvimento profissional	Reconhecimento profissional por parte de terceiros	10	6
		Realização profissional	3	2
		Valorização da formação e da aprendizagem	1	1
		Melhoria da prestação de cuidados	4	2

FONTE: Entrevistas

Num assumir quase irrefutável, a maioria dos entrevistados refere como consequência gratificante do cuidar do doente oncológico, o **desenvolvimento pessoal**:

Na **valorização da própria vida**, como descrevem alguns entrevistados:

“ (...) é um viver mais intenso, um dar valor às pequenas coisas, às coisas mais simples (...) sinto que não vale a pena chorar pelo leite derramado ☺” (E1)

“Mudou completamente a minha vida (...) mudou a minha maneira de ver as coisas...vivo mais...” (E4)

“...muda a nossa realidade...a proximidade...a valorização...quando oiço pessoas dizerem que têm uma vida difícil sem razão aparente penso logo que sabem lá o que ter uma vida realmente difícil...esta realidade é positiva, no sentido em que nos faz viver mais” (E7)

Na **valorização das relações interpessoais**:

“ (...) doença oncológica podem acontecer a qualquer um...que podem acontecer aos que estão mais próximos de nós e isso dá outro sentido às relações que tenho...ficaram mais intensas” (E2)

“ (...) aquilo que temos de melhor é a nossa saúde, o nosso bem estar... aqueles que nos rodeiam, a nossa família e os filhos” (E4)

“...as amigas tornam-se mais fortes, porque inevitavelmente se pensa que poderíamos ter sido nós” (E9)

Na valorização das pequenas coisas:

“ (...) distraída a ver a passurada (...) e agora até me rio porque à muitos anos atrás isso não me fazia ficar parada a olhar, a sentir...que a beleza das coisas está no ser...está nas coisas está no pequeno...” (E1)

“...e eu... (aumenta o tom da voz) passei a dar muito mais valor às pequenas coisas da vida...tanta gente diz “Estou tão chateado!” e eu aprendi a dizer “Estou tão feliz! ☺” (E3)

“ (...) então tento viver o melhor que posso (...) não desperdiçando, não deixando de apreciar os pequenos momentos...” (E4)

E simultaneamente na desvalorização dos pequenos problemas:

“ (...) não ligo aquelas pequenas querelas em que as pessoas se matam e enganam...não ligo ao material” (E1)

“ (...) passei a perceber que não vale a pena as pessoas preocuparem-se com mesquinhices, com coisas nenhuma...” (E4)

“ (...) deixa-se um bocado de lado a parte materialista da vida (...) deixei-me de chatear com as coisinhas, as mesquinhices do dia a dia (...)” (E5)

Para além das multiplicidades inerentes ao doente, trabalhar em oncologia surge, para os entrevistados, como um privilégio, na partilha de momentos únicos com o doente e com a família, na sua essência, na consciência da finitude da vida, no confronto com os objectivos pessoais adiados ou não reconhecidos:

“ (...) pessoas que nos dizem...vá...proveite a vida, compre o que lhe apetecer, diga e faça aquilo que eu não fiz, porque adiei e agora estou aqui...bem isto faz-nos pensar na vida, valoriza-a” (E3)

Neste tipo de cuidados o ser humano é enriquecido, porque como nos diz Neto (2004) é valorizado tudo aquilo que é verdadeiramente essencial na vida, as relações, os afectos, as pessoas, na desvalorização do que dá pouca côr à vida como os pequenos problemas, as pequenas doenças e pequenas quezílias. A partilha de finais de vida, em que frequentemente os doentes falam do que gostariam de ter feito e foram sistematicamente adiando, confere a consciência de que não existe muito mais tempo para todos nós, e leva a que os nossos entrevistados considerem que vivem com mais intensidade, tirando mais partido do que e de quem os rodeia.

Lopes (2006) fala de sentimentos semelhantes referidos pelas enfermeiras do seu estudo sobre a relação enfermeiro-doente, numa estimulação para a vida e na reorientação do sentido das escolhas e dos pequenos grandes acontecimentos.

Em paralelo com o desenvolvimento pessoal o **desenvolvimento profissional** surge também enquanto aspecto gratificante na prática de cuidar do doente oncológico, sendo referido pela maioria dos entrevistados, no reconhecimento profissional por parte de terceiros; na realização profissional; na valorização da formação e da aprendizagem na trajectória profissional; e no reconhecimento da melhoria da prestação de cuidados global ao doente oncológico.

Se nós existimos na medida em que somos conhecidos pelos outros é indiscutível a influência que estes têm em nós, no nosso desempenho, na nossa aprendizagem e crescimento. A maioria dos entrevistados considera que o **reconhecimento profissional por parte de terceiros** foi fundamental em todo o processo de maturação profissional:

“ (...) os elementos novos que vêm ter comigo e me pedem para falar com os doentes porque não sabem o que lhes dizer...quando nós estamos junto de uma pessoa que está a chorar nós dizemos para não chorar mas eu...digo chore” (E3)

“ (...) reconhecem-me nos corredores...dizem que têm saudades (...) a valorização do doente e da família conta muito...é uma sensação de dever cumprido” (E4)

“Este tipo de doentes valoriza muito o nosso trabalho e dão-nos força para continuarmos” (E6)

“A valorização ... o reconhecimento...são doentes de tal forma frágeis que te fazem sentir como anjos...apenas por lhes dares uma massagem, uma palavra de atenção...” (E9)

“ (...) o tipo de doentes...que reconhecem muito o teu trabalho (...) e torna-se muito gratificante” (E10)

O feedback dos colegas, dos amigos, dos doentes, da família dos doentes constitui para os entrevistados como que uma forma de avaliação do agir. Diogo (2004) considera que a opinião dos outros face aos enfermeiros permite um aferir da capacidade de lidar com os demais, conducente ao desenvolvimento de aprendizagens, incluindo a gestão de sentimentos e emoções. Por outro lado, ajuda-os a desenvolver a confiança, em si e nos cuidados que presta, sentindo-se também mais realizado. A **realização profissional** é assim referida:

“Sinto-me à vontade e pergunto porquê...sinto-me realizada... para ser sincera...chego a recusar picar um doente se está em fase de agonia, em entubar...é um não fazer para o bem do doente” (E3)

“ (...) sinto-me realizado e indiscutivelmente estou mais maduro pessoalmente e profissionalmente...” (E9)

Esta realização profissional prende-se com a maturidade a nível de conhecimentos e acima de tudo pessoal, num sentimento de “à vontade” para agir ou não. A sua análise impõe, ainda que breve, uma reflexão simultânea sobre as necessidades de auto-realização, pertencentes ao pico da pirâmide das necessidades de Maslow. A auto-realização ganha forma na realização do potencial de cada indivíduo, na utilização plena dos seus talentos e na focalização de méritos intrínsecos do próprio trabalho, sendo por isso essencial na criatividade e no investimento para a organização em causa (Teixeira, 1998).

Ainda no contexto dos entrevistados os cuidados e a **valorização da formação e da aprendizagem na trajectória profissional** estão intrinsecamente ligados, como nos refere um entrevistado:

“ (...) depois de tantos anos de trabalho em oncologia, acho cada vez mais que é importante haver mais formação, investimento nos cuidados paliativos...ainda há muita falta de formação... a morte continua a ser muitas vezes sofrida (...)” (E1)

O entrevistado acima referido parece ter da prática a noção mais aguçada das necessidades de formação, com o objectivo de uma intervenção mais especializada, face a cuidados que poderiam e deveriam ser de excelência.

A valorização da formação e da aprendizagem resulta de um desenvolvimento profissional e de uma reflexão, conduzindo também ela à reflexão de como os indivíduos se apropriam de um determinado tempo e espaço educativo e o integram no seu percurso. Enquanto geradora de competências, a formação, confere o sentido de prioridade e responsabilidade na garantia da qualidade face ao défice detectado. Não surge jamais como um processo pontual e assintemático, nela e por ela o sujeito é o actor principal e por isso deve ser centrada nos seus interesses e necessidades. Pertence sempre àqueles que se formam, através de um processo reflexivo sobre si próprios, sobre as situações, acontecimentos e ideias (Fabião et al, 2005).

Hesbeen (2004) reconhece que a repetição da realização de determinada técnica não melhora por si só o desempenho global do prestador de cuidados. A reflexão, a humanização, o conhecimento do próprio e da pessoa, trazidos pela continuidade da prestação de cuidados, contribuem sim para uma *melhoria da prestação de cuidados ao doente e família*, como verificamos também nas palavras de alguns entrevistados:

“ (...) consigo aperceber-me agora da carga emocional que as pessoas e as famílias transportam...ganhei uma visão mais ampla e rica das necessidades doente oncológico, que antes não tinha...e isso melhora a minha prestação de cuidados” (E2)

“ (...) e se calhar esta é a grande experiência de viver e de trabalhar em oncologia...o encontro com o outro (...) que é aprimorado com a experiência” (E3)

Assim considera também Watson (2002), na certeza de que o desenvolvimento contínuo da sensibilidade de perceber os outros e nós próprios, será sempre indutor de crescimento e evolução. No reconhecimento, por parte dos entrevistados, da experiência de “viver e trabalhar em oncologia” centramo-nos nos comportamentos dos processos interpessoais, ricos e susceptíveis de provocar uma mudança gradual mas fundamental no cuidar.

Aspectos penosos no cuidar do doente oncológico

Apesar da maioria dos entrevistados considerar gratificante trabalhar em oncologia, não é menos verdade que também o consideram desgastante, em proporções de referência semelhantes.

Tal facto remete-nos para as conclusões de Loreto (2001) sobre o *burnout* em enfermagem oncológica, onde se verifica que a exaustão emocional nos enfermeiros oncológicos é maior em relação a outros de outras áreas, num aumento da probabilidade de esgotamento. No entanto são também os enfermeiros que cuidam do doente oncológico que referem maior realização pessoal e profissional.

Os aspectos mais desgastantes no cuidar do doente oncológico considerados pelos entrevistados são os cuidados ligados à morte e ao sofrimento; a divergência de objectivos nos cuidados e a relação com a família do doente oncológico, conforme se verifica no Quadro nº 10.

Quadro nº 10 – Aspectos penosos no cuidar do doente oncológico

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS	CÓDIGOS DE INTERPRETAÇÃO	FREQUÊNCIA	ENTREVISTADOS
Aspectos penosos no cuidar do doente oncológico	Cuidados ligados à morte e ao sofrimento	Carácter contagioso das emoções	14	8
		Antevisão do estado do doente	1	1
	Divergência de objectivos nos cuidados	Má palição do doente	5	4
		Comunicação de más notícias ao doente e família	1	1
		Impossibilidade da maioria dos familiares acompanhar permanentemente o doente em fase terminal	2	1
		Défice de comunicação/cooperação entre a equipa de enfermagem e médica	9	5
		Intervenções de enfermagem sob prescrição médica	3	1
		Realização de técnicas invasivas/encarniçamento terapêutico	6	4
		Relação com a família do doente	Indiferença/abandono da família face ao doente	1
		Familiares ansiosos e apelativos	2	1

FONTE: Entrevistas

O aspecto considerado, mais penoso no cuidar do doente oncológico, prende-se aos **cuidados ligados à morte e ao sofrimento**, sendo referido pela maioria dos entrevistados. Parece existir uma relação entre o factor penosidade e o factor escolha da experiência marcante, porque de facto é feita ainda que em circunstâncias e associações diferentes, referência repetida à morte e ao sofrimento.

As emoções são poderosas no seu reconhecimento e influência. O seu *carácter contagioso* é reconhecido por autores como Goleman, Mercadier e Damásio. Goleman (2003) considera que os contágios emocionais ocorrem geralmente de forma subtil, num intercâmbio tácito que acontece em todos os encontros. No contacto com o outro, emitimos sinais emocionais e isso afecta o outro e afecta-nos a nós indiscutivelmente.

Os entrevistados partilham esse carácter contagioso das emoções resultantes do sofrimento e da morte, como constatamos nas referências de alguns:

“ (...) o sofrimento deles acaba por passar também para nós (...) pesa também e é sempre marcante” (E1)

“O sofrimento é a situação que me causa mais desgaste...sem dívida o sofrimento do doente...” (E4)

“ (...) muitas vezes é precisamente um maior envolvimento com determinado doente e com as suas emoções que nos leva a sofrer mais emocionalmente, para além do trabalho...” (E7)

“ (...) também os doentes que estão em fase terminal...o sofrimento deles que parece passar para mim (...) desgasta-me...” (E10)

O corpo em sofrimento impõe a presença humana, naquilo que há de mais poderoso e frágil... a condição de ser humano, a dependência. Enquanto vivência pessoal e interior é também em si um sentimento, na tomada de consciência do estado, o sentimento de conhecer o que sentimos (Damásio, 2000).

O sofrimento, ganha nas palavras dos entrevistados, uma componente emocional intensa, na ameaça à integridade deles próprios, pela aproximação, envolvimento e vulnerabilidade. O medo de desregulação emocional parece prender-se às emoções de raiva, impotência e tristeza que surgem na maioria dos casos aliadas ao sofrimento e à morte.

Perante o risco de contágio, alguns entrevistados parecem também usar formas de protecção, no distanciamento e na identificação com os pares, como se denota nas palavras expostas:

“ (...) as colegas que se envolvem muito andam mais vulneráveis e frágeis e não pode ser assim (...) se não tiver cuidado posso ficar perturbado, porque a aproximação demasiada leva a que tudo o que doente sente passe também para nós” (E9)

Em referência a Douglas, Mercadier (2004) fala do risco de contaminação simbólica, observável em todas as práticas de distanciamento. O contágio deve ser entendido

também no seu sentido antropológico, que se demarca do significado clínico: a gestão do contágio emocional tem a ver com a preocupação em preservar o espaço vital e em controlá-lo.

Mas e porque o sofrimento e a morte causam estados específicos de distresse, ao serem vividos por pessoas, ultrapassam os aspectos físicos, pelo que a antevisão, na *antevisão da evolução do estado do doente*, é também ela desgastante, como nos refere um entrevistado:

“...é o acompanhar a pessoa quando o diagnóstico...a quimioterapia...as pessoas vem cheias de esperança e depois nós começamos logo a visualizar o que lhes vai acontecer (...) saber que a pessoa vai morrer...e vai morrer aqui...” (E6)

Diz-nos Mercadier (2004) que antevisão da morte e a morte em si, afectam por si mesmo, uma vez que significa a aniquilação do homem e porque, quer queiramos ou não, a morte do outro remete-nos para o nosso futuro, mais ou menos próximo, mas sempre inelutável.

Os cuidados ligados à morte e ao sofrimento surgem também, ainda que implicitamente, ligados ao seguinte aspecto penoso, a **divergência de objectivos nos cuidados**, na má palição do doente; na comunicação de más notícias ao doente e família; na impossibilidade da maioria dos familiares acompanhar permanentemente o doente em fase terminal; no défice de comunicação/cooperação entre a equipa de enfermagem e médica; na prescrição médica de intervenções de enfermagem e na realização de técnicas invasivas/encarniçamento terapêutico.

A inexistência de cuidados ou a má palição do doente marca assim significativamente os entrevistados:

“ (...) sempre me revoltei muito com situações de doentes mal paliados que às vezes nós temos cá...sinto-me mal com isso (...) mas já começa a haver um maior investimento dos médicos e nosso...” (E4)

“ (...) custa-me os cuidados ditos paliativos onde são feitas técnicas invasivas...não sabem parar (...) não sabem investir no conforto...” (E5)

“O mais penoso (...) acho que as pessoas ainda morrem com pouca dignidade, ainda morrem muito sozinhas...acima de tudo mal paliadas” (E8)

“ (...) também temos doentes mal paliados e nós sem podermos fazer muito, porque existem coisas que têm de passar pelo médico primeiro e nem sempre a filosofia do médico é a de não tratar...” (E9)

De facto este factor de desgaste emocional, reconhecido como penoso reflecte acima de tudo a divergência de objectivos entre os profissionais de saúde, que deveria ser comum. Os cuidados paliativos são considerados activos e globais, na aproximação à pessoa com doença grave, evolutiva e crónica. São defendidos como interdisciplinares, no alívio da dor e do sofrimento psicológico, social e espiritual (Neves; Pacheco, 2000).

No discurso dos entrevistados sobressai precisamente a ausência de interdisciplinaridade, na existência de lacunas a nível de intervenção terapêutica, de acompanhamento dos doentes em fase terminal no serviço, no défice de preparação de uma morte que deveria ser serena e apoiada. E é essa mesma lacuna que se constitui penosa, expressa na impotência e na revolta.

A *comunicação de más notícias* aos doentes e familiares é também considerada por um dos entrevistados, aliada ao desgaste, já referido, como associado à morte e à identificação com o doente e família:

“ (...) é que é desgastante ter de acompanhar as famílias, ver as pessoas morrerem, ver as crianças a ficarem sem mães, sem pais...pais a ficarem sem filhos...jovens...e termos de ser nós a falar com eles...” (E6)

O desgaste causado pela comunicação das más notícias deve-se segundo Buckman (1984) ao medo de que a transmissão de informação possa alterar drasticamente a perspectiva que o doente tem do futuro, aliado ao medo de vir a ser culpabilizado, de desencadear reacções para as quais não está preparado; de expressar emoções; de não saber responder a todas as questões ou devido simplesmente por um medo pessoal de doença e da morte.

A *impossibilidade da maioria dos familiares acompanhar permanentemente o doente em fase terminal* é considerada também como um aspecto penoso no cuidar em oncologia, como partilha connosco um entrevistado:

“ (...) o aspecto físico, estrutural...é também muito desgastante, porque nós temos famílias que querem acompanhar os doentes até ao momento da morte e não é possível!” (E8)

Estes factores ambientais, físicos e estruturais, têm sofrido ao longo dos tempos uma constante mudança, pelas necessidades cada vez maiores da pessoa, cuja esperança de vida aumenta, assim como o carácter de cronicidade das doenças sofridas.

A impossibilidade de familiares poderem acompanhar permanentemente o doente em fim de vida, é por si só motivo de frustração e desgaste, como desabafa o entrevistado, no confronto com a deontologia profissional e com os direitos dos doentes. Neves e Pacheco (2004) consideram que a hospitalização e a doença obrigam as famílias a uma total e profunda alteração do viver, pela redistribuição de papéis, nas suas normas e rotinas, estilos e rituais. Defende que as instituições hospitalares, desencorajam o papel da família como cuidadora do seu doente, não permitindo o seu acompanhamento efectivo. Carapinheiro (1998) complementa esta ideia considerando que o modo particular de ordenamento dos espaços físicos padroniza quotidianos e influencia os cuidados mais ou menos individualizados, prestados aos doentes.

Os aspectos penosos que se seguem dizem respeito ao trabalho interdisciplinar, aos objectivos comuns de uma equipa, ou à ausência destes. Curiosamente Neto (2004) evidencia que a principal causa de stresse nos profissionais de saúde que prestam cuidados a doentes em fim de vida, se relaciona com as tensões do trabalho de equipa, aparecendo depois os aspectos relacionados com os constrangimentos conjunturais e só depois surgem as questões relacionadas com a morte e com o sofrimento.

De forma semelhante, mas ainda assim numa percentagem menor em relação ao carácter contagioso das emoções ligadas aos sofrimento e à morte, no presente estudo metade dos entrevistados, consideram desgastante o *défice de comunicação/cooperação entre a equipa de enfermagem e médica*, como se constata:

“ (...) o que mais me desgasta é a falta de comunicação com os médicos... quantas vezes nós somos os últimos a saber... quer dizer... é frustrante...” (E5)

“ (...) há uma falta de comunicação entre médicos e enfermeiros... tudo bem, damos-nos todos muito bem mas depois a nossa opinião para eles não contam... e nós ficamos sempre de pé atrás em relação às medidas deles” (E8)

“ (...) o que me desgasta mais é a falta de cooperação e comunicação entre todos os profissionais de saúde deste serviço... principalmente médicos e enfermeiros (...) às vezes não se caminha para o mesmo sentido” (E9)

A relação enfermeiro-doente surge desta forma enquadrada numa teia de relações complexas, num sistema de interações considerado pelos entrevistados como pouco eficaz e frustrante.

Na realidade as equipas de saúde são descritas e exigidas cada vez mais como multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares, cuja participação deve ser comum, o que não significa que o sejam democraticamente. Neves e Pacheco (2004) consideram que esta proposta de intervenção complementar e articulada rumo a um objectivo comum convive na prática do dia a dia com a sombra espessa de um conjunto de saberes, poderes, competições e culturas muito próprias das diferentes profissões.

As *intervenções de enfermagem sob prescrição médica*, surgem na sequência da referida (falta de) cooperação entre profissionais, conforme constatamos nas palavras de um entrevistado:

“...o meu desgaste é com a parte médica (...) existem coisas que tenho mesmo de fazer... penso muitas vezes que fiz isso e não devia ter feito... revolta-me fazerem coisas só porque o senhor doutor manda” (E3)

Deixando o entrevistado transparecer, num tom misto de revolta e aceitação, a hierarquia de saberes e poderes. Carapinheiro (1998) fala desta eventual limitação do trabalho, relacionada com as situações de subordinação, na contenção e restrição de domínios de acção profissional.

Também a **realização de técnicas invasivas** e o **encarniçamento terapêutico**, surgem, na relação com intervenções e prescrições médicas, como aspectos penosos, conforme verificamos na leitura de alguns excertos das entrevistas:

“ (...) sinto muita revolta...contra a parte médica...não sabem parar com as medidas invasivas...não se sabe ajudar as pessoas a morrerem” (E1)

“ (...) não se usam todas as formas de dar conforto ao doente...é de lamentar que o doente tenha de ir fazer exames invasivos (...) com desconforto” (E2)

“ (...) o encarniçamento terapêutico...sim isso desgasta-me muito...os doente a maioria das vezes só querem morrer tranquilamente” (E9)

Note-se que mais uma vez sobressai nos discursos dos entrevistados uma certa revolta face a intervenções que venham a prolongar e mesmo agravar o sofrimento do doente, na consciência que um dos objectivos principais dos cuidados paliativos, passa por ter como cerne o bem-estar e a qualidade de vida do doente, devendo-se atender às vontades, não recorrendo jamais a medidas agressivas (Neto, 2004).

Marques no livro *Territórios da Psicologia Oncológica* de Durá et al (2002) considera que face à complexidade inerente ao cuidar do doente oncológico, existirá sempre na consciência de cada um, o bom e o mau, numa relação entre qualidade de vida vs preferência do doente vs indicações médicas vs factores contextuais. O autor fala numa multiplicidade de alternativas e decisões, que caem em “catadupa” sobre o médico, sugerindo que a intenção individual que deve ser boa, na prioridade ao alívio do sofrimento, dor e sintomas e na omissão ou suspensão de medidas agressivas.

Lopes (2006) parece não contestar a utilização de todo um arsenal terapêutico, questionando sim a forma como muitas vezes é utilizado. Levantando a retórica questão do que será pior, se o sofrimento inerente à doença, se o sofrimento inerente ao tratamento.

A **relação com a família do doente oncológico** surge também como um factor penoso. De facto a família surge não apenas como um meio de suporte do doente oncológico mas também ela objecto de cuidado. A existência de doença oncológica num dos seus elementos altera as suas funções, os seus papéis, a sua dinâmica. Também ela enfrenta com insegurança o desconhecido, os mitos e os medos aliados ao cancro e por isso também ela pode reagir com agressividade, negação e labilidade. Aquando internamento nem sempre a família consegue conciliar a doença e o investimento decorrente com a sua vida exterior, nem sempre o quer ou nem sempre o consegue e tal facto torna-se desgastante na **indiferença/abandono do doente**:

“ (...) também me desgasta a família dos doentes, que muitas vezes vêm só por vir e ficam ali sentados a ler o jornal e quando é a altura da alta não têm condições para ter o doente em casa” (E5)

E na **ansiedade dos familiares**, que se pode manifestar de uma forma apelativa e desgastante para o profissional de saúde:

“ (...) o lidar com a família...quase sempre é mais desgastante lidar com as famílias...com a ansiedade e vulnerabilidade de quem fica...” (E7)

As reacções emocionais da família são essencialmente determinadas por sentimentos acerca do doente e da sua doença. Quando o doente é afastado do meio familiar devido a uma situação de internamento hospitalar, por doença oncológica, a família experimenta emoções e sentimentos, que emergem também da relação com os profissionais de saúde, passando muitas vezes para eles a angústia, a ansiedade e o medo que escondem ou negam, como se de um porto seguro se tratasse (Martins, 1999).

Para Kubler Ross (1994) a preocupação pelo desconforto que atinge os familiares dos doentes oncológicos, associada à dificuldade que os enfermeiros têm em evitá-los, mais do que qualquer outro técnico de saúde, no embaraço em responder a perguntas acerca do prognóstico, faz com que a família seja referenciada como difícil e por vezes tendenciosa, no sentido de os culpar do eventual desconforto ou mau estar dos doentes. Estes eventuais tipos de problemas podem ser desencadeantes de stresse e esgotamento emocional no enfermeiro.

O desgaste emocional causado pela prestação continua de cuidados ao doente oncológico e família

O desgaste emocional é um tipo de sentimento que deriva de outro tipo de sentimento, que é a fadiga, chamando a atenção para as capacidades e limites físicos e psicológicos do ser humano (Damásio, 2003). Surge também como um dos primeiros sintomas de *burnout*, aliado a uma despersonalização e redução da realização pessoal, devendo ser encarado com cuidado, visando a sua prevenção (Queirós, 1998).

A razão de ser enquanto categoria prende-se ao reconhecimento uníssono da sua existência e importância, conferidas pelos entrevistados, estando o desgaste emocional relacionado com vários aspectos desgastantes e gratificantes aliados ao cuidar em oncologia, resultantes de uma prática de cuidados continuada.

Com consequências físicas e psicológicas, o desgaste emocional parece depender também das características pessoais e profissionais, como se constata no Quadro nº11.

Quadro nº 11 – Desgaste emocional

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	CÓDIGOS DE INTERPRETAÇÃO	FREQUÊNCIA	ENTREVISTADOS
Desgaste emocional	Consequências físicas e psicológicas	Esgotamento; fadiga; tensão; stresse; saturação; desmotivação; auto-pena; apatia; sensação de vazio; sensação de sobrecarga emocional	18	10
	Relação com as características pessoais e profissionais	Relação com os estados de humor	4	3

FONTE: Entrevistas

Significa que todos os entrevistados confessam, não em relação a uma experiência emocional específica, mas na globalidade da vivência emocional do cuidar do doente oncológico, terem-se sentido desgastados emocionalmente, sofrendo com isso *consequências físicas, emocionais e psicológicas*:

“Sinto-me quase sempre esgotada emocionalmente...acho que todos os dias e agora mais...porque me apercebo mais, porque me ligo mais às vezes sinto que chego ao meu limiar emocional...fico cansada, desmotivada...desgastada” (E6)

“ (...) isto é penoso (...) e é nas alturas em que estou mais esgotada que penso que talvez os outros tenham razão...porque sinto pena de mim, porque tenho que assistir a tudo isto” (E7)

“ (...) o cansaço emocional tem picos, às vezes sinto-me muito cansado emocionalmente, tenho a impressão que depois do adeus é isto que fica...parece que me sugam as energias...e chego lá fora e fico assim um bocado apático (...) porque às vezes às pessoas a quem nós prestamos cuidados estão tão carentes emocionalmente que nos sugam as energias...e ficamos a sim...meio vazios, cansados...” (E8)

“ (...) é um trabalho que cansa...às vezes sai-se daqui esgotado, sem energias...vazio de nós e cheios dos outros...do seu sofrimento, da sua dor...” (E9)

As razões que levam os entrevistados a referirem em uníssono que já se sentiram e sentem muitas vezes desgastados emocionalmente, prendem-se na sua maioria aos aspectos penosos já referidos anteriormente, mas prendem-se também às características individuais de cada um, *na relação com os seus estados de humor* e de espírito:

“ (...) há dias em que estou mais aberta aos problemas deles e outros nem por isso...também tenho os meus problemas, os meus estados de espírito...e dependendo deles assim me envolvo mais ou menos...assim sofro mais ou menos...” (E3)

“ (...) quando não estamos tão bem ficamos ainda mais esgotados...porque somos assim...temos picos de humor...e quando não estás tão bem, tudo te toca mais (...) nos dias em que estás mais sensível...as experiências que vives podem ser mais penosas...” (E10)

Estes estados de humor e de espírito, assim designados, são estados corporais designados por Damásio (1998) de sentimentos de fundo, não tendo por isso origem em estados emocionais. São caracterizados em analogia a uma paisagem serena não agitada pelas emoções, estando implícito o humor. A alteração do fluxo e refluxo dos conteúdos dos sentimentos de fundo contribuem para um bom ou um mau humor. Outros

sentimentos de fundo mais proeminentes também referidos por alguns entrevistados prendem-se à fadiga, à energia, à tensão e ao entusiasmo ou falta dele.

Os enfermeiros são dos profissionais de saúde mais susceptíveis ao risco de desgaste e stresse emocional, pelo contacto mais próximo com forças emocionais constantes e no lidar exaustivo com os outros. Loff (2000) corrobora esta ideia considerando que os enfermeiros estão exposto a um stresse quase crónico, não só devido aos riscos profissionais aliados à oncologia, no sofrimento e na morte, mas também devido a sobrecargas no trabalho e lacunas a nível de apoios e comunicação.

É fundamental despistar problemas maiores causados pela exposição prolongada ao stresse, sob o risco de se tornar patológico com consequências dramáticas para o prestador de cuidados, doente e para a própria instituição.

O desgaste emocional constitui um risco, podendo levar ao *burnout*, como foi anteriormente referido. Recorde-se que todos os entrevistados referem ter sentido, de alguma forma, ainda que menos intensa, essa exaustão, esse cansaço, na sensação de esgotamento; fadiga; tensão; stresse; saturação; desmotivação; auto-pena; apatia; sensação de vazio; e sensação de sobrecarga emocional. Mercadier (2004) diz que sensações semelhantes às descritas como de vazio, cansaço e desmotivação, são preocupantes, sendo impossíveis de considerar fora da influência da vida familiar e profissional. Os seus efeitos podem ser avassaladores pessoal e profissionalmente e não devem ser jamais ignorados.

3.3 – MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS

Diz-nos Hennezel (2001) que a melhor forma de viver a experiência de cuidar é vivê-la de uma forma desarmada, não banalizando a morte, o sofrimento, a doença...aprendendo com as coisas boas mas também com as coisas más. Não há dúvida que o contacto com o doente oncológico é benéfico, incitador de um desenvolvimento pessoal e profissional já anteriormente reconhecidos, mas também é referido como penoso, na sensação de derrota, de desgaste emocional.

Estudos realizados, já referidos ao longo do trabalho, revelam que os enfermeiros são o grupo profissional que mais vive situações stressantes, no desempenho de um complexo “trabalho emocional”, num risco altamente prejudicial para a sua vida profissional e até pessoal.

Neste reconhecimento, nesta relação mais ou menos distante, neste emaranhar de emoções e tensões, no palco da vida, os enfermeiros lidam de forma característica, pessoal e até institucional, com o stresse que vivem, e fazem-no com acesso a estratégias de coping, alterando a percepção do problema ou tentando resolvê-lo.

São assim descritas pelos entrevistados diferentes formas de protecção face às diferentes experiências emocionais vividas, no alívio da pressão e dos conflitos organizacionais, do desgaste emocional, da multiplicidade de emoções e sentimentos vividos, pelo recurso a **estratégias pessoais** e a formas de **suporte emocional externo**, conforme verificamos no Quadro nº12, abaixo descrito.

Quadro nº12 – Mecanismos de gestão das experiências emocionais

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS
MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS	ESTRATÉGIAS PESSOAIS
	SUORTE EMOCIONAL EXTERNO

FONTE: Entrevistas

Estratégias pessoais

Na necessidade constante de preservação o ser humano desenvolve competências pessoais, cognitivas e comportamentais, de forma a gerir as exigências específicas, internas e externas. Assim emerge o *coping*, como estratégia de gestão pessoal, na manutenção do equilíbrio homeostático (Lazarus e Folkman; 1984).

No discurso dos entrevistados verificámos o uso de variadas estratégias de gestão das experiências emocionais, na utilização do coping orientado para a resolução de problemas e do coping orientado para o controlo das emoções, conforme se pode constatar no Quadro nº 13.

Quadro nº13 – Estratégias pessoais de gestão das experiências emocionais

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	CÓDIGOS DE INTERPRETAÇÃO	FREQUÊNCIA	ENTREVISTADOS
Estratégias pessoais de gestão	Coping orientado para a resolução de problemas	Actividades lúdicas e recreativas; Exercício físico; Suporte por parte da família e amigos	13	10
		Banalização da morte	2	2
		Resolução imediata dos problemas pessoais e profissionais	1	1
	Coping orientado para o controlo das emoções	Isolamento	5	4
		Distanciamento do pensamento	11	5
		Humor/Brincar no cuidar	6	4
		Projeção	3	3
		Negação	1	1
		Objectividade no cuidar	4	3
		Fuga ao cuidar	4	2
		Imposição de limites na relação estabelecida com o doente e família	2	1

FONTE: Entrevistas

O Coping orientado para a resolução de problemas surge como um mecanismo de preservação activo, focalizado no problema, na mobilização de estratégias que visam uma análise da situação e são voltadas para a realidade (Lazarus e Folkman, 1984).

O recurso ao *suporte social e a adopção de estilos de vida saudáveis* é disso exemplo como relatam alguns dos entrevistados:

“...canalizo...em artes...gosto de pintar porcelanas, bonecos...obrigo-me a estar concentrada...em estar ocupada em pequenos pormenores... é uma terapia para mim” (E1)

“ (...) quando saio daqui tento compensar com outras coisas...sair com os amigos, ir ao teatro, cinema, ver televisão, filmes...” (E2)

“ (...) tento compensar com a minha com a minha vida lá fora...partilhar com a minha família...viajar...não ignorar o que vivo aqui mas centrar-me nas coisas boas da vida...” (E6)

“ (...) tento que a minha vida lá fora me compense de alguma forma daquilo que vejo e vivo aqui dentro...tento viajar mais, rir mais, viver mais... ☺” (E9)

A maioria dos entrevistados recorre a estratégias focalizadas na resolução do problema, reconhecendo-o e reconhecendo que é fundamental canalizarem as suas experiências emocionais negativas em actividades das quais possam resultar prazer, numa espécie de compensação e valorização da vida.

Também a *consciencialização das necessidades e a resolução imediata dos problemas*, surgem como mecanismo de coping, aliados à necessidade, reconhecida metaforicamente por alguns entrevistados, de manterem uma vida pessoal equilibrada, influenciada mas prontamente controlada pelos recursos pessoais:

“ (...) se numa situação normal de vida é importante termos uma boa higiene mental quando nós vivemos diariamente situações de sofrimento muito mais (...) recorrendo a mecanismos que passam por fazer aquilo que posso e consigo de forma a quando saio da porta do serviço não deixe assuntos e problemas pendentes...” (E8)

Alguns entrevistados consideram ainda que a **banalização da própria morte**, sendo simultaneamente uma consequência da prestação continuada de cuidados ao doente em fase terminal, é também uma forma de defesa, na consciencialização da sua morte, na aceitação do outro:

“Uso principalmente como forma de defesa a banalização da minha morte...sei que vou morrer um dia independentemente de ter ou não uma doença oncológica...porque achava que não ia morrer, que não ia ter uma doença oncológica e afinal aconteceu-me a mim...” (E3)

“ (...) banalizamos mais a nossa morte...como vivemos com ela...achamos que é normal uma pessoa morrer...” (E10)

Serra (1999) considera que todas estas estratégias de lidar com as experiências mais ou menos stressantes, focalizando o problema, são essenciais e devem ser desenvolvidas cada vez mais, uma vez que visam estabelecer um plano de acção de forma a eliminar a fonte de perturbação.

Se bem utilizados os mecanismos de coping são sem dúvida alguma indutores de crescimento e desenvolvimento psicológico na preservação e prevenção de problemas maiores, no entanto os esforços para gerir as necessidades internas e externas e os conflitos entre elas, embora úteis, transportam consigo por vezes sentimentos de defesa perigosos e retaliação.

Este mecanismo de preservação passivo, focalizado na emoção chamado de **coping orientado para o controlo das emoções**, é referido como utilizado sob a forma de isolamento; distanciamento do pensamento; imposição de limites na relação estabelecida com o doente e família; fuga; objectividade no cuidar; humor; projecção e negação, por todos os entrevistados.

O **isolamento** surge como uma forma de distanciamento do problema, numa discrepância entre o tipo de relações sociais desejadas e aquelas que são realizadas efectivamente (Neto, 1992). Surge associado ao distanciamento, entrelaçado com o desejo de não fazer ou querer sofrer, como se de um casulo se tratasse, conforme se encontra nas palavras descritas:

“ (...) a minha filha também é enfermeira...mas não falo com ela do serviço...porque eu é que sinto...é meu...isolo-me e fico no meu cantinho, tentando abstrair-me de tudo...as pessoas são outras pessoas e não sentem da mesma maneira...” (E1)

“ (...) não vou falar destas situações com as outras pessoas, porque as pessoas não nos entendem ou porque não podemos mesmo falar pelo segredo profissional que ao silêncio nos obriga...e acabo por me fechar um pouco” (E3)

Na complexidade inerente a este tipo de mecanismo de defesa os entrevistados parecem isolar-se porque sentem as suas experiências como algo seu, uma intimidade que não pode ou não deve ser revelada sob pena de ser incompreendida ou sancionada. Por outro lado reconhecem no isolamento a necessidade de ajuda, de apoio, como se a intervenção do outro devesse ser adivinhada, sem ser porém solicitada, como partilha um entrevistado:

“ (...) fecho-me e tento não falar das situações que vivo aqui com as pessoas... mas gostava que as pessoas me dessem suporte, atenção, boa disposição...sem lhes mostrar o que sinto...sem dizer que se estou chateada é por causa do trabalho... ☹” (E5)

Associado ao isolamento surge o ***distanciamento do pensamento***, sendo o mecanismo de coping centrado nas emoções mais referido pelos entrevistados, que confidenciam usarem e terem usado esta forma de protecção em situações penosas emocionalmente:

“ (...) desde o início que consigo manter a distância (...) consigo diferenciar o estar aqui e depois sair e consigo “desligar” do que vivo aqui dentro (...) acho que é uma maneira de me defender, de me refugiar, não levando para fora as situações que se passam cá dentro...” (E2)

“Eu tento-me desligar um bocadinho...sei que é para me defender mas tento não saber de nada, nem se tem filhos, nem o que faz...” (E6)

“ (...) temos que manter a distância...se nos envolvermos demasiados com as pessoas acabamos por sofrer como elas e aí não conseguiríamos tratar das pessoas...” (E10)

Diogo (2004) considera que este tipo de forma de protecção surge quando o pensamento é bloqueado ou desviado do foco de atenção da experiência emocional. O que significa que mesmo que persista a sua presença, existirá um controlo simultâneo da emoção e do sentimento.

Na ***imposição de limites na relação estabelecida com o doente e família***, o distanciamento surge também, no evitar de viver determinada experiência emocional, na protecção do próprio:

“ (...) eu tento estabelecer um limite claro nas relações que estabeleço...entre aquilo que eu posso fazer e aquilo que eu tenho que fazer e não ir além disso...ao ponto de não sofrer com a pessoa...percebes? Agora eu não sei se com estes mecanismos todos de coping...de protecção, eu não me escondo demasiado...e acabo por não me envolver emocionalmente com a pessoa...” (E8)

Este excerto da entrevista traduz o que foi referido anteriormente por alguns entrevistados face à relação estabelecida com o doente e familiares, descrita como marcante mas simultaneamente como desgastante, aquando grande proximidade.

Isikhan (2004) considera que o envolvimento excessivo com os doentes pode contribuir para a fadiga ou *burnout*. Não obstante Benner (2001) defende que as técnicas que visam o distanciamento entre o enfermeiro e o doente, na maioria das vezes protegem insuficientemente o prestador de cuidados da dor da situação, impedindo-o ao

mesmo tempo, de aproveitar os recursos e as possibilidades que emergem da relação de cuidados.

Nesta dicotomia sobe ao palco o distanciamento, a imposição de limites, a fuga, ficando atrás do pano, o medo do envolvimento, o medo do desgaste emocional, o instinto mais profundo de sobrevivência.

A *fuga* é também referida, numa necessidade de afastamento dos cuidados:

“ (...) fugia do doente e mesmo à família...e acabei por não partilhar as palavras, as exigências...que acabava por ser vivido por ele...e ele não se refugiava, ele partilhava muito o que sentia...partilhava a morte” (E7)

“ (...) às vezes não há tempo para estabelecer uma relação que nos permita abordar determinados aspectos da forma como as coisas são (...) eu vejo-me muitas vezes a fugir, a escapar ...penso que é uma questão que terei de trabalhar...” (E8)

Devido ao tempo, tempo pessoal na disponibilidade, tempo do outro, na verdade e no medo, o corte, entre o suposto dever profissional e as capacidades pessoais.

Alguns entrevistados parecem conseguir gerir as situações do momento, sem se envolverem demasiado emocionalmente, de forma a conseguirem manter uma, reconhecida, necessidade de *objectividade nos cuidados prestados*:

“ (...) assim deve ser a relação terapêutica...objectiva e sem um envolvimento demasiado, acima de tudo sou um técnico e estou aqui para cumprir com a minha tarefa” (E9)

“ (...) temos que pensar que somos técnicos (...) não é como os automóveis, porque tratamos de pessoas mas até certo ponto temos que objectivar as coisas” (E10)

O privilegiar da técnica, o objectivar da natureza humana, a sensação de dever cumprido parece envolver-se, nas palavras dos entrevistados, com os sentimentos de inadequação e de resignação, numa tentativa mais ou menos eficaz, mais ou menos consciente de protecção da integridade de quem cuida. Pires e Aronson (1989) já haviam alertado para este facto, no perigo da qualidade dos cuidados deteriorar-se, porque o seu principal instrumento para o sucesso, a preocupação com o outro, vê-se menosprezado na necessidade de auto-preservação, consciente e inconsciente, dos prestadores de cuidados.

O *humor* é também referido como uma forma de preservação, por muitos entrevistados:

“ (...) nós somos uma equipa jovem e eu acho que é isso que nos mantém mentalmente equilibrados...porque sabemos brincar...brincar até com a desgraça...que é mesmo assim...porque não tem a ver com gozar, nada disso (...) porque nos é complicado lidarmos com a maioria das situações...” (E3)

“ (...) muitas vezes rimos...e rimos muito...e o rir é uma forma de defesa sem dívida nenhuma...é como diz a canção “rio para não chorar”...e é mesmo isso, na maioria das vezes ridicularizamos a situação para não sofrermos tanto” (E3)

“E conversamos e rimos ...contamos anedotas nas enfermarias...alivia a carga...às vezes até os outros doentes vão à nossa enfermaria mandar-nos calar...e isso é sinal de que se sentem bem comigo ☺” (E4)

O rir, o brincar, são algumas das formas de humor, descritas como formas de compensação da tristeza, da desgraça, do sofrimento... como que assumindo baixinho a penosidade, como que substituindo o mau pelo bom, como que ignorando o “complicado”, o “pesado”. Aliviar a carga, simplesmente partilhar ou simplesmente fugir ao confronto com a realidade? Riley (2004) fala do uso do humor como forma de experimentar a vida, como um modo de estar, que permite a libertação da conformidade; o contacto com o eu autêntico e espontâneo; o libertar do stresse; e o lidar com conflitos pessoais e sociais. Usar o humor, pode promover a relação, a solidariedade, aliviar tensões e libertar hostilidades, mas também pode constituir-se como algo perigoso. Enquanto mecanismo de coping centralizado no controlo das emoções, que é, pode implicar ou levar à negação da realidade. Nas palavras dos entrevistados encontramos um humor que os ajuda a gerirem situações complicadas, ligadas ao sofrimento e simultaneamente um humor de fortalece a relação entre colegas e com os doentes, mas este humor parece também esconder o que os magoa. A sua consciencialização é de referir, porque como defende Damásio (2003) qualquer emoção negativa só poderá ser superada com uma emoção contrária mais forte, a tristeza só poderá ser superada com a alegria.

A **projecção** é outro mecanismo de coping usado e referido. Um dos entrevistados refere, de uma forma mais objectiva, usar a projecção, projectando para si a experiência do outro:

“ (...) morre tanta gente (...) nós acabamos para trazer para nós essas experiências...e se fosse comigo? E se fosse o meu filho? Eu depois de ter tido o meu filho fiquei muito mais preocupada e sofrida face às mães que perdem aqui os filhos ☹” (E4)

No entanto a maioria dos entrevistados fala não especificando, da forma como a vivência dos doentes altera a sua forma de vida pensando que também lhes pode acontecer o mesmo, uns falam de pensamentos hipocondríacos, outros de um acentuar na preocupação com a saúde:

“ (...) nós pensamos mais que qualquer sintoma é indicio de cancro...e isso é negativo, porque ficamos mais preocupados, mais desconfiados...” (E7)

“ (...) às vezes perdemos a noção do real, muitas vezes projectamos para nós e temos que descer a escada e passar para as coisas normais...uma pessoa tem uma dôr no pé e começa logo a pensar que tem alguma coisa óssea...e tem essa parte negativa” (E10)

Os que referiram usar ou ter usado a projecção conotaram-na como algo negativo, à semelhança do considerado do Lazarus e Folkman (1984) na eventualidade de poder contribuir para o desenvolvimento de tendências delirantes, na culpabilização do outro ou do próprio.

A *negação* é o último dos mecanismos de coping centrado no controlo das emoções referido, na tentativa de negar e no uso simultâneo do distanciamento do pensamento:

“ (...) *tento pensar que não existem estas histórias de morte e sofrimento...*” (E5)

Sendo geralmente a primeira forma de defesa que se aprende, surge geralmente de forma inconsciente e pode conduzir a perturbações dissociativas e ao recalçamento (Lazarus; Folkman, 1984).

Num estudo realizado por Sherman sobre o stresse e *burnout* nos enfermeiros, referenciado por Costa e Josefino (2005), encontramos a confirmação de que os enfermeiros devem reconhecer os seus sinais e sintomas de stresse, usando estratégias de auto-cuidado, que permitam um reequilíbrio físico, emocional, mental e espiritual, de forma a ultrapassarem as mais variadas fontes de stresse. Desta forma o enfermeiro poderá continuar a prestar cuidados verdadeiramente próximos do outro.

Há ainda que referir que para alguns entrevistados, as experiências passadas constituíram elementos favorecedores aquando situações stressantes, no desenvolvimento de um *background*, contudo o pessimismo aliado a algumas personalidades; *life-events* negativos e traumáticos; ansiedade patológica; suporte social pouco eficaz, podem constituir-se como perfis psicológicos de risco face ao stresse.

De facto os enfermeiros à semelhança de qualquer ser humano, dispõem de recursos pessoais, internos, conscientes e inconscientes, que usam face às contrariedades que encontram. Apesar de distintos os entrevistados referem usar ambos os mecanismos, alguns com consciência desse facto. Para além disso os enfermeiros do estudo salientam ainda a utilização de suporte emocional externo.

Suporte emocional externo

Para além das estratégias pessoais desenvolvidas face às múltiplas experiências emocionais decorrentes da prestação de cuidados ao doente oncológico, os prestadores de cuidados socorrem-se de diversos meios externos para manter o equilíbrio emocional, para controlarem os afectos, fora e dentro do hospital. Assim consideram os entrevistados, referindo formas de suporte emocional externo como a partilha informal e

formal de emoções, sugerindo ainda, no reconhecimento da sua importância, outras formas de suporte organizacional, como constatamos no Quadro nº 14.

Quadro nº14 – Suporte emocional externo

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	CÓDIGOS DE INTERPRETAÇÃO	FREQUÊNCIA	ENTREVISTADOS
Suporte emocional externo	Partilha informal das emoções	Partilha de vivências/suporte mútuo entre colegas de equipa e do serviço face a situações de desgaste	8	7
		Partilha de vivências com a família e amigos	1	1
	Partilha formal das emoções	Passagens de turno	2	2
	Sugestões de suporte organizacional	Intervenção de um técnico especializado conhecedor das rotinas do serviço e das características pessoais de cada profissional	5	5
		Reuniões multidisciplinares de partilha de experiências	7	6
		Sessões de relaxamento / Técnicas de descontração	4	4
		Existência de grupos de apoio, facilitadores da partilha de emoções	2	2
		Intervenção do serviço de saúde ocupacional	3	3

FONTE: Entrevistas

A **partilha informal de emoções** é referida como realizada na sua maioria entre colegas de equipa e do serviço face a situações de desgaste e por uma pequena minoria entre amigos e familiares.

Segundo os entrevistados, o facto de terem uma chefe reconhecida como excepcional e o facto de trabalharem numa equipa jovem e coesa, permite-lhes saberem com aquilo que podem contar, numa manutenção quase segura do equilíbrio emocional:

“ (...) a necessidade de apoio especializado acaba por não se sentir porque no próprio serviço as emoções são partilhadas uns com os outros...temos uma boa equipa, uma chefe excepcional ...e isso é uma mais valia porque acaba por ajudar a manter o equilíbrio” (E10)

Esta **partilha de vivências/suporte mútuo entre colegas de equipa e do serviço** permite-lhes assim buscar auxílio aquando situações consideradas difíceis e complexas, conforme referem a maioria dos entrevistados. É como se pretendem-se o suporte, na identificação, na certeza de que o colega certamente sente, sentiu ou sentirá o mesmo:

“ (...) acho que passei a transmitir com mais facilidade aos outros a minha maneira de viver, as minhas frustrações e medos... e isso ajuda-me a não levar as coisas a trás... alivia a minha carga ... porque a partilho com aqueles que também a têm...” (E3)

“ (...) acabamos por nos suportarmos umas às outras...tenho aqui colegas e amigas...muitas vezes vamos sair e acabamos por partilhar situações que no dia a dia nos chocaram, que nos magoaram...que...interferiram connosco” (E4)

O apoio entre colegas, como verificado, transcende muitas das vezes o espaço físico da acção, numa necessidade que parece imperiosa de partilhar as histórias:

“ (...) muitas vezes vamos a um jantar de enfermeiros e não se fala de outra coisa que não seja do que fazemos aqui...por incrível que pareça...quer seja um jantar de natal, uma despedida de solteira...fala-se sempre do que vivemos aqui...às vezes até pedimos desculpas às pessoas que não fazem parte do serviço ou que não são enfermeiros...lá está...é o que temos recalcado a vir à tona...no minimizar do sofrimento, das nossas dores” (E5)

“ (...) aproveitamos a hora de almoço, o tempo livre e falamos sobre os acontecimentos...e se calhar é por causa disso que não tenho vontade de falar lá fora...” (E8)

De facto a confiança no colega, referido muitas vezes como amigo, no desempenho comum de uma peça, permite aliviar a tensão, num apoio emocional comum. Serra, referenciado por Costa e Josefino (2005), considera igualmente que a pessoa geralmente encontra maior empatia e compreensão por parte daqueles que atravessam ou atravessaram situações semelhantes. E assim é. Quanto mais próximas as pessoas estiverem umas das outras, quanto mais comum for a vivência, maior será a confiança, e por isso mais facilitada estará a manifestação de sentimentos e emoções:

“ (...) passa pela partilha...com os colegas...alivia...temos a abertura para dizer - vai tu ter com aquele doente, com a família (...) há descontração ...não nos sentimos inibidas de falar das situações...são encontros informais que ajudam muito...” (E7)

Mas se o local de trabalho e os colegas, que partilham da força e da vulnerabilidade resultantes da vivência emocional, parecem ser os mais “aptos” na partilha informal de emoções, pela vida comum e pela disponibilidade, a partilha de *vivências com a família e amigos* é também considerada pelos entrevistados, ainda que em menor frequência:

“ (...) e por não haver nenhuma entidade no instituto com essa função acabamos também por recorrer à partilha quer com a família, quer com os amigos...” (E4)

A partilha de emoções surge assim como algo inevitavelmente necessário, reconhecida como libertadora de tensões e de eventuais pesadas cargas emocionais. Esta **partilha** pode também decorrer de forma **formal**, como a verificada nas vulgarmente designadas “*passagens de turno*”:

“ (...) as nossas passagens de turno começam às três e meia e terminam muitas vezes às seis...temos um serviço enorme de 48 doentes, não temos um plano de cuidados portanto fazemos essa partilha de informação, de tudo o que mexeu connosco ali...se achamos que é importante desabafar...aliás eu atraso imenso as passagens de turno porque partilho...” (E3)

“ (...) muitas vezes na passagem de turno falamos sobre aquilo que nos chateia, que nos faz sofrer...nós vamos mandando cá para fora...” (E5)

Para Carapinheiro (1998) o ordenamento do espaço físico é fundamental, nas partilhas sociais, na padronização de rotinas. Considera que as salas de enfermagem, onde decorrem as passagens de turno, são áreas de actuação de retaguarda. Verdadeiros bastidores onde se entrecruzam conversas e onde se tecem cumplicidades. São pelos entrevistados assim reconhecidas, na necessidade de partilhar, de forma acessível e livre, ainda que formal, as emoções.

De facto esta procura formal ou informal, de alguém para partilhar, está também relacionada, como nos referem, com a reconhecida ausência de suporte organizacional, na não intervenção de uma entidade ou técnico especializado.

Os entrevistados reconhecem a máxima de Hesbeen (2001) de que quem cuida deve também ser cuidado. Por isso, numa referência, muitas vezes humorística mas indiscutivelmente frustrante, partilham experiências anteriores de intervenções especializadas em âmbito académico ou simplesmente experimental:

“ (...) houve uma vez uma experiência em que semanalmente as pessoas se reuniam para falar com uma psicóloga mas depois foi assim também um pouco...sol de pouca dura...”
(E1)

“ (...) houve em tempos uma psicóloga aqui do serviço que porque precisava de fazer um trabalho quis que obrigatoriamente os enfermeiros fossem lá para desabafar...a partir daí nunca mais pediu para lá irmos...” (E3)

“A algum tempo a trás...acho que houve uma vez uma entrevista com uma psicóloga aqui da instituição, mas nunca mais disse nada...se calhar achou que eu não precisava... @mas acho que ninguém mais voltou a ser chamado...” (E4)

De entre muitas sugestões de suporte organizacional, referem a necessidade de **intervenção de um técnico especializado** conhecedor das rotinas do serviço e das características pessoais de cada profissional:

“ (...) acho que deveria haver alguém com funções definidas que nos apoiasse cada um, dando atenção aos seus problemas...problemas daqui mas também problemas lá de fora...e assim como eu saí daqui e dispo a farda eu também entro aqui e visto a farda” (E5)

“ (...) um apoio de uma pessoa com conhecimentos específicos...mas teria de ser planeado e com tempo...uma coisa organizada ...não poderia aparecer alguém e de um dia para o outro, sem conhecer a nossa cultura, sem nos conhecer” (E7)

“ (...) um apoio especializado teria de ser gradual e próximo...as pessoas teriam de estar perto de nós (...) seria certamente uma mais valia para o serviço...as pessoas são naturalmente fechadas e devem ser estimuladas a falar” (E10)

De salientar a importância que os entrevistados dão ao facto do técnico de intervenção especializada dever ser conhecedor da cultura do serviço, numa intervenção gradual baseada na confiança. Consideram de forma uníssona que a partilha de emoções é algo íntimo, necessário mas difícil para quem não vive e não sente o mesmo, sendo que para os enfermeiros do estudo qualquer intervenção efectiva tem de implicar antes de mais conhecimento de causa.

Sugerem a **existência de reuniões multidisciplinares** de partilha de experiências, na certeza de que muitos dos problemas e constrangimentos pessoais e profissionais reconhecidos se prendem a um défice de comunicação entre equipas; a tomadas de decisão isoladas e a conflitos interdisciplinares:

“É assim eu a nível de serviço já pensei em organizar reuniões de serviço para podermos partilhar de uma forma mais formal as experiências...porque o fazemos de forma informal...saber o que afecta cada um, de que forma (...) em conjunto encontramos formas ou mecanismos para ajudar o grupo e cada um em particular” (E4)

“ (...) eu sei que há psicóloga e que nós podemos recorrer a ela quando precisamos mas acho que deveria haver uma coisa não sei se no próprio serviço...uma coisa mais organizada, mais sistematizada...num género de reuniões de partilha de experiências, mas multidisciplinares” (E6)

“ (...) o que iria resolver sim era uma reflexão conjunta sobre uma prática comum e coerente de acordo com os mesmos princípios, de médicos e enfermeiros (...) uma reunião multidisciplinar...ai sim...uma partilha mas uma partilha conjunta...para melhorar a prática...” (E8)

Neves e Pacheco (2004) corroboram a necessidade sentida pelos enfermeiros do estudo e referem que este tipo de reuniões será o passo principal rumo a uma evolução do processo de cuidados, pela gestão de conflitos e tensões mas acima de tudo pelo reconhecimento de que todos os técnicos de saúde trabalham para atingir uma finalidade, que afinal sempre foi e será comum - o doente e suas necessidades.

Técnicas de alívio de stresse ou simples desgaste são também consideradas, na eventual realização de **sessões de relaxamento/técnicas de descontração**, como que sugerindo um espaço para repor as energias:

“ (...) era bom que houvesse...há agora essas coisas zen, ioga e assim e se calhar era giro... ☺” (E1)

“ (...) sessões de relaxamento... seria uma ideia gira, mas falta reconhecer, exigir e concretizar...” (E4)

“ (...) a simples partilha informal não dá a importância que é devida ao que sentimos e vivemos...era importante que houvesse algo que nos descontraísse...não sei o quê...talvez uns exercícios” (E7)

Uma sugestão não inédita para o Reino Unido, onde o Governo, através do respectivo departamento de saúde, implementou várias medidas de combate ao stresse nos enfermeiros prestadores de cuidados ao doente oncológico, destacando-se o aconselhamento, a supervisão clínica e uso de terapias complementares (Marckereth et al, 2005)

Também a **existência de grupos de apoio** é sugerida como um meio facilitador da partilha de emoções. Aproxima-se da sugestão anterior de reuniões multidisciplinares, mas é referida de uma forma mais “descontraída”, mais íntima, ainda que formal, conforme verificamos nos excertos:

“ (...) devia de existir um núcleo de apoio que nós pudéssemos recorrer sempre que quiséssemos falar sobre determinadas situações...que estivessem ali para falarem connosco, para nos ouvirem...acho que era muito importante...” (E2)

“Então porque não existirem grupos de ajuda com técnicos especializados, que nos conheçam e que despertem (...) se se preocupassem mais com quem cuida então o doente seria certamente mais bem cuidado...” (E9)

Parece surgir como um complemento das referidas reuniões multidisciplinares e intervenção de técnicos especializados, na disponibilidade, na certeza de um apoio e de uma ajuda e indiscutivelmente na necessidade de partilhar e receber.

Face ao referido é ainda sugerida uma intervenção por *parte do serviço de saúde ocupacional*, relacionando esta intervenção com todas as outras sugestões anteriores:

“Eu estagiei no Hospital Amadora-Sintra e parece que não...mas lá os psiquiatras faziam reuniões periódicas... e havia muita partilha, muita exteriorização por parte dos enfermeiros...havia situações que afloravam...e que porque eram partilhadas eram resolvidas...e era importante que aqui também houvesse essa preocupação por parte do serviço de saúde ocupacional...eu acho que as reuniões já andam a ser planeadas à muito mas nunca mais...é pena que tudo permaneça assim ☺” (E5)

“ (...) uma intervenção do serviço de saúde seria interessante ...sinto essa necessidade de partilhar...” (E6)

“ (...) podia ser feita pelo serviço de saúde...fazerem reuniões, exercícios de relaxamento, massagens...sim era muito bom...utópico, porque aqui em Portugal somos carne para canhão” (E9)

De facto a primeira recomendação que a Organização Mundial de Saúde faz no âmbito da saúde ocupacional diz respeito à atenção que deve ser dada aos factores de risco profissional em Hospitais e isso inclui também os factores psicológicos e emocionais dos prestadores de cuidados. As competências de um serviço de saúde ocupacional, presentes em Programas de Saúde e preconizadas em termos legislativos, como serve de exemplo o Decreto-lei 26/94 de 1 de Fevereiro, caracterizam-se pela promoção da saúde dos trabalhadores, na prevenção, na formação e no esforço contínuo de todos para melhorar cada vez mais as condições de trabalho. Assim será de salientar e reforçar a necessidade sentida pelos entrevistados, na intervenção e no equilíbrio por parte de um serviço de saúde desenvolvido com e para os prestadores de cuidados.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

4.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Tendo em conta os objectivos traçados pretendeu-se com este estudo conhecer a vivência das emoções dos enfermeiros nos cenários da prestação de cuidados ao doente oncológico e desta forma contribuir para a melhoria das práticas de intervenção e de gestão emocional em enfermagem nos contextos de trabalho em Oncologia.

Os resultados encontrados neste estudo reflectem que os enfermeiros prestadores de cuidados ao doente oncológico vivenciam momentos de verdadeira complexidade na prática descrita como única, pela riqueza e fragilidade, inerentes à condição humana, à doença oncológica, aos poderes e saberes dentro das multidisciplinares equipas de saúde.

No palco da prestação de cuidados ao doente oncológico, o enfermeiro, o doente e sua família, os colegas, subordinados e superiores hierárquicos assumem papéis principais distintos mas indiscutivelmente interligados e dependentes, numa vivência emocional tão própria quanto semelhante e comum, pela partilha e identificação.

Compreender a vivência emocional dos enfermeiros passou também por escutar os murmúrios baixinhos, os gestos nervosos e revoltados que muitas vezes teimavam em se calar, as palavras que pareciam esconder-se em metáforas e sinais. A partilha que fizeram das emoções pareceu ser muitas vezes um processo simultaneamente libertador e penoso, pelo expressar de acontecimentos vividos com dificuldade ou saudade, no evocar de emoções e sentimentos negativos e penosos mas também positivos e enriquecedores.

Mercadier (2004) assim considera, na certeza de que o reconhecimento do impacto emocional dos cuidados é essencial no conhecimento de si próprio, significando também uma possibilidade para os cuidadores libertarem os afectos negativos e recrearem um estado emocional positivo, essencial para uma melhor prestação de cuidados.

Na escolha da experiência emocional reconhecida como mais significativa na prestação de cuidados ao doente oncológico, sobressaíram factores que potenciaram a sua escolha, influenciados pelo contexto situacional e social como a *idade jovem do doente*, a sua história e comportamentos, e pelo contexto biográfico e estrutural, na identificação com o doente e nas interações estabelecidas, destacando-se *o grau de proximidade ao doente e família*.

A antecipação da morte e a morte de um doente jovem foi descrita como marcante, na antevisão do desfecho e no medo do próprio enfermeiro viver sentimentos negativos e penosos, como que se este prevê-se a ameaça ao seu suposto equilíbrio emocional presente. De facto se o confronto com o sofrimento e com a morte é por si só marcante, pelo carácter finito, irrepitível e algumas vezes difícil e doloroso, o confronto com a morte e o sofrimento de um ser considerado dependente e frágil como uma criança ou jovem, é-o muito mais, como nos referem os entrevistados, corroborando o defendido por Diogo (2004); Mercadier (2004), Neto (2004), entre outros.

A relação próxima com o doente e família surgiu como um dos factores que mais potenciou a escolha da experiência emocional. Loff (2000) considera que a maior parte do tempo dos enfermeiros é passada em contacto com o doente e família, numa relação interpessoal intensa e extensa, constituindo por isso uma verdadeira arma terapêutica, pilar da intervenção terapêutica mas perigosamente carregada de emoções, sentimentos, ansiedades e hostilidades.

Em suma, relações mais profundas reflectem cumplicidades que se tecem por motivos pessoais, na identificação e familiarização com o doente e família ou por motivos profissionais, na cumplicidade e dependência. A procura e a valorização pessoal e profissional parecem também marcar os entrevistados na escolha da sua experiência emocional.

Numa influência mútua o grau de proximidade entre estes é reconhecido para os entrevistados em geral como algo positivo, pelo reconhecimento e pelo envolvimento e familiaridade, sendo simultaneamente negativo após o término da relação devido à morte, transferência ou alta do doente.

A proximidade pode levar até à intimidade, e se tal pode ser benéfico no sentido de aumentar a humanização e a sensibilidade como nos diz Watson (2002), em circunstâncias como no contágio de emoções negativas, pode constituir um dilema difícil de resolver. Lopes (2006), fala desse dilema, quando se colocam em causa os objectivos terapêuticos da relação, no entanto salienta que, em algumas situações, para

se atingirem determinados objectivos, parece ser necessário um elevado grau de proximidade.

Na escolha da partilha da experiência emocional por estes considerada marcante e única, as *emoções e os sentimentos* que dela resultam são também característicos de cada entrevistado, ainda que comuns face a determinadas situações significativas. Nem sempre a partilha de emoções e sentimentos decorreu de forma explícita. Algumas vezes os entrevistados falam de um emaranhar de emoções, expressam sentimentos difíceis de descrever e assumir.

Implicitamente nas entrevistas sobressaem diferenças no modo de sentir ou de expressar o que se sente. De facto os enfermeiros do sexo masculino, como referido ao longo de todo o trabalho, parecem minimizar as emoções relacionadas com o medo, culpa, tristeza ou vulnerabilidade, focalizando-se na impotência e no sentimento de utilidade ou dever cumprido, sob a forma de um discurso na maioria das vezes objectivo e racional. Já as enfermeiras partilham as suas emoções e sentimentos de uma forma mais aberta, lábil e até hábil. Assim considera Goleman (2003) na certeza de que as mulheres vivem as emoções com mais intensidade e mais volatilidade que os homens, assumindo o papel de verdadeiras gestoras emocionais.

Também a personalidade influencia a experiência e a percepção das emoções e dos sentimentos, sendo que a maioria dos entrevistados surgem numa apreciação inicial como pessoas auto-conscientes, pela clareza de análise das próprias emoções e com aparente capacidade de controlo emocional.

Foi possível também constatar que os entrevistados de uma forma mais ou menos vincada, mais ou menos racional ou emocional, reconhecem na sua maioria, a importância de viverem e partilharem as suas emoções e sentimentos, não coadunando com Prevost, referido por Collière (2003), que aborda o perigo das emoções na prestação de cuidados, concluindo que o cuidado técnico deve ser livre de emoções, susceptível de ser romper a eficácia.

Assim as emoções e os sentimentos vividos prendem-se às experiências emocionais relatadas como significativas e como muitas destas estão relacionadas com situações penosas ou desgastantes, também as emoções e os sentimentos que delas resultaram são na sua maioria negativos.

As emoções e os sentimentos negativos referidos surgem no reconhecimento de que existem situações que transtornam e transformam o estado de equilíbrio habitual, numa inquietude face a inevitabilidade da doença oncológica, no reconhecer da finitude

da vida, na quebra de uma relação íntima, na ameaça, na culpabilidade e na decepção com o outro e, em muitos entrevistados, com os próprios. Acima de tudo surgem aliados à falta de justiça, na incapacidade ou falta de poder, de mudar aquilo que consideram estar mal ou que lhes cause sofrimento.

Por outro lado os sentimentos, resultantes de emoções positivas referidos, ganham forma no encontro com o doente e família, na sua plenitude e essência, na certeza da utilidade e na sensação de que podem de alguma forma, ajudar ou melhorar a vida do outro, minorando o sofrimento do doente e família. Estes sentimentos de poder, de influência sobre a vida e sobre a morte do outro, parece estar também relacionado, para alguns entrevistados, com a valorização pessoal e profissional.

Diogo (2004) diz-nos que este cuidar com tonalidade emocional, no reconhecimento da vivência variada de sentimentos e emoções, é um cuidar afectivo e essencial, pela humanização que infere. De facto o ser capaz de se emocionar e sentir com as múltiplas situações que a prestação de cuidados ao doente oncológico transporta, como que confere tonalidades de sensibilidade, afectividade e humanização às rotinas. As tarefas e manipulações contidas nas tarefas são expressões do tecnicismo reconhecido por Watson (2002) como ainda presente em muitos profissionais de saúde, indiferentes à essência do cuidar.

Para além da partilha das experiências emocionais específicas de cada um, ainda que com contornos semelhantes, os entrevistados sentiram a necessidade de falar sobre a prática comum de cuidar do doente oncológico, abordando na generalidade aspectos que se prendiam a especificidades da doença oncológica; aspectos gratificantes e penosos resultantes do cuidar; e respectivo desgaste emocional.

De facto a prática do cuidar em oncologia é específica, ainda que complexa, e contém mais do que uma experiência emocional marcante, num emaranhar de situações também elas significativas para os entrevistados, ainda que não consideradas ou consciencializadas como as mais marcantes. No fundo o todo assume-se, com contornos especiais, numa multiplicidade de reacções emocionais, na certeza de cada experiência é diferente, mais ou menos penosa ou gratificante, mais ou menos sentida e reflectida, mas indiscutivelmente complexa e determinante na vida pessoal e profissional dos entrevistados.

Reconhecem a *especificidade da doença oncológica*, constroem eles mesmos as suas representações, definem e confinam objectivos em torno de atribuições e percepções assim como das pressões organizacionais. Reconhecem que a opinião dos

que os cercam influenciam a sua própria visão sobre a doença e sobre o doente oncológico. Os estigmas sociais que recaem sobre a doença oncológica sentem-nos como se recaíssem também sobre eles, como se fossem eles próprios diferentes, seres bondosos ou sofredores.

Todas estas representações construídas e atribuídas influenciam pois a prestação de cuidados ao doente. Pereira (1994) num estudo sobre a representação do cancro nos enfermeiros, refere que o cancro tem a própria morte como metáfora aos olhos da sociedade mas também aos olhos dos profissionais de saúde. Considera que as imagens e atitudes que os enfermeiros têm da doença oncológica não são indissociáveis das representações sociais, estando interligadas, sendo por isso geradoras de juízos sobre o meio no quadro da representação. Estas representações de cancro para o enfermeiro por sua vez influenciam a relação que se estabelece com o doente, nas imagens, atitudes e comportamentos.

Para além do reconhecimento das particularidades aliadas à doença oncológica, os entrevistados reconhecem na sua maioria as particularidades do serviço onde prestam cuidados, pela multiplicidade de situações emotivas e marcantes; pelo mau prognóstico e alta taxa de morbilidade e mortalidade e pelas características particulares da relação que estabelecem com o doente e familiares.

A morte e o sofrimento mais uma vez surgem como factores marcantes associadas nas palavras dos entrevistados à impotência face a uma derrota à partida anunciada. No confronto com a fragilidade de quem cuida e é cuidado mais uma vez os mitos e os medos aliados à doença oncológica parecem ganhar forma nas reconhecidas particularidades do serviço.

Diz-nos Neto (2004) que o sofrimento existencial associado à doença terminal e a perda de qualidade de vida constituem momentos de crise para quem os vive e sente mas também verdadeiros patrimónios de riqueza, na valorização da vida.

Esta riqueza é descrita pelos entrevistados sob a forma de uma relação que se estabelece de uma forma particular, decorrente num serviço de características também elas particulares. Denote-se que a relação com o doente oncológico já havia sido referida pela maioria dos entrevistados como o principal factor potenciador da experiência emocional. É pois uma relação descrita como marcante, especial e particular. A particularidade prende-se à forma profunda e verdadeira como é estabelecida. Os entrevistados caracterizam-na pela força e pela dependência muitas das vezes entre ambos os intervenientes. A dependência dos doentes face a determinados cuidados, face

a determinado enfermeiro, parece ser um motivo de aproximação, na cumplicidade. A necessidade aguçada deste tipo de doentes internados no serviço onde decorreu estudo reflecte-se no reconhecimento e na valorização do profissional de saúde.

A afinidade e a compatibilidade influenciam assim esta relação, sendo que os entrevistados fazem questão de salientar que cada doente é diferente, na forma de cativar e de acolher os cuidados e que por isso também a forma dos enfermeiros cuidarem pode mudar de doente para doente.

Uma relação que sendo de encontro com o outro, entre pessoas, ambas frágeis e fortes, deveria ser sempre terapêutica e desprovida das rotinas mecanicistas, limitadoras e muitas vezes desumanas como nos refere Watson (2002). Por outro lado Loff (2000), entre outros, chama a atenção para esta relação, rica mas muito perigosa, na aproximação demasiada, uma vez que pode levar a níveis elevados de stresse e desgaste emocional. Complementando Bolton (2000) num estudo sobre a entrega das emoções na prestação de cuidados defende que se por um lado um maior envolvimento emocional com o doente no cuidar é uma das causas principais de stresse nos prestadores de cuidados por outro lado é também principal motivo de satisfação e motivação.

Num misto de orgulho e altruísmo, no reconhecimento da presença explícita e implícita das emoções, os entrevistados parecem reconhecer o perigo desta relação, mas acima de tudo parecem reconhecer a sua riqueza, como se também eles fossem detentores de uma atenção adicional, na capacidade de oferecer sempre mais para tornarem esta relação especial.

Assim inerentes à complexidade, já referida, no cuidar do doente oncológico sobressaíram nos discursos dos entrevistados aspectos gratificantes e por outro lado também desgastantes.

Os *aspectos gratificantes* no cuidar do doente oncológico prendem-se ao desenvolvimento pessoal, na valorização da própria vida, na valorização das pequenas coisas e desvalorização dos pequenos problemas e na valorização das relações interpessoais. Os enfermeiros entrevistados parecem sentir que este tipo de cuidados lhes confere uma nova essência à sua vida, tornando-a mais intensa pelo reconhecimento diário da sua finitude e fragilidade, no confronto com a morte, muitas vezes consciente e partilhada, dos outros. Metas traçadas, objectivos realizados, problemas prontamente resolvidos ou desvalorizados, relações que ganham sentido no conhecimento e reconhecimento dos próprios e dos outros, parecem dar nova côr a estas vidas. Num apelar à consciência dos próprios a inevitável reflexão comum, no

enriquecimento, estimulação e reorientação da vida, como corrobora Lopes (2006) e Neto (2004).

Hennezel (2001) à semelhança dos enfermeiros entrevistados refere que o confronto com doentes em fase terminal, na sua humildade, sofrimento e força, lhe confere uma vida com mais intensidade e uma consciência mais aguda de tudo o que lhe é dado a viver, alegrias e penas e também todas as pequenas coisas do quotidiano às quais normalmente não se liga, como o respirar ou o caminhar.

É também incontestável, pelos entrevistados, o desenvolvimento profissional, aliado ao pessoal. A maioria dos entrevistados considerou-o no reconhecimento profissional por parte de terceiros, na própria realização profissional, na valorização da formação e da aprendizagem na trajectória profissional e numa melhoria global da prestação de cuidados ao doente oncológico.

O desenvolvimento profissional é feito não apenas pelo profissional em si mas também pelos que o rodeiam. O feedback por parte de colegas, doentes e familiares é reconhecido como essencial, na medida em que este é valorizado enquanto técnico e enquanto pessoa. Uma opinião favorável dos demais pode pois ser conducente com uma maturação profissional, na confiança, na motivação e na realização. Isikhan et al (2004) considera de igual forma que o reforço positivo por parte dos que participam no processo de cuidados é essencial, pela relação directa com a satisfação pessoal.

De facto num mundo em constante mudança, em organizações cada vez mais sedentas do saber humano, o desenvolvimento pessoal e profissional surge e urge no desenvolvimento de novas competências, na adaptação de atitudes e comportamentos adequados, tendo em vista uma melhor qualidade dos serviços prestados.

Tendo em conta que a formação e a aprendizagem não passam pela acumulação de cursos e diplomas, mas sim pela aquisição e aplicação de conhecimentos, o desenvolvimento profissional só será realmente eficaz se partilhado, visando a promoção, a satisfação e a realização dos profissionais e daqueles que os rodeiam (Rodrigues, 2005).

Os entrevistados que consideram gratificante cuidar do doente oncológico são os mesmos que, numa dicotomia, consideram vários *aspectos penosos no cuidar do doente oncológico*. Assim praticamente em unísono os entrevistados revelam ser penoso e desgastante este tipo de trabalho, por muitos autores reconhecido como emocional. A penosidade referida prende-se aos cuidados ligados à morte e ao sofrimento; à divergência de objectivos nos cuidados e na relação com a família do doente.

Nos cuidados ligados à morte ao sofrimento emergem emoções contagiosas. Mais uma vez os entrevistados relacionam o facto deste contágio ser facilitado e mais intenso aquando um maior envolvimento com o doente. Assim o considera Goleman (2003) na certeza de que a transmissão e a captação dos estados de espírito se faz em todas as relações que estabelecemos com os outros, principalmente quando estas são mais estreitas e profundas. Refere ainda que tal influencia se faz geralmente no sentido da pessoa mais expressiva para a mais passiva, sendo que existem pessoas que são particularmente mais sensíveis ao contágio emocional, habitualmente designadas de pessoas empáticas.

No confronto com a morte e o sofrimento do outro e na antevisão da evolução do estado do doente, os entrevistados parecem experimentar um certo desgaste, num evitar do confronto com aquela vivência geradora de angústia. Diogo (2004) fala-nos dessa espécie de distanciamento, num confronto sempre lábil com a essência humana, causador de sentimentos de insegurança e medo.

Moreira (2001) considera que é impossível a ausência de estados emocionais negativos face à morte e ao sofrimento do outro, pelo confronto dos próprios enfermeiros com a sua vida e finitude. Corroborando esta ideia Stedeford (1986) defende que qualquer contacto com uma pessoa em fase terminal implica um emaranhar de reacções nem sempre reconhecidas e adequadas.

Enfermeiros que sofrem com o sofrimento dos outros, assim se assumem a maioria dos entrevistados, tendo no entanto em conta que os entrevistados do sexo masculino se auto-caracterizam na generalidade como pessoas conscientes do efeito penoso do contágio das emoções negativas. Técnicos influenciáveis sim, mas acima de tudo terapêuticamente objectivos, sem que isso signifique que o consigam ser efectivamente.

Também a divergência de objectivos nos cuidados se assume como um dos aspectos no cuidar do doente oncológico mais penoso, na comunicação de más notícias aos doentes e familiares, na impossibilidade da maioria dos familiares acompanharem permanentemente o doente em fase terminal, no défice de comunicação/cooperação entre a equipa de enfermagem e médica e na realização de técnicas invasivas aliadas ao encarniçamento terapêutico.

Loff (1987) considera que as principais fontes de stresse nos enfermeiros são precisamente de natureza e características organizacionais, pela ambiguidade de papéis e respectivos conflitos, reflexo de uma má comunicação entre profissionais e acima de

tudo reflexo de uma falta de objectivos comuns. Assim consideraram de forma semelhantes a maioria dos entrevistados, no reconhecimento muitas vezes repetido e reforçado, que de facto a complexa teia de relações e poderes entre os profissionais de saúde pode ser tão ou mais desgastante do que qualquer outro factor ligado à patologia oncológica.

Seria lógico existir uma cooperação entre as diferentes equipas, na partilha comum das necessidades do doente e da sua família, na certeza de que aquilo que seria realizado com o doente seria reflexo do programado por todos, num objectivo que se pretendia comum de melhorar a qualidade de vida do doente. A realização de intervenções médicas agressivas, a prescrição e realização coadunada de técnicas invasivas e inúteis, a falta de sensibilidade por parte de determinados técnicos, a deficiente estrutura física incapaz de satisfazer na plenitude as necessidades do doente e da família, ganham forma nas palavras dos entrevistados, na frustração, na revolta e no sentimento de impotência.

O saber e o poder dos enfermeiros entrevistados parece ser por eles reconhecido como importante em todo o processo de cuidados, na consciência porém de que nem sempre é valorizado e considerado pela equipa médica. Considera Carapinheiro (1998) que face ao saber médico, o saber de enfermagem surge como periférico e por isso dependente das vontades, vulgarmente designadas de prescrições médicas.

O cuidado pretendido e aspirante a efectivo parece ser e estar condicionado pela estrutura e funcionamento organizacional. As variadas situações de subordinação em relação às diferentes categorias profissionais, principalmente médica e de enfermagem, permitem um controlo cerrado sobre os territórios pessoais, no camuflar de emoções e sentimentos negativos que seriam certamente úteis para todos se canalizados de forma diferente. Factor de desgaste assim considerado, na restrição indiscutível de domínios de acção, na falta de comunicação e colaboração face a um objectivo que deveria ser comum, o bem-estar do doente oncológico.

Alguns entrevistados referiram ainda a relação com a família do doente oncológico como um factor penoso resultante da prestação de cuidados, na indiferença e abandono do doente e na ansiedade manifestada por parte de alguns familiares. De facto Kubler Ross (1994) e Martins (1999) consideram que aliada à falta de condições para cuidar e às expectativas do doente, os problemas com os familiares dos doentes podem ser uma das causas principais de desgaste emocional.

Alguns entrevistados revelaram sentirem algumas vezes dificuldades na comunicação com a família do doente oncológico, na sua maioria relacionadas com situações perturbadoras devido ao mau prognóstico da situação clínica, devido ao confronto com a morte ou devido a situações de injustiça e prejuízo para com o doente.

O *desgaste emocional* surge para os entrevistados como muito mais do que um simples tipo de sentimento, na referência a um estado de fadiga com consequências físicas, emocionais e psicológicas, como: a exaustão; o esgotamento; o cansaço; a tensão; o stresse; a saturação; a desmotivação; a auto-pena; a apatia; a sensação de vazio e ainda uma sensação de sobrecarga emocional.

Todos os enfermeiros entrevistados referiram sentirem ou terem sentido, ainda que em intensidades diferentes, desgaste emocional, numa consequente desmotivação, com indiscutíveis consequências a nível profissional e pessoal.

O desgaste emocional está também ele relacionado, como os estados de humor, numa influência mútua, uma vez que o fluxo dos conteúdos dos sentimentos de fundo, no bom ou no mau humor, variam e fazem variar a forma como se cuida e percebe aquilo que resulta do cuidar. Na certeza de que na variação dos estados de humor, existem dias em que determinadas situações constituem-se como mais stressantes, porque a sensibilidade está mais aguçada, outros em que o distanciamento e a fuga são mais utilizados, pela incapacidade ainda que momentânea, de se envolverem com o doente e família.

Denote-se que o desgaste emocional, é considerado por Loreto (2001), como o primeiro passo no processo de *burnout*, exigindo por isso um olhar atento e uma reflexão profunda. A sua consciencialização e referência constituem sem dúvida, uma chamada de atenção para as capacidades e limites dos entrevistados enquanto pessoas e enquanto profissionais. O tipo de personalidade, a vida familiar e social, os factores económico-financeiros, entre outros associados a uma exposição prolongada aos factores considerados penosos na prática de cuidar do doente oncológico torna-os seres mais frágeis e susceptíveis ao risco de consequências patológicas e limitantes.

Reconhecidos como grupo de risco por Marckereth et al (2005) os enfermeiros entrevistados, à semelhança dos enfermeiros em geral, lidam exaustivamente com outros seres humanos, quando estes estão mais frágeis e com problemas, reconhecendo que também eles são seres humanos vulneráveis e sensíveis ao outro.

A exposição ao stress e o aumento das exigências emocionais, parecem por sua vez implicar a utilização de recursos pessoais mas também externos, essenciais na manutenção do equilíbrio homeostático de cada entrevistado.

Os mecanismos de gestão das experiências emocionais, surgiram na necessidade imperiosa dos enfermeiros entrevistados lidarem com o emaranhar de emoções e tensões resultantes da prestação de cuidados ao doente oncológico.

Ao gerir as emoções, da melhor forma que conhecem ou conseguem, os enfermeiros, visam atenuar o desgaste emocional que sentem e fazem-no por eles, pelos seus pares, pelos doentes e pelos colegas, na necessidade de manterem uma imagem de uma pessoa equilibrada, de um profissional seguro, confiante e merecedor da valorização dos outros. O descontrolo emocional parece ser visto como sinónimo de fraqueza quer para os colegas, quer para os doentes. Mas este controlar das reacções emocionais, parece também impedir, que alguns entrevistados se envolvam emocionalmente com o doente, na utilização do distanciamento e de outros tipos de coping centrados no controlo das emoções, no esquecimento muitas vezes do doente e deles próprios.

Assim todos os entrevistados reconheceram utilizar como *estratégias pessoais*, o coping orientado para a resolução de problemas e todos reconheceram, ainda que com uma frequência superior, usar o coping orientado para o controlo das emoções.

No coping orientado para a resolução dos problemas recorreram e recorrem ao suporte social da sua família e amigos e à adopção de estilos de vida saudáveis, na certeza que desta forma canalizam as experiências emocionais negativas, através do suporte e da compensação.

Os enfermeiros falam repetidamente da sua vida afectiva, familiar e social como um verdadeiro suporte que lhes permite controlar aspectos menos bons relacionados com o trabalho, ao qual associam actividades de lazer, como formas de canalização de emoções negativas, no recuperar de energias. Actividades familiares, desportivas ou culturais, surgem pois, na manutenção do equilíbrio pessoal, como fortes aliados no contrariar do desgaste provocado pela exposição aos factores penosos resultantes da prestação de cuidados ao doente oncológico.

Também a consciencialização das necessidades dos próprios e dos outros, a resolução imediata dos problemas e a banalização da própria morte, surgem como mecanismos de coping orientados para a resolução dos problemas referidos. A consciencialização do próprio, das suas necessidades, dos seus problemas, da sua vida e

morte permite-lhes focalizarem-se em si, no problema, no desenvolvimento de um plano de acção, surgindo de alguma forma aliada ao conhecimento do outro, no seu reconhecimento e influência.

Os enfermeiros transportam também consigo, por vezes nos bastidores do consciente, estratégias que visam acima de tudo contornar o perigo, na diminuição do desconforto emocional, angustia e sofrimento.

Na tentativa passiva de preservação, o uso simultâneo do coping orientado para o controlo das emoções, sob a forma de isolamento, distanciamento do pensamento, imposição de limites na relação com o doente e família, fuga, objectividade no cuidar, humor, projecção e negação.

Numa tentativa de protecção, os enfermeiros entrevistados, distanciam-se do outro, distanciando-se também deles próprios, no isolamento e no esquecimento do que sentem e vivem. Mercadier (2004) fala dessa racionalidade e neutralidade emocional impostas pelo pensamento médico, presente também em muitos enfermeiros, sob a forma de várias estratégias de afastamento. Estratégias essas perigosas pela separação muitas vezes vincada e limitante entre enfermeiro e doente.

O controlo das emoções e sua neutralização parece ser para os entrevistados essencial, na manutenção do equilíbrio emocional esperado e imposto, na certeza de que todas as suas facetas (i.e. pessoal, profissional familiar e social) podem sofrer um forte impacto. Na interacção com o doente, as medidas de controlo e gestão emocional, ganham também forma na falta de disponibilidade e no humor, também ele uma forma de fuga e distanciamento da realidade, ainda que permita o alívio de tensões e hostilidades e promova algumas relações.

O modo como se estabelecem as relações com o doente e família assume, como anteriormente referido, contornos particulares, influenciado também pela forma particular dos enfermeiros gerirem o que sentem e pretendem sentir. Muitas vezes em rituais de cuidados, a sequência dos gestos, como que permite a existência de um “casulo” protector, na negação e/ou reconhecimento. A projecção pode também surgir, quando o que assistem é algo penoso e doloroso, na consciência de que também a eles lhes poderá acontecer.

A gestão das experiências foi também expressa sob a forma de uma objectividade que urge sob risco da relação deixar de ser terapêutica. Esta objectividade ligada à imposição de limites na relação estabelecida com o doente e família, no racionalizar das emoções e no privilegiar da técnica, tem em alguns entrevistados, o

efeito contrário gerando ela própria sentimentos e emoções negativos, ligados à frustração e inadequação.

Os enfermeiros entrevistados usam na descrição de alguns mecanismos de gestão a metáfora, como se o despir e o vestir da farda os levasse a vestir e a despir as emoções que mais lhes convém, como se a higiene mental que procuram e reconhecem fosse semelhante à higiene pessoal realizada na rotina diária, pela facilidade e mecanização, como se a porta que se fecha permitisse fechar as experiências emocionais penosas, na libertação do pensamento e do sentimentos penosos.

Froggatt (1997) considera essencial reconhecer os artefactos simbólicos nas palavras, pela procura de significados escondidos e implícitos das emoções. Fala do uso da metáfora na linguagem como uma forma dos enfermeiros tentarem ordenar, prevenir e reconhecer que mesmo eles sofrem de doenças e desgaste. Num distanciamento deles próprios, o uso da metáfora permite-lhes num controlo aparentemente racional, evitar que o excesso de emoções com as quais lidam contamine o seu ser. O seu uso permitiu aos entrevistados falarem e avaliarem o impacto de determinados aspectos penosos nas suas vidas, que nem sempre é possível fazerem com aparente serenidade e autoconsciência. Falaram de assuntos sensíveis mas mantiverem a expressão de quem conta a história do outro.

Numa escolha deliberada ou imposta, o uso da racionalidade, da objectividade, do distanciamento, da negação e isolamento, parecem delimitar dois mundos no processo de cuidados, o do enfermeiro e o do doente. Uma separação que se prende sem dúvida alguma ao medo de contágio, na percepção de que o estado emocional do outro determina o nosso estado. De referir que estes mesmo enfermeiros entrevistados já haviam referido anteriormente que a relação que se estabelece com o doente oncológico é rica precisamente pela proximidade e intimidade, na certeza porém de que é também perigosa e é nesse e por esse perigo que recorrem a formas de controlo das emoções. Mais uma vez os enfermeiros do sexo masculino reconhecem ser os que mais tentam racionalizar e objectivar a relação que estabelecem com o doente e família, numa clareza aparente, reforçam em tom de orgulho, o perigo do contágio emocional e a necessidade consequente de recorrer a estratégias que lhes permitiam distanciar do turbilhão emocional, do stresse e do desgaste ainda que isso implique o distanciamento do doente.

Para além das estratégias pessoais para lidar com a multiplicidade de experiências emocionais, nem sempre fáceis de gerir, o *suporte emocional externo*,

surgiu para os entrevistados como uma importante forma de ajuda e de alívio de stress e desgaste emocional.

Assim reconheceram a sua utilização na partilha informal e formal das emoções, pela partilha de vivências/suporte mútuo entre colegas de equipa e do serviço; com a família e amigos e com alguém capaz de uma intervenção especializada.

Aquando situações complexas os enfermeiros entrevistados optam por partilhar o que sentem com aqueles que lhes são mais próximos, ou por laços familiares e afectivos ou pela identificação e vivência comum das situações, entre colegas, como se a estes últimos fosse facilitada a compreensão, no conhecimento por justa causa do efeito positivo e negativo das múltiplas experiências emocionais resultantes da prestação de cuidados ao doente oncológico. Mercadier (2004) considera de igual forma que quanto mais próximas as pessoas estiverem emocionalmente umas das outras, mais facilitado estará o processo de partilha e compreensão.

A partilha de emoções decorre formalmente, através de reuniões de serviço e diariamente nas passagens de turno, num ritual que se repete na necessidade não só de comunicar aos colegas, do turno que se segue, a evolução dos doentes, mas também de partilhar aquilo que sente, buscar alívio e suporte que afinal são comuns.

Por fim os enfermeiros entrevistados, no reconhecimento uníssono da importância de um acompanhamento e suporte contínuo a quem cuida, fizeram sugestões de suporte organizacional, na intervenção de um técnico especializado, na existência de reuniões multidisciplinares, na realização de sessões de relaxamento/técnicas de descontração, na existência de grupos de apoio e na intervenção constante e atenta por parte do serviço de saúde ocupacional.

Qualquer uma das intervenções sugeridas pelos entrevistados, revelaram antes de mais a necessidade de haver um conhecimento profundo sobre a cultura do serviço, sobre as pessoas e relações, na confiança e na disponibilidade que pretendem constantes. Intervenções semelhantes existem em alguns países da comunidade europeia e mesmo em Portugal, como é exemplo o Grupo Balint, inicialmente um método focalizado na relação médico e doente, mas ao posterior usado em alguns hospitais, a nível da dinâmica de grupo, numa partilha comum entre médicos, enfermeiros e doentes.

No fundo os entrevistados pretendem isso mesmo, uma dinâmica, um espaço, físico, temporal mas também emocional para partilharem, estarem e acima de tudo comunicarem entre profissionais. Relembramos que um dos principais factores descrito como penoso foi precisamente a divergência de objectivos nos cuidados, na falta de

comunicação e cooperação entre médicos e enfermeiros. Na consciência de que sofrem desgaste com este tipo de cuidados tão particular, assumem a necessidade de intervenção especializada de técnicos e do próprio serviço de saúde ocupacional. Reforçaram em uníssono ser essencial usar muito mais para além das estratégias pessoais de alívio de stresse, na certeza de que o seu equilíbrio e bem-estar influenciará e muito o seu desempenho profissional, a qualidade dos cuidados prestados e na globalidade o funcionamento da própria organização de saúde.

Stefanelli (2005) assim considera salientando que falhas no bem-estar e no equilíbrio global dos prestadores de cuidados, assim como a falência de comunicação e boas relações entre os actores organizacionais pode trazer consequências e implicações graves nos cuidados prestados.

Uma intervenção eficaz e real junto aos factores laborais e outros factores causadores de stresse, assim como uma intervenção junto daqueles que mais de perto lidam com a *pessoa*, urge em prol de uma prática de cuidados cada vez mais inteligente, real e humanizada.

4.2 – RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO SOCIO-ORGANIZACIONAL

As organizações actuais, principalmente as de saúde, por terem na pessoa doente a razão da sua existência, urgem uma adaptação, flexibilidade e descentralização, na certeza de que o uso do capital humano, na utilização do capital emocional aumentará a densidade relacional, a motivação, a confiança, o empenhamento e por isso a produtividade (Goleman, 2003). Sendo um activo de importância crucial, o capital emocional, tem nas emoções, nos sentimentos e nas crenças a sua maior valia, uma vez que são estas que geram as acções e comportamentos que resultam em serviços e produtos. Na e pela capacidade de gerir de forma mais ou menos inteligente as emoções, o êxito das intervenções passa muito por saber controlar com destreza as suas reacções emocionais e as de terceiros.

No estudo actual, verificou-se que alguns entrevistados em determinadas situações, viveram intensos momentos de despontar de emoções, um despontar um pouco desordenado, conducente de comportamentos desadequados, como a projecção ou a fuga. Verificou-se também que utilizaram simultaneamente várias formas de

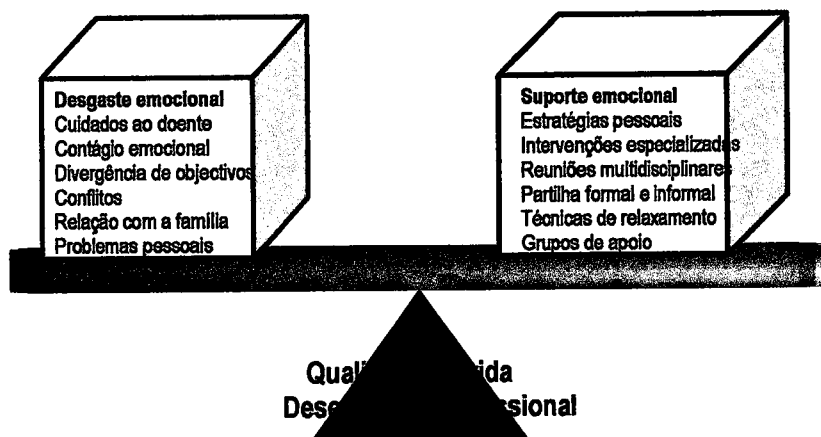
inibição e repressão das suas emoções e dos outros como se estas fossem um obstáculo à sua suposta objectividade e produtividade. Como que em tom de conclusão assumiram que esta multiplicidade de emoções aliadas à complexa vivência emocional, lhes causa desgaste e conseqüente necessidade de suporte pessoal e externo, através dos que os rodeiam e principalmente da organização onde se inserem.

Compreender a vivência emocional dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente oncológico, é também compreender as suas experiências, assistir a jogos de conflitos de poder, reconhecer a forma e a destreza com que controlam, usam e camuflam as emoções, detectar as suas necessidades e aceitar as suas sugestões. Na certeza de que esta compreensão trará para a organização de saúde em estudo, o conhecimento de que os profissionais que mais próximos estão do doente e representados em maior número na instituição, estão sub aproveitados. Muitos deles desgastados emocionalmente, mas com indiscutível motivação e capacidade estratégica, que os torna capazes de participar em tomadas de decisão, visando melhorar cada vez mais os cuidados prestados, contribuindo e assumindo-se como valor da empresa.

Face aos factores penosos resultantes da prestação de cuidados ao doente oncológico já referidos, tendo em conta o desgaste emocional causado por estes e pela prestação continuada de cuidados ao doente oncológico, reconhecida como particular e penosa, e perante o défice de acompanhamento e suporte por parte da organização insurge-se a Figura nº1. Uma figura que reflecte o equilíbrio que urge entre os factores desgastantes emocionalmente e o suporte necessário, na certeza da influência deste mesmo equilíbrio, que se pretende homeostático, na qualidade de vida dos enfermeiros e no seu desempenho profissional com conseqüente influência na eficácia e eficiência organizacional.

Denote-se que se pretende atingir os resultados esperados, produzir o pretendido mas com qualidade e motivação. Para que a eficácia e a eficiência se traduzam numa forma de rentabilidade para a organização, há que instaurar um espírito colectivo, num assumir conjunto de um compromisso para com a organização. Cada prestador de cuidados é único e constitui-se indiscutivelmente como um activo de extrema importância, mas o todo insurge-se como muito mais do que a simples soma das suas partes, pelo que o desempenho profissional e a qualidade de vida expressos na Figura que se segue assumem-se na globalidade inerente à organização.

Figura nº1 – Qualidade de vida e Desempenho profissional



A qualidade de vida aliada ao desempenho profissional surge-nos por sua vez relacionada com a saúde mental e física de cada actor organizacional, numa influência recíproca e complexa com diversos factores pessoais e externos (e.g. emocionais, sociais, económicos). Não seria pois de estranhar uma relação com a higiene e segurança no trabalho, numa intervenção reconhecida e já referida como essencial do serviço de saúde ocupacional. Diz-nos mesmo Uva e Faria (1992) que os serviços de saúde, mais particularmente os Hospitais, constituem “empresas” peculiares porque surgem em função das múltiplas necessidades dos utentes e porque se movem numa multidisciplinaridade e multiplicidade de poderes e saberes técnicos e organizacionais.

De carácter interdisciplinar e pluriprofissional, a saúde ocupacional, pretende encontrar na participação activa de todos os seus elementos (i.e. tarefas, entradas, saídas, Homem, meios de trabalho, processo de trabalho e meio ambiente) o motivo e o recurso para o seu desenvolvimento.

No entanto o desenvolvimento dos conhecimentos científicos e técnicos em saúde ocupacional assume a forma de uma contradição na insuficiente melhoria das condições de trabalho. Verifica-se, num grande número de estabelecimentos hospitalares públicos e privados, serviços de saúde ocupacional, mas o seu enfoque e principal objectivo perde a forma idealizada ao ter como vertente principal de actuação a prestação de cuidados globais de saúde, deixando para segundo plano o papel principal, relacionado com a prevenção, com a formação, com os riscos profissionais e outras características específicas do trabalho hospitalar (Uva; Faria, 1992).

Tendo em conta o legislado nos programas de saúde ocupacional e o preconizado pela Instituição onde decorreu o estudo, verificamos em alguns dos

objectivos de actividade, a preocupação da organização otimizar a utilização dos recursos disponíveis e a vontade de promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo em simultâneo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito. Modelos de intervenção organizacional anteriormente traçados por Pires e Aronson (1989), Loff (2000) e Marckereth et al (2005) influenciam o actual plano de intervenção, que ganha forma junto daqueles que constituem a organização. Tendo em conta esta influência, face a objectivos que se pretendem concretizáveis, planeia-se uma intervenção a três níveis:

- **Nível organizacional** – Instituir de condições de natureza física, administrativa, social, que não sendo nocivas ao trabalhador, possam ser motivantes e gratificantes no desempenho profissional; estimular a formação e considerar cada projecto individual face a eventuais propostas de optimização organizacional; realizar congressos, encontros ou reuniões que permitam a participação de todos os profissionais de saúde da Instituição, de forma a promover a partilha de experiências e opiniões, promovendo o sentimento de grupo e sua coesão; determinar e divulgar os objectivos organizacionais, estimulando e reforçando a contribuição e conseqüente benefício de todos, aquando a sua realização; instaurar a flexibilidade inter-serviços e a prática de horários que permitam o respeito pelas pausas e folgas; planejar uma intervenção continuada do serviço de saúde ocupacional a nível individual e de grupo, através da prevenção de riscos não só de carácter físico mas também psicológico e emocional, no acompanhamento constante dos profissionais e na implementação de redes de suporte bem constituídas.

- **Nível de grupo** – Realizar estudos profundos sobre a cultura organizacional, membros de cada grupo profissional, relações intra e inter grupais, jogos de poder e influencia entre os diferentes grupos profissionais; promover um intercâmbio de ideias e experiências, estimulando a partilha de casos e a realização de trabalhos científicos e outros pluridisciplinares; assegurar apoio continuado através da institucionalização de normas ou protocolos que facilitem a tomada de decisão;

- **Nível individual** – Avaliar e estimular o desenvolvimento dos recursos e potencialidades individuais; realizar acções de formação, estimular e patrocinar a realização de cursos especializados fora da instituição, de acordo com os objectivos traçados pelo profissional, serviço e organização, de forma a promover o desenvolvimento de aptidões pessoais e profissionais; assegurar redes de suporte

emocional e social, na disponibilidade, formas alternativas de descontração e canalização de tensões e emoções negativas.

A gestão das emoções nos entrevistados nem sempre foi descrita como decorrida da forma mais adequada, benéfica e inteligente, quer para o enfermeiro quer para a própria organização de saúde. Apesar da vertente da inteligência emocional, não ter sido neste trabalho profundamente explorada, pretende-se com a realização desta investigação iniciar novos caminhos no estudo do capital emocional e das diferentes formas de gestão das emoções nas organizações de saúde, sugerindo-se a sua reprodução em diferentes contextos e áreas como por exemplo os cuidados continuados; os cuidados paliativos, entre outros.

Na necessidade que urge de contribuir para futuras investigações e tendo em conta a influência do plano sobre as práticas organizacionais em termos de gestão de emoções traçado por Ashford e Humphrey (1995), é sugerida também uma intervenção global que vise nas organizações em geral, a neutralização das emoções; o isolamento das emoções e a prescrição das emoções.

Significa pois que dependendo da organização, dos seus objectivos e situações, assim deverão ser utilizadas e valorizadas as emoções de cada um dos trabalhadores, como algo fundamental para o desenvolvimento da organização. Se em algumas organizações se pretenderá neutralizar as emoções ou isolá-las sob risco destas constituírem uma barreira na obtenção de resultados, certo é, que nas organizações de saúde devem ser prescritas emoções, considerando que existirá uma expressão, que se pretende adequada, na utilização da empatia, da diplomacia, até do próprio humor. Por outro lado na prescrição das emoções pretende-se também controlar, reconhecendo a expressão por vezes inadequada das emoções, na utilização do pânico, da cólera ou do nervosismo, conforme verificamos na proposta de prática organizacional expressa no Quadro nº15 abaixo descrito.

Quadro nº 15 – Proposta de prática organizacional

MÉTODO	NEUTRALIZAÇÃO DAS EMOÇÕES	ISOLAMENTO DAS EMOÇÕES	PRESCRIÇÃO DAS EMOÇÕES	DISSONÂNCIA DAS EMOÇÕES
- PROCEDIMENTOS - NORMAS - EXIGÊNCIAS ORGANIZACIONAIS	Controlo Normas Racionalidade	Controlo racional	Controlo das emoções e dos comportamentos	Utilização de conhecimentos pessoais, suporte social
DIFUSÃO	Estrutura rigorosa de papéis; relações e linguagem	Regulamentos internos e normas implícitas	Difusão da tarefa; Formação continua	Regulação conjunta e não controlada
CONTROLE	Punição	Punição	Punição e Recompensa	Autonomia
OBJECTIVOS	Não expressão ds emoções Bom desempenho	Prevenir emoções desadequadas, mascarar as inapropriadas Bom desempenho	Reforçar expressão adequada e prevenir a desadequada	Melhorar a performance; diminuir conflitos; interpretação correcta das situações; expressão apropriada das emoções

FONTE: Ashford e Humphrey (1995)

No fundo esta proposta assenta acima de tudo no reconhecimento de que as emoções existem e são essenciais a vida pessoal e profissional de cada pessoa, uma vez que a sua correcta utilização trará benefícios na performance, nas relações interpessoais e até no evitar de consequências negativas para a saúde. Se em linhas de montagem se pretenderá neutralizar e isolar as emoções, nas organizações de saúde, onde pessoas cuidam de pessoas, na sua fragilidade e essência, a inteligência emocional é essencial, numa não dissonância emocional mas sim numa forma consciente e correcta de viver e utilizar as emoções.

Como nos diz Damásio (2003) está em nós, a nível do córtex pré-frontal, na autoconsciência das nossas emoções, a possibilidade de enaltecermos e reforçarmos sentimentos positivos e benéficos assim como a capacidade de controlarmos emoções perturbadoras, impedindo que os sentimentos negativos dominem.

É pois essencial usar as emoções, reconhecendo-as, treinando-as e prevenindo o seu uso inapropriado, tendo em conta todos os mecanismos de suporte referidos e tendo consciência de que emoções, sentimentos e estados de fundo positivos como a empatia, o entusiasmo, a alegria, a motivação, a disponibilidade, entre outros são fundamentais

para o sucesso pessoal e profissional. No reconhecimento porém de que os negativos são consequentemente prejudiciais.

A rentabilidade das organizações está assim cada vez mais relacionada, com a qualidade da vida profissional, com a vontade individual e do grupo de pertencer e ser parte activa da organização. A afectividade que une cada actor organizacional, a identificação, a meta, parecem também determinar a motivação e o empenho. Sentimentos de hostilidade e desconfiança, ressentimentos e conflitos podem ser altamente prejudiciais.

Pretende-se pois usar e aliviar tensões, canalizá-las, usar cada aspiração individual como elemento essencial no concretizar do projecto da organização. Uma visão em conjunto e para o conjunto, no reconhecimento da individualidade e da identidade de cada um. Porque o poder está no profundo conhecimento do outro e de si próprio, na vivência emocional. O reconhecimento das capacidades de cada um, na necessidade de colaboração e cooperação de cada profissional, deve ser instaurado e reforçado.

Zorrinho et al (2003) considera que uma organização humana é a disposição de relações entre os indivíduos, constituindo estes, um potencial que lhe confere qualidades desconhecidas. Sendo encarada como um sistema aberto e complexo, com dinâmica própria, em constante reorganização, necessita dos novos conhecimentos, competências e intervenções. A sua complexidade prende-se desta forma ao potencial humano. O autor defende igualmente que uma empresa nunca utiliza por completo todas as potencialidades do seu pessoal, seus saberes e os seus recursos, devendo no entanto saber e reconhecer que eles existem e que são fontes incomparáveis de inovação e riqueza.

Em síntese serão pois condições essenciais para a obtenção de uma maior satisfação no trabalho e conseqüente melhor desempenho: o conhecimento das vivências emocionais e a correcta gestão das emoções e sentimentos; os objectivos e metas comuns; o trabalho de equipa; a comunicação e cooperação aberta e efectiva entre todos os profissionais de saúde; o compromisso e a valorização individual, e a certeza de que cada profissional será suportado e acompanhado por equipas especializadas, que se preocupam e reconhecem o seu inigualável valor enquanto profissional e enquanto pessoa. Em gíria o que nos prende é o que nos liberta, que as emoções e os sentimentos que tantas vezes nos prendem e desgastam, sejam o caminho comum para empreender, lutar e continuar...

NOTA FINAL

A especificidade da doença oncológica transposta nos cuidados ao doente exigências e características particulares, na relação, no envolvimento ou falta dele, no crescimento e enriquecimento pessoal e profissional, no desgaste, nas formas de lidar com esse desgaste e nas expectativas de ser e cuidar cada vez melhor. O cancro encerra pois um turbilhão de sentimentos e emoções, para quem o possui mas também para quem com ele e por ele assume um papel principal.

O reconhecimento do impacto emocional que determinadas experiências têm para os entrevistados, significa também a possibilidade destes se libertarem, na consciencialização do outro e deles próprios.

Num conflito de papéis, poderes e saberes, num contágio de emoções e de sentimentos, a maioria negativos e perturbadores ligados à separação, à morte e ao sofrimento, os enfermeiros entrevistados viveram experiências absolutamente marcantes, enriquecedoras mas também perigosas e desgastantes. Protegem-se recorrendo a eles próprios, recorrendo aos outros, desejando outros suportes e outras formas de acompanhamento e reconhecimento, na certeza de que são também pessoas que cuidam de pessoas, e que por isso precisam de tenção e disponibilidade em prol, de uma optimização dos cuidados e da própria organização. Consideram sentir e viver mais e por isso sofrem mais...

Desejam contribuir para a melhoria das práticas, desejam ser cuidados e valorizados. São enfermeiros, actores que vivem no palco da prestação de cuidados ao doente oncológico onde os cenários se confundem, onde hoje são actores principais e amanhã meros figurantes. Participam numa peça onde a vida e a morte entram de mãos dadas em cada correr das cortinas. O bater teima em ecoar o constante início de diferentes histórias tão diferentes e semelhantes, tão ricas, tão duras e tão frágeis. Ouvem a música, respiram fundo, vestem e despem os seus fatos, recorrem aos bastidores, usam máscaras, trocam de lugares mas permanecem no palco, mais fortes e maduros, mas mais frágeis e distantes, como se a peça que hoje termina estivesse apenas a (re) começar...

BIBLIOGRAFIA

- ALBARELLO, Luc et al (1997). *Práticas e métodos em Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva – Publicações Ltd.
- ALBUQUERQUE, A. (1987). *Stress: causas, prevenção e controlo*. Lisboa: Texto Editora.
- ALMEIDA, J; MADUREIRA, J. (1995). *A investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- AMÂNDIO, Sofia Lay (2002). *O Lugar Social das Emoções na Investigação Científica em Ciências Sociais*, Dissertação no Vº Congresso Português de Sociologia. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Universidade Nova de Lisboa.
- ANJOS, Lila A. F. (1996). *Cuidar é amar*. Tese do Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas.
- ASHFORTH, B. E; HUMPHREY, R. H. (1995). “Emotion in the work place: A reappraisal”, *Human Relations*. England: 2 (48), 97- 125.
- BASTO, Marta Lima (1998). “A imagem externa dos enfermeiros: representação social dos enfermeiros”, *Enfermagem*. Lisboa: 12, 24-28.
- BARDIN, Laurence (2005). *Análise de conteúdo*. (3ª edição). Lisboa: Edições 70.
- BELL, Judith (2004). *Como realizar um projecto de investigação – um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. (3ª edição). Lisboa: Gradiva.
- BENNER, Patrícia (2001). *De iniciado a perito*. (edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- BOGDAN, R; BIKLEN, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- BOLTON, Sharon (2000). “Who cares?Offering emotion work as a gift in the nursing labour process”, *Journal of Advanced Nursing*. England: 32 (3), 580-586.
- BUCKMAN, R. (1984)- “Breaking bad news: why is still so difficult?”, *BMJ*: 288 1597-1599.

- CAPLAN, Gerald (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- CARAPINHEIRO, Graça (1998). *Saberes e Poderes no Hospital – uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento – Centro de Estudos Sociais.
- CARMO, H; FERREIRA, M. (1998). *Metodologia de investigação: guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- CERQUEIRA, Carla (1999). “Uma perspectiva filosófica do cuidar”, *Enfermagem Oncológica*. Porto: 9, 41-49.
- CHALIFOUR, Jacques (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers*. Québec: Galton Morin Éditeur.
- CHAVES et al (2000). “Coping: significados, interferência no processo saúde – doença e relevância para a enfermagem”, *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo*. São Paulo: 34, 370-375.
- CIBANAL, L. (1991). *Interrelacion del profesional de enfermería com el paciente*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- COLLIÈRE, Marie Françoise (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COLLIÈRE, Marie Françoise (2003). *Cuidar...A primeira arte da Vida*. (2ª edição). Loures: Lusociência.
- COSTA, A; JOSEFINO, V. (2005). “Mecanismos de Coping para a gestão do stress na UCI – perspectiva dos enfermeiros”, *Pensar em Enfermagem*. Lisboa: 2 (9), 14-22.
- CRESWEL, John (1994). *Qualitative & Quantitative Approaches – Reserach Desing*. United States of America: Sage Publications.
- CROZIER, M;FRIEDGERG, E. (1977). *L'acteur et le système: les contraintes de l'aaction collective*. Paris: Éditions du Seuil.
- DAMÁSIO, António (1998). *O Erro de Descartes – Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Circulo de Leitores.
- DAMÁSIO, António (2000). *Sentimento de si – O corpo, a emoção e a neurocirurgia da consciência*. Mem Martins: Publicações Europa – América.
- DAMÁSIO, António (2003). *Ao encontro de Espinosa – As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Mem Martins: Publicações Europa – América.

- DIOGO, Paula Manuela (2004). *A vida emocional do enfermeiro na sua prática cuidadora*. Tese de Mestrado. Porto: Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel-Salazar.
- DUARTE et al (2004). *As condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas.
- DURÁ, Maria do Rosário Dias (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica – Manuais Universitários 22*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ESTEVES, Raquel (1995). “Os profissionais de saúde para uma intervenção humanizada do sofrimento”, *Divulgação*. Lisboa: 34, 27-30.
- EKEDAHL, M; WEGSTROM, Y. (2005). “Nurses in cancer care – coping strategies when encountering existential issues”, *European Journal of Oncology Nursing*. (Elsevier). UK: 9, 146-158.
- FABIÃO, António et al (2005). “Formação: Contributo para a qualidade”, *Servir*. (Associação católica de enfermeiros e profissionais de saúde). Lisboa: 5 (53) 235-247.
- FERREIRA, Noeli Marchioro (1996). “A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica”, *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. São Paulo: 2 (30), 229 – 253.
- FORTIN, Marie Fabienne (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- FRIEDBERG, Erhard (1995). *O poder e a regra – dinâmicas da acção organizada*. Lisboa: Instituto Piaget.
- FROGGATT, Katherine (1998). “The place of metaphor and language in exploring nurses emotional work”, *Journal of Advance Nursing*. England: 2 (28), 332-338.
- GAULTIER, Benoîte (2003). *Investigação Social – da problemática à colheita de dados*. (3ª edição). Loures: Lusociência.
- GOLEMAN, Daniel (1998). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates - Actividades Editoriais.
- GOLEMAN, Daniel (2003). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Circulo de Leitores.
- GIL, António C. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (2ª edição). São Paulo: Atlas.
- HENNEZEL, M; LELOUP, J. (2001). *A arte de morrer*. (3ª edição). Lisboa: Editorial Notícias.

- HESBEEN, Walter (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- HESBEEN, Walter (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- HESBEEN, Walter (2004). *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Loures: Lusociência.
- ISIKHAN, Vedat et al (2004). “Job stress na coping strategies in health care professionals working with cancer patients”, *European Journal of Oncology*. (Elsevier). UK: 8, 234-244.
- KUBLER-ROSS, Elisabeth (1994). *Sobre a morte e o morrer*. (6ª edição). Lisboa: Martins Fontes.
- LAZARUS, R. S; FOLKMAN, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Company.
- LAZURE, Helène (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- LEAL, M. P. (1998). *Stress e Burnout*. Porto: Medibial.
- LOFF, Ana Maria (1987). “Levantamento sobre situações de risco profissional no pessoal de Enfermagem”, *Cadernos de Divulgação*. Lisboa: 1.
- LOFF, Ana Maria (2000). “Risco e Penosidade Oncológica – Implicações na gestão dos recursos humanos”, *Enfermagem Oncológica*: Porto, 15:13-26.
- LORETO, Deolinda (2001). “Burnout em Enfermagem Oncológica”, *Enfermagem Oncológica*. Porto: 20, 18-25.
- LOPES, Manuel José (2001). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral – Alguns dados e Implicações*. (2ª edição) Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- LOPES, Manuel José (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- LUÍS, Isabel Silva (2000). *Stress Ocupacional em Profissionais de Saúde Hospitalar – Análise exploratória da relação entre percepção das características do trabalho, clima organizacional, satisfação, absentismo - doença, saúde e bem-estar*, Tese de Mestrado em Saúde Pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

- MACKERETH, Peter et al (2005). “Improving stressful working lives: complementary therapies, counselling and clinical supervision for staff”, *European Journal of Oncology Nursing* (Elsevier). UK: 9, 147-157.
- MARQUES, Maria da Conceição (2004). “Emoção e conhecimento nas organizações”, *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*: FGV ebape e Indeg Business School ISCTE, Abr/Jun: 2 (3), 18 -26.
- MARTINS, Catarina (1999). *Vivências dos familiares face ao internamento do doente oncológico - Que necessidades?* Trabalho final de Especialidade Médico-cirúrgica. Beja: Escola Superior de Enfermagem de Beja.
- MARTINS, Edna et al (1999). “Reacções e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte”, *Revista Brasileira de Enfermagem*: Brasília, 52, 105-117.
- MARTINS, Maria de Lourdes (1996) “Reflexões sobre as relações interpessoais ao cuidar o doente terminal”, *Servir*. Lisboa: 6 (44), 283 – 290.
- MERCADIER, Catherine (2004). *O Trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência.
- MENDES, A. (1995). *Síndrome de Burnout em enfermeiros de psiquiatria – Contribuição para o estudo dos factores do ambiente e da pessoa no seu ambiente*. Tese de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Medicina.
- MOREIRA, Isabel Maria (2001). *O doente em fase terminal em contexto familiar*. (1ª edição). Coimbra, formasa formação e saúde.
- NETO, Félix (1992). *Solidão, embaraço e amor*. Porto: Centro de Psicologia Social.
- NETO, Isabel G. et al (2004). *A dignidade e o sentido da vida: Uma reflexão sobre a nossa existência*. Cascais, Editora Pergaminho.
- NEVES, Maria de Céu; PACHECO, Susana (2004). *Para uma ética da enfermagem – desafios*. Coimbra: Gráfica Coimbra.
- OATLEY, Keith; JENKINS, Jenniffer (2002). *Compreender as emoções*. Lisboa: Instituto Piaget.
- PARREIRA, Pedro (1998). *Contacto com a morte e síndrome de burnout*. Tese de Mestrado em Psicologia. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- PEREIRA, Maria Deolinda (1994). *A representação do cancro nos enfermeiros*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas -Universidade Católica Portuguesa.
- PIRES, A; ARONSON, E. (1989). *Career Burnout: Causes and cure*. New York: The Free Press.
- POLIT, D. e HUNGLER, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (3ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.
- QUEIRÓS, Paulo J. (1998). “Burnout em enfermeiros – Comparação de três grupos”, *Sinais Vitais*. Coimbra: 16, 17-21.
- QUEIRÓS, Paulo J. (2003). “O que causa mal-estar, stresse, em enfermeiros?”, *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra: 8, 3-7.
- QUEIRÓS, Paulo J. (2005). “Burnout no trabalho e conjugal nos enfermeiros e o clima organizacional”, *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra: 11, 3-16.
- QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L.V. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. (3ª edição). Lisboa: Gradiva.
- RAINHO, Conceição (2005). “Síndrome de burnout em enfermeiros: aplicação do questionário breve de burnout”, *Nursing*. Lisboa: 205, 7 – 11.
- RISPALI, Dominique (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- RILEY, Júlia Balzer (2004). *Comunicar em enfermagem*. (4ª edição). Lisboa: Lusociência.
- RODRIGUES, Ana (2005). Dificuldades sentidas pelos enfermeiros que lidam com doentes portadores de cancro”, *Nursing*. Lisboa: 198, 32-37.
- ROGERS, Carl (1985). *Tornar-se Pessoa – Psicologia e Pedagogia*. Lisboa: Moraes Editores.
- SÁ, Eunice (1996). “A especificidade da enfermagem oncológica”, *Enfermagem Oncológica*. Porto: 0, 15 – 17.
- SÁ, Luís (2004) “Burnout em enfermagem oncológica”, *Enfermagem Oncológica*. Porto: 30 (31), 14-37.

- SELYE, H. (1979). *Stress and Survival – the Emotional Realities of Life – Threatening Illness*. USA: Mosby Company.
- SERRA, António Vaz (1998). “Emoções e psicopatologia”, *Psiquiatria Clínica*, Coimbra: 19, 157-164.
- SERRA, António Vaz (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica Coimbra Lda.
- SHAUFELI, W. et al (1993). *Professional burnout: recent developments in theory research*. Washigton: Taylor & Francis.
- SILVA, A. S; PINTO, J.M (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento.
- SILVA, Carlos (2001). *Relatividade e Complexidade da relação Actores – Organização*, Tese de Doutoramento. Évora: Universidade de Évora.
- SILVA, Carlos (2004). *O Labirinto da Enfermagem – Participação e Profissionalismo*. Lisboa: Edições Colibri.
- STONGMAN, Kenneth T. (1998). *A psicologia das emoções*. (4ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- STEDFORD, Averil (1986). *Encarando a Morte – uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto alegre: Editora Artes Médicas.
- SEHR, Marion M. (1998). *Teste a sua inteligência emocional*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- TEIXEIRA, Sebastião (1998). *Gestão das Organizações*. Lisboa: Mc Graw-Hill.
- UVA, Sousa; FARIA, M. (1992). *Riscos Ocupacionais em Hospitais e Outros Estabelecimentos de Saúde*. Lisboa: Sindicato Independente dos Médicos e Federação Nacional dos Médicos.
- VALA, Jorge (2001). *A análise de conteúdo - Metodologia das Ciências Sociais*. (11ª edição). Porto: Afrontamento.
- WATSON, Jean (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WITT, Aracy (1981). *Pesquisa em enfermagem*. Águeda: Gralifarte.
- ZORRINHO, Carlos et al (2003). *Gerir em Complexidade – Um novo paradigma da gestão*. Lisboa: Edições Sílabo.

LEGISLAÇÃO:

- **Artigo 57 DL nº 437/91 de 8 de Novembro** – Diploma Legal de benefícios para a Enfermagem Oncológica e Psiquiátrica.

- **Decreto-Lei nº26/94 de 1 de Fevereiro** – Objectivos dos Serviços de Saúde Ocupacional.

- **Artigo 4 do Regulamento Interno do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E. 2003** – Missão I.P.O.

- **Decreto-Lei nº 233/2005** – Transformação em Entidades Publicas Empresariais as entidades às quais havia sido atribuído o estatuto de Sociedade Anónima de Capitais exclusivamente públicos.

OUTROS DOCUMENTOS:

www.portoeditora.pt/dol/

<http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm>

ANEXOS

Anexo I

Pedido de autorização do estudo concedido pela
Instituição



MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E
Rua Prof. Lima Basto 1099 023 LISBOA
Tel.: 21 722 98 24 Fax: 21 724 90 24
e-mail: dse@ipolisboa.min-saude.pt
Direcção dos Serviços de Enfermagem

Exm^a. Senhora
Enf^a. Dora Lisa Rocha Franco
Unidade de Enfermagem 4 (GUP)
Instituto Português de Oncologia de
Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.

Lisboa, 6 de Abril de 2006

DSE-91

Assunto: Projecto de Investigação: "A experiência emocional do enfermeiro no cuidado do doente oncológico"

Em resposta à vossa solicitação, cumpre-me informar que a realização do estudo de investigação supra-citado foi autorizada.

Gostaríamos ainda, de ter conhecimento das conclusões do estudo.

Com os melhores cumprimentos, *[assinatura]*

A Enfermeira Directora

[assinatura]
Ana Pereira de Campos

Anexo II

Consentimento Informado

NOTA EXPLICATIVA

Sou a Dora Franco, Enfermeira com o número mecanográfico 61973, na Unidade de Enfermagem IV, do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil EPE, estou a frequentar o mestrado em Intervenção Sócio - Organizacional em Saúde – Especialização em Políticas de Gestão e Administração de Serviços de Saúde, na Universidade de Évora/Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. No âmbito do referido mestrado estou a desenvolver um estudo intitulado “A vivência emocional do enfermeiro prestador de cuidados ao doente oncológico”, orientado pelo Prof^o Doutor Manuel Lopes. Com este estudo pretendo:

- Compreender a experiência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente oncológico
- Caracterizar as principais emoções, resultantes da prestação de cuidados ao doente oncológico, e respectivas estratégias adoptadas
- Identificar aspectos gratificantes e desgastantes resultantes do trabalho em oncologia
- Inferir sobre a necessidade de suporte/acompanhamento psicológico ao enfermeiro prestador de cuidados ao doente oncológico

Para a concretização do referido estudo preciso de realizar entrevistas semi-directivas. Numa primeira parte pretendo legitimar a entrevista, caracterizando o entrevistado e numa segunda parte realizarei a seguinte questão: recorde experiências, na prestação de cuidados ao doente oncológico, que o tenham marcado significativamente...Relate-me as que considera mais penosas e as mais gratificantes. Numa terceira fase, de balanço, realizarei questões várias de acordo com o descrito, para que o entrevistado compreenda as razões da escolha da situação e tome consciência do processo.

Se aceitar participar no estudo que realizo garanto antecipadamente que guardarei rigoroso sigilo sobre os dados que me forem confiados.

Grata pela atenção dispensada, solicito a assinatura de Vossa Excelência no consentimento que se segue.

CONSENTIMENTO INFORMADO

----- , declaro que li a folha informativa referente ao trabalho da autoria de Dora Franco (“A vivência emocional do enfermeiro prestador de cuidados ao doente oncológico”), que compreendi a temática, os objectivos e a metodologia do estudo de investigação e fui esclarecido quanto às dúvidas suscitadas. Compreendo igualmente que não terei nenhum tipo de benefício ou prejuízo pela minha colaboração neste estudo.

Pelo presente documento, dou o meu consentimento para que me seja efectuada uma entrevista com gravação áudio, no âmbito do referido estudo e posterior utilização dos dados para a realização da tese final de mestrado, mantidas as condições de confidencialidade e rigor científico.

Assinatura

Data

A investigadora

Dora Lisa Rocha Franco

Anexo III

Guião da entrevista

ENTREVISTA:

- Semi-estruturada

GUIÃO DA ENTREVISTA:

- BLOCO I – *Legitimação da entrevista* (Motivar o entrevistado para a sua participação no estudo)
- BLOCO II – *Experiências emocionais*
- BLOCO III – *Estratégias de adaptação utilizadas (coping centrado no controlo das emoções e coping orientado para a resolução de problemas)*
- BLOCO IV – *Necessidades de suporte emocional sentidas*

GUIÃO DE ENTREVISTA

BLOCO I – *Legitimação da entrevista:*

- Informar sobre a realização de um estudo exploratório sobre a vivência emocional do enfermeiro cuidador do doente oncológico, de forma a compreender como a prestação de cuidados pode influenciar o seu desempenho profissional e a sua vida pessoal. Tem como objectivos ainda caracterizar as principais emoções, resultantes da prestação de cuidados ao doente oncológico, e respectivas estratégias adoptadas, pelos enfermeiros, face aos mesmos; identificar aspectos gratificantes e difíceis resultantes do trabalho em oncologia; determinar a influência do género na gestão das emoções resultantes da prestação de cuidados ao doente oncológico; e inferir sobre a necessidade de suporte/acompanhamento psicológico ao enfermeiro prestador de cuidados ao doente oncológico.
- Solicitar a colaboração dos entrevistados – consentimento informado;
- Assegurar a confidencialidade e o anonimato;
- Solicitar autorização para a entrevista e gravação da mesma;
- Caracterização do entrevistado quanto ao género, idade, grau de instrução e tempo de serviço.

BLOCO II – *Experiências emocionais:*

- Recorde situações, na prestação de cuidados ao doente oncológico, que o tenham marcado significativamente...O que sentiu? De que forma influenciaram o seu desempenho profissional? E sua vida pessoal foi de algum modo afectada?
- Refira aspectos que considere gratificantes e difíceis de lidar na prestação de cuidados ao doente oncológico

BLOCO III – *Estratégias de adaptação utilizadas (coping centrado no controlo das emoções e coping orientado para a resolução de problemas):*

- Como lidou e lida com os aspectos que considera mais difíceis ou desagradáveis resultantes da prestação de cuidados?

BLOCO IV – *Necessidades de suporte emocional sentidas:*

- Sente algum tipo de necessidade de suporte ou ajuda psicológica? Especifique...

Anexo IV

Entrevista e respectivo corpo de análise

ENTREVISTA 3

APRESENTAÇÃO

CONSENTIMENTO INFORMADO

CARACTERIZAÇÃO:

Nome: R. L.

Sexo: Feminino

Idade: 28 anos

Habilitações académicas: Bacharelato em Enfermagem

Experiência em oncologia: 9 anos

Tempo de Serviço: 9 anos

Formação: Formação variada na área da Oncologia

Tempo de entrevista: 55 minutos

Gostaria que recordasse situações na prestação de cuidados ao doente oncológico que a tivessem marcado significativamente...relate-me a que considera mais importante...

É assim... embora este questionário seja anónimo devo já dizer que eu própria também sou doente oncológica, portanto é complicado quando a gente lida aqui com os nossos doentes, com os problemas deles... se calhar agora estou a ter um flash de tantas situações que me marcaram... mas tenho uma que quando eu passei para o lado de lá, quando estive doente me marcou... uma vez à já alguns anos, uma doente que já não é viva... olhou para mim e disse-me “a enfermeira tem umas pestanas tão bonitas...”, quer dizer “umas pestanas!”, pensei – mas quem é que se lembra de dizer que tenho umas pestanas bonitas? Ri-me e disse-lhe “mas é rímel não é nada de especial...” e de repente olhei para as pestanas da doente e de facto ela não tinha pestanas... e disse-me muito revoltada “pois até isso a quimioterapia me levou” e... ela que tinha um aspecto cuidado, que se notava que gostava dela mesmo... devido ao seu estado, devido ao impacto da doença, da alteração da imagem... estava revoltada com tudo.... eu não sobe o que dizer, fiquei... bem... fiquei triste comigo e com a minha falta de atenção e compreensão da situação da doente... passado uns bons anos, se calhar uns 4 anos depois desta conversa estava eu no lugar de doente... olhava-me ao espelho e tinha alopecia marcada... fui a

casamento, preparei-me para pôr rímel e não tinha pestanas... e naquele momento eu voltei a lembrar-me daquela doente e aí consegui perceber palavra por palavra do que ela disse... e é claro que isto é a consciência, a reflexão, de quem sentiu na pele, de quem viveu tudo isto... aprendi e cresci comigo mas com esta história... mas esta é uma, tenho muitas outras histórias que me marcaram e marcam no dia a dia... as palavras, as atitudes que têm... às vezes um simples fechar dos olhos... que eu se calhar porque estive do lado de lá compreendo... é-me familiar, é-me agora mais fácil compreender o que é dito e não é dito... e se calhar esta é a grande experiência de viver e de trabalhar em oncologia... o encontro com o outro... que é aprimorado com a experiência... se nós estivermos realmente disponíveis cada vez que entramos aqui para trabalhar... é claro que todos nós temos problemas lá fora que influenciam a forma de lidarmos com as situações... mas se tivermos uma disponibilidade... nós conseguimos captar muito mais do que aquilo que à primeira vista o doente nos está a dizer... eu costumo dizer que aquilo que o doente nos quer dizer habitualmente não nos diz...

Não diz...

Normalmente nós temos colegas que lhes custa lidar com determinadas situações... elementos novos que vêm ter comigo e me pedem para falar com os doentes porque não sabem o que lhes dizer... normalmente quando nós estamos junto de uma pessoa que está a chorar nós dizemos para não chorar mas eu... se calhar porque passei por isso... digo chore! A pessoa chora e depois para de chorar... faz falta chorar, faz falta respeitar o silêncio do doente... faz falta entrar no mundo do doente... e só assim podemos entendê-lo na sua plenitude... e para isso não é preciso passar pelo que eu passei, mal seria... é preciso experiência, é preciso tempo, disponibilidade para entender as posições, o movimento, o olhar... também é importante saber a fase, o tempo em que o doente está... e para isso não há formulas... é a empatia, a sensibilidade... acima de tudo disponibilidade para tentar ser o outro sendo eu própria... há dias em que estou mais aberta aos problemas deles e outros nem por isso... também tenho os meus problemas, os meus estados de espírito... e dependendo deles assim me envolvo mais ou menos... assim sofro mais ou menos... ou bem que tenho disponibilidade para o doente, para aos seus problemas ou então nem vale a pena aproximar-me dele, nem vale a pena porque não me estou a ligar realmente... eu sou assim... se me meto numa coisa meto-me toda... também podes pensar que existem dias em que porque não estou tão disponível as coisas não são feitas... não, não é isso... existem é dias em que não invisto

tanto no outro...mas continuo a cuidar...sei é até onde vou...e porque vou...estes doentes são muito particulares...especiais...cuidar destes doentes é muito mais rico, muito mais complexo...a relação que se estabelece é única pela força e pela importância...são doentes que dependem muito de nós...mais emocionalmente que fisicamente...

Acha que o facto de ter estado doente lhe confere uma maior capacidade de auto-conhecimento, tornando a prestação de cuidados mais efectiva?

É isso...nesse período menos bom da minha vida passei a conhecer-me mais a mim própria e isso ensinou-me a valorizar o outro ... a transmitir uma energia mais positiva aos outros...apesar de ter consciência da diferença...da diferença entre pessoas e entre os diagnósticos porque aqui é muito pior... aos doentes que eu me aproximo mais e que acho conveniente eu digo que já passei por o mesmo e estou aqui...eu costumo dizer que se tivesse que morrer hoje morreria feliz...porque já vivi na plenitude, já me entreguei e já me conheci... quantas pessoas vivem uma vida inteira e não se conhecem? Que fogem de si mesmos?

Para além da vivência particular enquanto doente oncológica, considera enquanto enfermeira que a prestação de cuidados ao doente oncológico, no contacto com a situação que me descreveu como marcante, influenciou e influencia a sua vida pessoal e profissional?

Sem dúvida alguma que trabalhar em oncologia, com pessoas tão diferentes, com estratos sociais e vidas tão diferentes das nossas mas ao mesmo tempo tão parecidas...pessoas que nos dizem...vá...aproveite a vida, compre o que lhe apetecer, diga e faça aquilo que eu não fiz, porque adiei e agora estou aqui...bem isto faz-nos pensar na vida, valoriza-a...nós que lidamos todos os dias com a morte, com pessoas que estão a sofrer...ainda no outro dia, por causa desta febre do euro-milhões, falava com um colega sobre o que poderíamos fazer com o dinheiro que nos iria sair no euro-milhões...e dissemos as coisas mais disparatadas à frente de um doente que estava com compressão medular e que não voltaria a andar devido à doença...estávamos na brincadeira e envolvemos a doente nessa brincadeira...e ela às tantas respondeu-nos: “Pois eu só queria andar” e eu...bem são palavras destas que nos fazem aproveitar mais a vida lá fora...bem eu acho que trabalhar em oncologia é...bem...por sermos enfermeiros já somos pessoas diferentes, com uma certa sensibilidade...e trabalhar em

oncologia...e especificamente neste serviço, onde o caminho dos doentes é típico do caranguejo...a andar para trás...ficamos...damos um valor à vida...e eu, e eu... (aumenta o tom da voz) passei a dar muito mais valor às pequenas coisas da vida... tanta gente diz “Estou tão chateado!” e eu aprendi a dizer “Estou tão feliz!”...porque habitualmente nós achamos e dizemos que estamos cansados e chateados...e eu com estas pessoas e comigo mesma também, aprendi a dizer que sou feliz... numa felicidade que não é ininterrupta...mas que também existe...

O que é que sentiu quando, ao planear como gastar o dinheiro do euro-milhões, a doente lhe disse que ela só queria era andar?

Foi muito complicado...eu olhei para as minhas pernas e pensei assim...ainda tu penas que tens as pernas magras e altas, ou gordas e feias...mas tu podes andar...bem foi...é um sentimento...também tem a ver com o que achas que é para ti qualidade de vida, que é subjectivo...mas pensei que se fosse comigo...há uma coisa que a mim me toca de forma particular...que é a dependência...acho que lidaria melhor por exemplo com um traqueotomia...e olha que eu adoro falar...que com a eventualidade de ficar sempre na cama...foram muitos sentimentos que me vieram à cabeça...a vergonha, a pena...eu queria um buraquinho para me enfiar, não lhe consegui dizer nada...é isso...nós já temos todas as riquezas...e percebemos isso aqui...

Tem-me referido aspectos gratificantes do cuidar em oncologia, como o auto-conhecimento, a valorização da vida...acha que existem também aspectos penosos resultantes da relação que se estabelece com o doente oncológico?

Muitos...quantas vezes nós não saímos daqui...por exemplo no turno da tarde...às onze e meia da noite e no carro nos vem à memória a palavra de esperança de um doente que nós sabemos que vai morrer...ou o abraço de uma família que nos agradece a forma como cuidámos do familiar que morreu...vêm-nos agradecer o quê? É assim, eu já aprendi...com o tempo...a sentir-me menos frustrada com a morte e o sofrimento dos doentes...dantes eu sentia muito, muito...e sonhava com eles e pensava neles...agora é menos problemático mas ainda me desgasta e eu acho que essa é a parte má da coisa e...e já aprendi a lidar com isso e às vezes já me sinto feliz quando tive um turno produtivo...quando tenho um doente em fim de vida iminente e consigo dar voltas e voltas...e fazer que por exemplo a família fique ali...isso deixa-me realizada...por outro lado são também esses momentos que me marcam...eu emocio-no-me com muita

facilidade...com o olhar, com o toque da família...e tão depressa estou a rir com o doente como estou a chorar...vivo-o muito de perto e por isso também levo isso comigo às vezes...é mais fácil eu deixar os meus problemas lá de fora lá fora, que deixar os problemas de cá, cá dentro...e quantas vezes eu aqui aguento tudo e mais alguma coisa e chego a casa, super cansada e stressada e começo a disparatar com as pessoas que estão lá, que não têm culpa e nem sequer entendem...e depois não vou falar destas situações com as outras pessoas, porque as pessoas não nos entendem ou porque não podemos mesmo falar pelo segredo profissional que ao silencio nos obriga...e acabo por me fechar um pouco muito...nós somos uma equipa jovem e eu acho que é isso que nos mantém mentalmente equilibrados...porque sabemos brincar...brincar até com a desgraça...que é mesmo assim...porque não tem a ver com gozar, nada disso...é saudável para nós brincarmos com as situações...porque nos é complicado lidarmos com a maioria das situações... de morte...de sofrimento...eu sou das mais velhas do serviço...com 28 anos e eu admiro as pessoas recém formadas virem para aqui trabalhar, porque isto custa...desgasta...eu também fiz o mesmo...mas se calhar agora não o faria porque para se trabalhar aqui é preciso uma certa maturidade...

Alguma vez se sentiu esgotada emocionalmente?

Já...no início não sabia lidar com as situações de morte, de sofrimento...agora aprendia a valorizar outras coisas e a sentir-me realizada com isso...bem...mas também agora existem situações pontuais que me deixam mais abalada...não tanto como no início em que eu cheguei até a ponderar sair daqui porque não conseguia lidar com o não fazer nada...na altura eu preocupava-se porque não se fazia nada...coitadinha de mim...e neste momento a minha luta é pelo não fazer tudo o que me é pedido pelo médico...existem coisas que eu recuso...tantas vezes eu digo ao médico que o doente está a sofrer, não de dores mas psicologicamente porque espera a morte...e eles dizem que não são psiquiatras para avaliar isso...não é preciso ser psiquiatra...quer dizer...a minha guerra é então de não fazer para poupar o doente, a família...é me muito fácil actualmente pegar numa família e falar com ela abertamente sobre a morte daquela pessoa, prepará-la para isso...é-me muito fácil quando o doente me demonstra isso, falar com ele sobre a morte...consigo fazer isso...passei a entender que às vezes os doentes fazem as perguntas mas já sabem...e dizem “eu vou morrer não vou?”...eles sabem e nós dentro de nós também sabemos...e quando há aquela troca de olhares que eu agora entendo mais que nunca eu pego na pergunta e falo com ele e não faço como a

maioria que diz “vai agora morrer... não pense nisso”... Sinto-me à vontade e pergunto porquê... sinto-me realizada... para ser sincera... chego a recusar picar um doente se está em fase de agonia, em entubar... é um não fazer para o bem do doente... e a revolta, a minha preocupação, o meu desgaste é com a parte médica... e quando vou para casa penso muito nisso... eu posso bater o pé, recusar-me... mas existem coisas que tenho mesmo de fazer... penso muitas vezes que fiz isso e não devia ter feito... revolta-me fazerem coisas só porque o senhor doutor manda... mas também quem sou eu para dizer aos próprios doentes para não fazerem mais... nem sei o que eu faria...

Falou-me há pouco que no início da carreira se sentia mais desgastada emocionalmente, que a morte e o sofrimento lhe causavam transtorno, mas que actualmente se sentia principalmente realizada, que mecanismos de defesa julga ter desenvolvido/utilizado?

Uso principalmente como forma de defesa a banalização da minha morte... sei que vou morrer um dia independentemente de ter ou não uma doença oncológica... porque achava que não ia morrer, que não ia ter uma doença oncológica e afinal aconteceu-me a mim... o medo que eu tinha maior era de ver o outro sofrer... isso eu ultrapassei depois de ter estado doente, porque a minha maneira de viver a vida interfere com a minha forma de trabalhar e vice-versa, eu não posso dissociar... eu um dia tive uma sala com doentes muito deprimidas e faleceu uma doente... tentei evitar que as outras doentes notassem mas é quase impossível... pelas condições físicas... e as doentes ficaram abaladas e eu percebi isso... geralmente nós dizemos que levamos a doente porque está pior e tem de ser transferida para ficar melhor... como se os doentes fossem parvos... mas a minha actuação foi de dizer que a pessoa morreu... estava a sofrer e faleceu... eles tinham consciência e já sabiam... mas notava-se que eles pensavam no fundo quando seriam eles... portanto nesse dia eu disse “a senhora faleceu e todos vamos falecer um dia... temos que aproveitar cada dia, a nossa vida... vocês estão aqui e podem ir para casa bem e eu que estou bem posso ter um acidente de carro e morrer... não precisamos de ter um cancro para morrer”... eu acho que passei a transmitir com mais facilidade aos outros a minha maneira de viver, as minhas frustrações e medos... e isso ajuda-me a não levar as coisas a trás... alivia a minha carga... porque a partilho com os que também a têm... também tento divertir-me... sair com os amigos... viajar...

Acha que era importante haver algum tipo de suporte/intervenção por parte da organização face ao desgaste emocional que me falou?

Acho...sim faz falta...houve em tempos uma psicóloga aqui do serviço que porque precisava de fazer um trabalho quis que obrigatoriamente os enfermeiros fossem lá para desabafar...a partir daí nunca mais pediu para lá irmos...pelo que presumo que todos os nossos problemas tenham ficado resolvidos nesse mesmo dia (Sorri e acena a cabeça com ar de troça) Isto é semelhante à situação que aconteceu em tempos com uma psicóloga que vinha cá falar com os doentes e esta coisa da psicologia...bem ela só vinha às terças e às quintas, entre o meio-dia e as duas e meia...e os doentes que tivessem problemas fora desse horário não interessava...o que acontecia é que as pessoas não a conheciam e por isso não falavam com ela...nós enfermeiros com uma formação básica onde a psicologia é privilegiada...cá está...nós se tivéssemos disponibilidade melhor que ninguém poderíamos ajudar, porque conhecemos o doente efectivamente, estamos lá sempre...eu acho que no fundo a pessoa que precisa procura e quando precisa e não procura sai...e isso já aconteceu muitas vezes neste serviço...há que não consiga lidar com isto e sai...por isso acho que a intervenção de pessoas externas não seria muito apropriado...se fosse uma pessoa que fizesse parte da equipa, que conhecesse o ambiente, com a qual nós tivéssemos uma relação...a pouco e pouco iria aperceber-se dos problemas de cada um de nós...estariamos mais à vontade para falarmos...assim seria terapêutico...de outra forma não...teria de ser uma coisa não pontual, das duas uma ou esperaríamos que nós fossemos falar, apesar da maioria de nós achar que se consegue resolver as coisas falando uns com os outros ou de forma individual...ou então deveria de existir uma pessoa específica para estar sempre aqui...como está a assistente social, a dietista, o médico, as secretárias, as auxiliares... não deveria ser pontual...

Falou-me que a maioria dos elementos da equipa de enfermagem tentam resolver as coisas falando entre vós...fazem algum tipo de reuniões de partilha de forma informal?

Fazemos...aliás as nossas passagens de turno começam às três e meia e terminam muitas vezes às seis...temos um serviço enorme de 48 doentes, não temos um plano de cuidados portanto fazemos essa partilha de informação, de tudo o que mexeu connosco ali...se achamos que é importante desabafar...aliás eu atraso imenso as passagens de turno porque partilho...e às vezes a própria equipa, aqueles que ficam cá a fazer o

turno... dizemos “olha aconteceu-me isto... fiquei abalada...”, por isso eu estava a dizer muitas vezes rimos... e rimos muito... e o rir é uma forma de defesa sem dúvida nenhuma... é como diz a canção “rio para não chorar”... e é mesmo isso, na maioria das vezes ridicularizamos a situação para não sofrermos tanto... e talvez seja por isso que nunca senti necessidade pessoalmente de recorrer a ajuda de técnicos... porque também passei muito... tento não acumular nada... mas sinto que para estes enfermeiros mais novinhos talvez lhes fizesse falta... mas quem sou eu? Eu também já estive cá pela primeira vez... eu era uma pessoa super alegre quando vim para aqui... e aprendi que não posso andar por aí sempre a rir e a cantar porque vejo nos corredores pessoas a sofrer... portanto ser-se o que se é pensando sempre nos outros...

(Entrevistada emocionada ao longo de toda a entrevista... com excelente capacidade de comunicação. Demonstra grande disponibilidade e revela facilidade de partilha e expressão das emoções... ao longo da sua narrativa reporta-se muitas vezes para a sua vida pessoal... numa constante analogia de experiências, enquanto doente oncológica.

Após o término da entrevista permanece na sala a falar sobre a sua vida pessoal, sobre os doentes... A conversa é depois partilhada com outros colegas que chegam para se prepararem para a passagem de turno. De uma forma muito informal mas sentida as palavras de todos fluem sem constrangimentos ou medos, como se eu nem estivesse ali. Assisto a um verdadeiro momento de partilha... tão rico mas tão frágil... recordam histórias comuns e os olhares ficam emocionados. Terminam com uma gargalhada envergonhada quando tomam consciência da importância do momento... pegam nos processos verdes dos doentes e voltam a concentrar-se nas folhas de registo e de terapêutica, num silêncio constrangedor que me faz sair da sala)

<p>Aspectos Gratificantes/Positivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento por parte dos elementos mais novos da equipa - Compreensão do outro - Valorização da própria vida - Valorização das pequenas coisas Realização pessoal e profissional 	<p><i>vergonha, a pena... eu queria um buraco para me enfiar”</i></p> <p><i>“... os elementos novos que vêm ter comigo e me pedem para falar com os doentes porque não sabem o que lhes dizer... quando nós estamos junto de uma pessoa que está a chorar nós dizemos para não chorar mas eu... digo chore”</i></p> <p><i>“... eu se calhar porque estive do lado de lá compreendo... é-me familiar, é-me agora mais fácil compreender o que é dito e não é dito...”</i></p> <p><i>“... pessoas que nos dizem... vá... aproveite a vida, compre o que lhe apetecer, diga e faça aquilo que eu não fiz, porque adiei e agora estou aqui... bem isto faz-nos pensar na vida, valoriza-a”</i></p> <p><i>“... e passei a dar muito mais valor às pequenas coisas da vida...”</i></p> <p><i>“... tive um turno produtivo... quando tenho um doente em fim de vida iminente e consigo dar voltas e voltas... e fazer que por exemplo a família fique ali... isso deixa-me realizada”</i></p> <p><i>“... sinto-me realizada... chego a recusar picar um doente se está em fase de agonia”</i></p>
<p>Aspectos Desgastantes /Negativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Morte - Sofrimento - Intervenções de enfermagem sob prescrição médica 	<p><i>“... a morte e sofrimento dos doentes... dantes eu sentia muito... e sonhava com eles e pensava neles... agora é menos problemático mas ainda me desgasta ”</i></p>

<p>Desgaste emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cansaço - Stresse 	<p><i>“...o meu desgaste é acima de tudo relacionado com a parte médica...eu posso bater o pé, recusar-me...mas existem coisas que tenho mesmo de fazer...penso muitas vezes que fiz isso e não devia ter feito”</i></p> <p><i>“...é mais fácil eu deixar os meus problemas lá de fora lá fora, que deixar os problemas de cá, cá dentro...e quantas vezes eu aqui aguento tudo e mais alguma coisa e chego a casa, super cansada e stressada e começo a disparatar com as pessoas que estão lá, que não têm culpa e nem sequer entendem...”</i></p>
<p>Cuidar do doente oncológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Metáfora – evolução da doença - Penosidade do serviço 	<p><i>“...é que trabalhar em oncologia...e especificamente neste serviço, onde o caminho dos doentes é típico do caranguejo...a andar para trás”</i></p> <p><i>“...eu sou das mais velhas do serviço...com 28 anos e eu admiro as pessoas recém formadas virem para aqui trabalhar, porque isto custa”</i></p> <p><i>“...eu cheguei até a ponderar sair daqui porque não conseguia lidar com o não fazer nada”</i></p>
<p><u>ESTRATÉGIAS DE ADAPTAÇÃO</u></p> <p>Coping orientado para a resolução de problemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Banalização da própria morte - Partilha de experiências - Distracção/ Divertimento 	<p><i>“A banalização da minha morte...”</i></p> <p><i>“...acho que passei a transmitir com mais facilidade aos outros a minha maneira de viver...e</i></p>

		<p><i>“...deveria de existir uma pessoa específica para estar sempre aqui... como está a assistente social, a dietista, o médico, as secretárias, as auxiliares... não deveria ser pontual”</i></p>
--	--	---

Anexo V

Quadro Global nº3

AREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	CÓDIGOS DE INTERPRETAÇÃO	FREQUÊNCIA	UNIDADES DE REGISTO
EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO CUIDAR DO DOENTE ONCOLÓGICO	Factores que potenciam a experiência emocional	Idade do doente	Cuidar de doentes jovens em fase terminal	(E1) - 1 (E2) - 2 (E4) - 1 (E7) - 3	<p><i>" (...) ele era o mais novo da família...marcou por ser tão jovem (...) era dependente de nós... (E1)</i></p> <p><i>" (...) quando a doença aconteceu em pessoas novas marca-me muito...penso que são seres que não merecem...e que pode acontecer com as crianças que me rodeiam" (E2)</i></p> <p><i>"...marcam-me muito os miúdos novos (...) uma outra situação que me marcou foi a de um miúdo novo com 18 anos" (E4)</i></p> <p><i>" (...) tem a ver com a fase final que um doente viveu...um doente bastante novo... ⑥" (E7)</i></p>
			Morte de doentes jovens	(E2) - 1	<p><i>" (...) as mais marcante são sempre aquelas que acontecem com pessoas mais novas (...) a morte de uma jovem de 16 anos...afectou-me muito pela idade... (E2)</i></p>
		Grau de proximidade com o doente oncológico e família	Identificação com o doente	(E3) - 4 (E5) - 1 (E6) - 1 (E7) - 2	<p><i>" (...) 4 anos depois desta conversa estava eu no lugar de doente...olhava-me ao espelho e tinha alopecia marcada (...) e naquele momento eu voltei a lembrar-me daquela doente e aí consegui perceber palavra por</i></p>

					<p><i>gente era muito pegado a mim e eu a ele (...) e quando ele morreu custou-me muito” (E4)</i> <i>“Especial pela empatia...pela proximidade que tinha dela” (E10)</i></p>
<p>EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO CUIDAR DO DOENTE ONCOLÓGICO</p>	<p>Sentimentos e Emoções vividos</p>	<p>Sentimentos de emoções universais subtis</p>	<p>Alívio</p>	<p>(E1) – 3 (E7) – 1</p>	<p><i>“ (...) também se sente muito alívio...o alívio do sofrimento do outro quando tudo termina e nós também...porque nós também somos egoístas...” (E1)</i> <i>“Um alívio quando ele faleceu...por ele e por mim (...) por ele não me estar atribuído... ⊕” (E7)</i></p>
			<p>Empatia/disponibilidade; Utilidade</p>	<p>(E3) - 4 (E8) – 1</p>	<p><i>“...ganhei mais disponibilidade para entender as posições, o movimento, o olhar... a empatia, a sensibilidade...acima de tudo disponibilidade para tentar ser o outro sendo eu própria”(E3)</i> <i>“...fiz o que tinha a fazer...senti-me útil...porque no fundo fiz o que gostaria que me fizessem a mim...” (E8)</i></p>
			<p>Injustiça;</p>	<p>(E1) – 1</p>	<p><i>“...sente-se injustiça...lidamos com esta impotência de perda...” (E1)</i></p>

<p>EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO CUIDAR DO DOENTE ONCOLÓGICO</p>	<p>Sentimentos e emoções vividos</p>	<p>Sentimentos de emoções universais subtis</p>	<p>Impotência / Revolta</p>	<p>(E1) - 1 (E2) - 1 (E5) - 3 (E6) - 1 (E8) - 1 (E9) - 1 (E10) - 1</p>	<p><i>“...uma impotência enorme de não poder fazer nada e de querer fazer alguma coisa...na altura fiquei parada perante a mãe e não consegui fazer ou dizer nada” (E2)”</i> <i>“...quando um dia viemos a saber que o doente se tinha atirado de um sétimo andar (...) sinto que poderia ter feito mais...é uma mistura de revolta e impotência” (E5)</i> <i>“...nós sabermos que o que vamos fazer não vai curar o doente...e fica-se assim...” (encolhe os ombros) (E6)</i> <i>“...um senhor que estava cheio de vontade de viver (...) pergunta à médica assistente o que iria ser feito a seguir e ela (...) disse-lhe que não havia mais nada a fazer (...) o doente ficou de rastos e eu senti-me impotente...”(E8)</i> <i>“...acompanhei a evolução da doença, o sofrimento dele e da família (...) impotência...o sentimento de quem não pode dar vida mas apenas a morte...as pessoas querem a vida, a cura e nem sempre se consegue lidar bem com isso”(E9)</i> <i>“...senti que a vida é madrasta às vezes e mais para alguns... e</i></p>
---	--------------------------------------	---	-----------------------------	--	---

<p>EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO CUIDAR DO DOENTE ONCOLÓGICO</p>	<p>Sentimentos e emoções vividos</p>	<p>Emoções primárias</p>	<p>Desilusão</p> <p>Tristeza</p>	<p>(E3) -1 (E6) - 1</p> <p>(E3) - 1 (E4) - 1 (E5) -1 (E6)- 1</p>	<p><i>eu que não pude fazer nada... ”(E10)</i></p> <p><i>“...desiludida com a minha falta de atenção e compreensão da situação da doente”(E3)</i></p> <p><i>“...fiquei desiludida com a vida...que para alguns é tão madrasta...”(E6)</i></p> <p><i>“ (...) devido ao impacto da doença, da alteração da imagem (...) eu não sobe o que dizer, fiquei...bem...fiquei triste comigo e com a minha falta de atenção e compreensão da situação da doente ☺”(E3)</i></p> <p><i>“...chorei muito (...) de tristeza ...como já chorei por muitos doentes que me morrem e aos quais estou por algum motivo mais ligada” (E4)</i></p> <p><i>“...quando um dia viemos a saber que o doente se tinha atirado de um sétimo andar...foi extremamente triste para mim...”(E5)</i></p> <p><i>“...lembro-me de um doente que já morreu...eu tinha acabado de vir de casa de licença de parto(...)ele tinha dois filhos pequenos...ele faleceu e a mulher veio ter comigo...bem</i></p>
---	--------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--	---

<p>EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO CUIDAR DO DOENTE ONCOLÓGICO</p>	<p>Sentimentos e emoções vividos</p>	<p>Emoções secundárias</p>	<p>Medo</p>	<p>(E7) – 1</p>	<p><i>fiquei de rastos...triste”(E6)</i></p> <p><i>“...marcou-me porque foi algo que eu nunca tive...o medo de cuidar...eu pensava “Deus queira que eu não fique com ele atribuído...” @” (E7)</i></p>
		<p>Emoções secundárias</p>	<p>Pena; vergonha</p>	<p>(E3) – 1</p>	<p><i>“...dissemos as coisas mais disparatadas à frente de um doente que estava com compressão medular (...) eu olhei para as minhas pernas e pensei (...) tu podes andar (...) foram muitos sentimentos que me vieram à cabeça...a vergonha, a pena...eu queria um buraquinho para me enfiar” (E3)</i></p>
		<p>Estado de fundo</p>	<p>Auto-conhecimento</p>	<p>(E3) - 1</p>	<p><i>“...passei a conhecer-me mais a mim própria e isso ensinou-me a valorizar (...) a transmitir uma energia mais positiva aos outros” (E3)</i></p>

<p>PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Reconhecimento da especificidade da doença oncológica</p>	<p>Imagem social da doença</p>	<p>Reconhecimento da penosidade do cuidar do doente oncológico</p>	<p>(E1) – 2 (E7) - 1</p>	<p><i>“ (...) quando pessoas de fora sabem que trabalho em oncologia, dizem “ai credo”...apesar disso não sou capaz de encarar os doentes como coitadinhos, mas a nossa sociedade e os nossos familiares começam logo...” (E1)</i></p> <p><i>“ (...) tentam por todos no mesmo saco...enfermeiros, funcionários públicos...e não é assim...não é verdade, principalmente quando se trabalha em oncologia, onde se assiste diariamente a uma luta entre as expectativas, a esperança e a exaustão, o desistir (...) nós estamos sempre aqui, a sofrer com eles...a viver com eles também...cansa-me esta vida” (E1)</i></p> <p><i>“ (...) isto é penoso e até é reconhecido por as pessoas que não trabalham cá, que fazem comentários do tipo “trabalhas no IPO que horror, como é que aguentas?” (E7)</i></p>
--	---	---------------------------------------	---	------------------------------	--

<p>PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Reconhecimento da especificidade da doença oncológica</p>	<p>Reconhecimento de particularidades do serviço</p>	<p>Multiplicidade de situações emotivas</p>	<p>(E2) - 1 (E3) - 3 (E6) - 1 (E9) - 1 (E10) - 1</p>	<p><i>“ (...) a carga emocional de trabalharmos num serviço de oncologia deste tipo é enorme (...) se nós no final de cada turno pararmos, pensarmos e formos avaliar a quantidade de situações que tem uma carga emocional muito pesado...bem...nós às vezes nem nos apercebemos” (E2)</i> <i>“...a verdade é que é um conjunto de situações que com o passar dos anos vai começando a pesar, a pesar...” (E6)</i> <i>“ (...) este é um serviço pesado em termos de emoções e é quase impossível não se crescer com elas ☺” (E9)</i> <i>“...o nosso serviço tem uma panóplia muito grande de doentes (...) muitas vezes tem que se ter a capacidade e a clareza para se lidar com estas situações tão complexas” (E10)</i></p> <p><i>“...nós lidamos todos os dias com a morte, com pessoas que estão a sofrer” (E3)</i> <i>“...neste serviço, onde o caminho dos doentes é típico do caranguejo...a andar para trás...” (metáfora) (E3)</i> <i>“ (...) num serviço pesado onde morre tanta gente...um pai, um</i></p>
			<p>Mau prognóstico / Alta taxa de morbilidade e mortalidade</p>	<p>(E3) - 3 (E4) - 2 (E8) - 2 (E10) - 1</p>	

<p>PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Reconhecimento da especificidade da doença oncológica</p>	<p>Reconhecimento de particularidades do serviço</p>	<p>Relação com o doente oncológico</p>	<p>(E3) -2 (E5) -2 (E7) - 1 (E10) - 2</p>	<p><i>filho, uma irmã...nós acabamos para trazer para nós essas experiências” (E4)</i> <i>“ (...) nós assistimos a pessoas que travam um combate de vida e morte e infelizmente à partida já estão derrotadas...se calhar noventa por cento dos doentes aqui estão condenados à partida (...) e é penoso” (E8)</i> <i>“ (...) o nosso serviço é aquele que tem maior taxa de mortalidade... ☺ e isso custa ...” (E10)</i></p> <p><i>“ (...) estes doentes são muito particulares...especiais...cuidar destes doentes é muito mais rico, muito mais complexo (...) a relação que se estabelece é única pela força e pela importância...são doentes que dependem muito de nós...mais emocionalmente que fisicamente (...)” (E3)</i> <i>“...este tipo de doentes têm uma atitude diferente...estabelece-se outra relação (...) quer estejam numa fase inicial ou numa fase final da doença...têm sempre um sorriso, uma palavra amiga...porque não somos só nós...muitas vezes eles também nos confortam (...) porque a relação é mais profunda quer</i></p>
---------------------------------------	--	--	--	---	--

<p>PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Aspectos gratificantes no cuidar do doente oncológico</p>	<p>Desenvolvimento pessoal</p>	<p>Valorização da própria vida</p>	<p>(E1) - 1 (E2) - 2 (E3) - 3 (E4) - 3 (E5) - 3 (E7) - 1 (E8) - 1 (E9) - 1 (E10) - 2</p>	<p><i>com o doente quer com a família” (E5)</i> <i>“Eu acho que inevitavelmente a experiência que nós temos aqui...não é a experiência da situação em si, mas as vivências...a relação que nós partilhamos com os doentes, com as famílias (...) nos marcam e muito...” (E7)</i> <i>“É positivo trabalhar em oncologia...já trabalhei em outros serviços e é assim...não há doentes iguais aos nossos...pela valorização, pela ajuda, pela riqueza da relação que se estabelece...” (E10)</i> <i>“(...) são doentes exigem muitos cuidados por isso temos que estar muito próximo deles e isso acaba por fortalecer a relação...no fundo somos nós o suporte...” (E10)</i></p> <p><i>“(...) é um viver mais intenso, um dar valor às pequenas coisas, às coisas mais simples (...) sinto que não vale a pena chorar pelo leite derramado ☺” (E1)</i> <i>“...nunca levo as experiências como negativas porque mesmo as menos boas são positivas porque cresço, aprendo com todas elas...mesmos as negativas</i></p>
---------------------------------------	---	--------------------------------	------------------------------------	--	--

<p>PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Aspectos gratificantes no cuidar do doente oncológico</p>	<p>Desenvolvimento pessoal</p>		<p><i>levam-me a aprender e agir em situações posteriores de uma melhor forma...” (E2)</i> <i>“ (...) pessoas que nos dizem...vá...aproveite a vida, compre o que lhe apetecer, diga e faça aquilo que eu não fiz, porque adiei e agora estou aqui...bem isto faz-nos pensar na vida, valoriza-a” (E3)</i> <i>“Mudou completamente a minha vida (...) mudou a minha maneira de ver as coisas...vivo mais...” (E4)</i> <i>“...trabalhar em oncologia é extremamente gratificante, as pessoas ficam com outra maneira de estar na vida (...) valoriza-se mais o viver...” (E5)</i> <i>“...muda a nossa realidade...a proximidade...a valorização...quando oiço pessoas dizerem que têm uma vida difícil sem razão aparente penso logo que sabem lá o que ter uma vida realmente difícil...esta realidade é positiva, no sentido em que nos faz viver mais” (E7)</i> <i>“...é nesse ajudar que nós aprendemos muita coisas...fazemos a transposição para a nossa vida pessoal e valorizamos aspectos da nossa vida que não achamos importantes ou pelo contrário</i></p>
---	--	------------------------------------	--	--

<p>PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Aspectos gratificantes no cuidar do doente oncológico</p>	<p>Desenvolvimento pessoal</p>	<p>Valorização das relações interpessoais</p>	<p>(E2) – 1 (E4) – 1 (E9) - 1</p>	<p><i>desvalorizamos as coisas más...penso que acima de tudo o bom de trabalhar aqui e a aprendizagem, a vivência, a partilha de histórias de vida...”</i> (E8) <i>“...a nossa vida ganha mais sentido...”</i> (E9) <i>“...o facto de trabalhar aqui amadurece muito o ser...até porque para se lidar com este tipo de situações é preciso que a pessoa se conheça e tenha uma abordagem emocional complexa, acima de tudo...e uma personalidade forte para conseguir dar alguma ajuda às pessoas, alguma estabilidade”</i> (E10)</p> <p><i>“ (...) doença oncológica podem acontecer a qualquer um...que podem acontecer aos que estão mais próximos de nós e isso dá outro sentido às relações que tenho...ficaram mais intensas”</i> (E2) <i>“ (...) aquilo que temos de melhor é a nossa saúde, o nosso bem estar... aqueles que nos rodeiam, a nossa família e os filhos”</i> (E4) <i>“...as amigadas tornam-se mais fortes, porque inevitavelmente se pensa que poderíamos ter sido</i></p>
---	---	------------------------------------	---	---	---

<p>PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Aspectos gratificantes no cuidar do doente oncológico</p>	<p>Desenvolvimento pessoal</p>	<p>Valorização das pequenas coisas</p> <p>Desvalorização dos pequenos problemas</p>	<p>(E1) - 4 (E3) - 1 (E4) - 1 (E8) - 1</p> <p>(E1) - 2 (E4) - 2 (E5) - 2 (E8) - 1</p>	<p>nós" (E9)</p> <p><i>" (...) distraída a ver a passarada (...) e agora até me rio porque à muitos anos atrás isso não me fazia ficar parada a olhar, a sentir...que a beleza das coisas está no ser...está nas coisas está no pequeno..." (E1)</i></p> <p><i>" (...) e eu... (aumenta o tom da voz) passei a dar muito mais valor às pequenas coisas da vida...tanta gente diz "Estou tão chateado!" e eu aprendi a dizer "Estou tão feliz! ☺" (E3)</i></p> <p><i>"...então tento viver o melhor que posso (...) não desperdiçando, não deixando de apreciar os pequenos momentos..." (E4)</i></p> <p><i>"...não ligo aquelas pequenas querelas em que as pessoas se matam e enganam...não ligo ao material (...) fiquei com o lema de vida de que não vale a pena chorar pelo leite derramado..." (E1)</i></p> <p><i>"...passei a perceber que não vale a pena as pessoas preocuparem-se com mesquinhas, com coisas nenhumas..." (E4)</i></p> <p><i>"...deixa-se um bocado de lado a parte materialista da vida (...)</i></p>
---	---	------------------------------------	---	---	--

<p>PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Aspectos gratificantes no cuidar em oncologia</p>	<p>Desenvolvimento profissional</p>	<p>Reconhecimento profissional por parte de terceiros (amigos, colegas, doentes e família)</p>	<p>(E3) – 1 (E4) – 4 (E6) – 1 (E8) – 1 (E9) – 1 (E10) - 2</p>	<p><i>deixei-me de chatear com as coisinhas, as mesquinhas do dia a dia...” (E5)</i></p> <p><i>“ (...) os elementos novos que vêm ter comigo e me pedem para falar com os doentes porque não sabem o que lhes dizer...quando nós estamos junto de uma pessoa que está a chorar nós dizemos para não chorar mas eu...digo chore” (E3)</i></p> <p><i>“ (...) reconhecem-me nos corredores...dizem que têm saudades (...) a valorização do doente e da família conta muito...é uma sensação de dever cumprido” (E4)</i></p> <p><i>“Este tipo de doentes valoriza muito o nosso trabalho e dão-nos força para continuarmos” (E6)</i></p> <p><i>“Eu gosto muito...acho que é um trabalho gratificante...podemos aprender muito se nós tivermos desportos para isso...também acho que se consegue obter uma valorização do trabalho que fazemos...dos doentes e das famílias...” (E8)</i></p> <p><i>“A valorização ... o reconhecimento...são doentes de tal forma frágeis que te fazem sentir como anjos...apenas por lhes dares uma massagem, uma</i></p>
---	--	---	--	---	---

<p>PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Aspectos penosos no cuidar do doente oncológico</p>	<p>Cuidados ligados à morte e ao sofrimento</p>	<p>Carácter contagioso das emoções</p>	<p>(E1) – 2 (E2) – 1 (E3) - 4 (E4) – 2 (E5) – 1 (E7) – 1 (E9) – 2 (E10) - 1</p>	<p><i>necessidades doente oncológico, que antes não tinha...e isso melhora a minha prestação de cuidados” (E2)</i> <i>“ (...) e se calhar esta é a grande experiência de viver e de trabalhar em oncologia...o encontro com o outro (...) que é aprimorado com a experiência” (E3)</i> <i>“ (...) o sofrimento dele acaba por passar também para nós (...) pesa também e é sempre marcante” (E1)</i> <i>“Marca-me pela negativa o sofrimento, a tristeza que a morte causa no doente e nos familiares...” (E2)</i> <i>“...a morte e sofrimento dos doentes (...) dantes eu sentia muito...e sonhava com eles e pensava neles...agora é menos problemático mas ainda me desgasta ” (E3)</i> <i>“O sofrimento é a situação que me causa mais desgaste...sem dívida o sofrimento do doente...” (E4)</i> <i>“...causa-me muito desconforto o sofrimento e a morte do doente” (E5)</i> <i>“ (...) muitas vezes é precisamente um maior envolvimento com determinado</i></p>
---------------------------------------	--	---	--	---	--

<p>PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Aspectos penosos no cuidar em oncologia</p>	<p>Cuidados ligados à morte e ao sofrimento</p> <p>Divergência de objectivos nos cuidados</p>	<p>Antevisão da evolução do estado do doente</p> <p>Má palição do doente</p>	<p>(E6) -1</p> <p>(E4) - 1 (E5) - 1 (E8) - 2 (E9) - 1</p>	<p><i>doente e com as suas emoções que nos leva a sofrer mais emocionalmente, para além do trabalho...” (E7)</i></p> <p><i>“ (...) as colegas que se envolvem muito andam mais vulneráveis e frágeis e não pode ser assim (...) se não tiver cuidado posso ficar perturbado, porque a aproximação demasiada leva a que tudo o que doente sente passe também para nós” (E9)</i></p> <p><i>“ (...) também os doentes que estão em fase terminal...o sofrimento deles que parece passar para mim (...) desgasta-me...” (E10)</i></p> <p><i>“...é o acompanhar a pessoa quando o diagnóstico...a quimioterapia (...) as pessoas vem cheias de esperança e depois nós começamos logo a visualizar o que lhes vai acontecer (...) saber que a pessoa vai morrer...e vai morrer aqui... ☹” (E6)</i></p> <p><i>“ (...) sempre me revolti muito com situações de doentes mal paliados que às vezes nós temos cá...sinto-me mal com isso (...) mas já começa a haver um</i></p>
---------------------------------------	--	---	--	---	---

<p>A PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Aspectos penosos no cuidar em oncologia</p>	<p>Divergência de objectivos nos cuidados</p>	<p>Comunicação de más notícias ao doente e familiares</p> <p>Impossibilidades da maioria dos familiares acompanharem permanentemente o doente em fase terminal</p>	<p>(E6) - 1</p> <p>(E8) - 2</p>	<p><i>maior investimento dos médicos e nosso...” (E4)</i> <i>“ (...) custa-me os cuidados ditos paliativos onde são feitas técnicas invasivas...não sabem parar (...) não sabem investir no conforto...” (E5)</i> <i>“O mais penoso (...) acho que as pessoas ainda morrem com pouca dignidade, ainda morrem muito sozinhas...acima de tudo mal paliadas” (E8)</i> <i>“ (...) também temos doentes mal paliados e nós sem podermos fazer muito, porque existem coisas que têm de passar pelo médico primeiro e nem sempre a filosofia do médico é a de não tratar...” (E9)</i></p> <p><i>“ (...) é que é desgastante ter de acompanhar as famílias, ver as pessoas morrerem, ver as crianças a ficarem sem mães, sem pais...pais a ficarem sem filhos jovens...e termos de ser nós a falar com eles...” (E6)</i></p> <p><i>“ (...) o aspecto físico, estrutural...é também muito desgastante, porque nós temos famílias que querem acompanhar os doentes até ao momento da morte e não é</i></p>
---	---	---	--	---------------------------------	---

<p>A PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Aspectos penosos no cuidar em oncologia</p>	<p>Divergência de objectivos nos cuidados</p>	<p>Défice de comunicação/cooperação entre a equipa de enfermagem e médica</p>	<p>(E2) - 1 (E5) - 2 (E7) - 3 (E8) - 2 (E9) - 1</p>	<p>possível" (E8)</p> <p>" (...) o que se passa é que o doente está em sofrimento mas não há um assumir dos cuidados paliativos... não há comunicação entre os profissionais..." (E2)</p> <p>"...que mais me desgasta é a falta de comunicação com os médicos... quantas vezes nós somos os últimos a saber... quer dizer... é frustrante..." (E5)</p> <p>"...muitas vezes os médicos não lhes dizem nada... e nós também não podemos falar e vimos os familiares perdidos ...e isso torna-se mais desgastante" (E7)</p> <p>" (...) há uma falta de comunicação entre médicos e enfermeiros... tudo bem, damos-nos todos muito bem mas depois a nossa opinião para eles não contam... e nós ficamos sempre de pé atrás em relação às medidas deles" (E8)</p> <p>" (...) o que me desgasta mais é a falta de cooperação e comunicação entre todos os profissionais de saúde deste serviço... principalmente médicos e enfermeiros (...) às vezes não se caminha para o mesmo sentido" (E9)</p>
---	--	---	---	---	---

<p>A PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Aspectos desgastantes no cuidar em oncologia</p> <p>Desgaste emocional causado pela prestação continua de cuidados ao doente oncológico e família</p>	<p>Relação com a família do doente</p> <p>Consequências físicas e psicológicas</p>	<p>Indiferença/abandono da família face ao doente</p> <p>Familiares ansiosos e apelativos</p> <p>Esgotamento; fadiga; tensão; stresse; saturação; desmotivação; auto-pena; apatia; sensação de vazio; sensação de sobrecarga emocional</p>	<p>(E5) – 1</p> <p>(E7) – 2</p> <p>(E1) – 1 (E2) – 1 (E3) – 3 (E4) – 2 (E5) – 2 (E6) – 2 (E7) – 4 (E8) – 1 (E9) – 1 (E10) – 1</p>	<p><i>me muito...os doente a maioria das vezes só querem morrer tranquilamente” (E9)</i></p> <p><i>“ (...) também me desgasta a família dos doentes, que muitas vezes vêm só por vir e ficam ali sentados a ler o jornal e quando é a altura da alta não têm condições para ter o doente em casa” (E5)</i></p> <p><i>“ (...) o lidar com a família...quase sempre é mais desgastante lidar com as famílias...com a ansiedade e vulnerabilidade de quem fica...” (E7)</i></p> <p><i>“...sim...nunca precisei de uma intervenção psiquiátrica (...) mas fico muitas vezes esgotada, tensa, cansada e triste...” (E1)</i> <i>“Sim já me senti esgotada...cansada emocionalmente...mas quando saio daqui tento compensar com outras coisas” (E2)</i> <i>“...é mais fácil eu deixar os meus problemas lá de fora lá</i></p>
---	--	--	--	---	--

<p>A PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Desgaste emocional causado pela prestação contínua de cuidados ao doente oncológico e família</p>	<p>Consequências físicas, emocionais e psicológicas</p>	<p>Esgotamento; fadiga; tensão; stresse; saturação; desmotivação; auto-pena; apatia; sensação de vazio; sensação de sobrecarga emocional</p>	<p><i>fora, que deixar os problemas de cá, cá dentro...e quantas vezes eu aqui aguento tudo e mais alguma coisa e chego a casa, super cansada e stressada e começo a disparatar com as pessoas que estão lá, que não têm culpa e nem sequer entendem..." (E3)</i> <i>" (...) muitas vezes saímos daqui esgotados... mais cansados psicologicamente que fisicamente" (E4)</i> <i>" (...) já me senti desgastada várias vezes mas mais devido à equipa médica ... fico cansada ... saturada ..." (E5)</i> <i>"Sinto-me quase sempre esgotada emocionalmente...acho que todos os dias e agora mais...porque me apercebo mais, porque me ligo mais às vezes sinto que chego ao meu limiar emocional...fico cansada, desmotivada...desgastada" (E6)</i> <i>"...isto é penoso (...) e é nas alturas em que estou mais esgotada que penso que talvez os outros tenham razão...porque sinto pena de mim, porque tenho que assistir a tudo isto" (E7)</i> <i>" (...) o cansaço emocional tem picos, às vezes sinto-me muito cansado emocionalmente, tenho a impressão que depois do adeus é isto que fica...parece que me</i></p>
---	---	---	--	---

<p>A PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Desgaste emocional causado pela prestação continua de cuidados ao doente oncológico e família</p>	<p>Relação com as características pessoais e profissionais</p>	<p>Relação com os estados de humor</p>	<p>(E3) – 1 (E8) - 1 (E10) - 2</p>	<p><i>sugam as energias...e chego lá fora e fico assim um bocado apático (...) porque às vezes às pessoas a quem nós prestamos cuidados estão tão carentes emocionalmente que nos sugam as energias...e ficamos a sim...meio vazios, cansados...”</i> <i>Metáfora (E8)</i> <i>“ (...) é um trabalho que cansa...às vezes sai-se daqui esgotado, sem energias...vazio de nós e cheios dos outros...do seu sofrimento, da sua dor...”</i> <i>(E9)</i> <i>“Sentimo-nos muitas vezes desgastados aqui...cansados e sem motivação” (E10)</i></p> <p><i>“ (...) há dias em que estou mais aberta aos problemas deles e outros nem por isso...também tenho os meus problemas, os meus estados de espírito...e dependendo deles assim me envolvo mais ou menos...assim sofro mais ou menos...” (E3)</i> <i>“ (...) quando não estamos tão bem ficamos ainda mais esgotados...porque somos assim...temos picos de humor...e quando não estás tão bem, tudo te toca mais (...) nos dias em que estás mais sensível...as experiências que vives podem</i></p>
---	---	--	--	--	--

<p>A PRÁTICA DO CUIDAR EM ONCOLOGIA</p>	<p>Desgaste emocional causado pela prestação continua de cuidados ao doente oncológico e família</p>	<p>Relação com as características pessoais e profissionais</p>	<p>Relação com os estados de humor</p>		<p><i>ser mais penosas...” (E10)</i></p>
--	---	---	---	--	--

AREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	CÓDIGOS DE INTERPRETAÇÃO	FREQUÊNCIA	UNIDADES DE REGISTO
MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS	Estratégias pessoais	Coping orientado para a resolução de problemas	Actividades lúdicas e recreativas; Exercício físico; Suporte por parte da família e amigos	(E1) - 4 (E2) - 1 (E3) - 1 (E4) - 1 (E5) - 1 (E6) - 1 (E7) - 1 (E8) - 1 (E9) - 1 (E10) - 1	<p><i>"...canalizo...em artes...gosto de pintar porcelanas, bonecos...obrigo-me a estar concentrada...em estar ocupada em pequenos pormenores... é uma terapia para mim" (E1)</i></p> <p><i>" (...) quando saio daqui tento compensar com outras coisas...sair com os amigos, ir ao teatro, cinema, ver televisão, filmes..." (E2)</i></p> <p><i>" (...) tento divertir-me...sair com os amigos...viajar..." (E3)</i></p> <p><i>"É sair daqui passear, dançar...ir até à praia...estar com o mar...passear com o meu filho...estar mais com os outros..." (E4)</i></p> <p><i>"Sair...ir ao ginásio...tento compensar com a família...embora o ambiente familiar não seja dos melhores..." (E5)</i></p> <p><i>" (...) tento compensar com a minha com a minha vida lá fora...partilhar com a minha família...viajar...não ignorar o que vivo aqui mas centrar-me nas coisas boas da vida..." (E6)</i></p> <p><i>" (...) tento fazer as coisas que me fazem sentir bem fora do trabalho...não tanto para</i></p>

<p>MECANISMOS DAS GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS</p>	<p>Estratégias pessoais</p>	<p>Coping orientado para a resolução de problemas</p>	<p>Actividades lúdicas e recreativas; Exercício físico; Suporte por parte da família e amigos</p>	<p>(E3) – 1 (E10) - 1</p>	<p><i>compensar o que vivo aqui mas porque me fazem sentir bem...não vou ao ginásio para me esquecer de uma determinada situação...vou porque me ajuda a manter o equilíbrio...porque não me está a apetecer ir para casa assim cansada e chateada...apetece-me libertar as tensões... estar com os amigos, com a família..." (E7)</i> <i>" (...) tentar ter uma vida equilibrada e regrada lá fora, isso é essencial...ter ocupações como viajar, ler...que nos permitam ter uma higiene...ter mecanismos de coping eficazes..." (E8)</i> <i>" (...) tento que a minha vida lá fora me compense de alguma forma daquilo que vejo e vivo aqui dentro...tento viajar mais, rir mais, viver mais... ☺" (E9)</i> <i>"...acima de tudo acho que é importante ter uma boa vida pessoal...uma boa relação com a família, com os amigos, saíres, jogares computador...fazer tudo aquilo que te der prazer...viajar..." (E10)</i></p> <p><i>"Uso principalmente como forma de defesa a banalização da minha morte...sei que vou</i></p>
--	-----------------------------	---	---	-------------------------------	--

MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS	Estratégias pessoais	Coping orientado para a resolução de problemas	Resolução imediata dos problemas pessoais e profissionais	(E8) - 1	<p><i>morrer um dia independentemente de ter ou não uma doença oncológica...porque achava que não ia morrer, que não ia ter uma doença oncológica e afinal aconteceu-me a mim..." (E3)</i></p> <p><i>" (...) banalizamos mais a nossa morte...como vivemos com ela...achamos que é normal uma pessoa morrer..." (E10)</i></p> <p><i>" (...) se numa situação normal de vida é importante termos uma boa higiene mental quando nós vivemos diariamente situações de sofrimento muito mais (...) recorrendo a mecanismos que passam por fazer aquilo que posso e consigo de forma a quando saio da porta do serviço não deixe assuntos e problemas pendentes..." (E8)</i></p>
		Coping orientado para o controlo das emoções	Isolamento	(E1) - 1 (E3) - 1 (E5) - 1 (E8) - 2	<p><i>" (...) a minha filha também é enfermeira...mas não falo com ela do serviço...porque eu é que sinto...é meu...isolo-me e fico no meu cantinho, tentando abstrair-me de tudo...as pessoas são outras pessoas e não sentem da mesma maneira..." (E1)</i></p>

<p>MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS</p>	<p>Estratégias pessoais</p>	<p>Coping orientado para o controlo das emoções</p>	<p>Isolamento</p>	<p>“ (...) não vou falar destas situações com as outras pessoas, porque as pessoas não nos entendem ou porque não podemos mesmo falar pelo segredo profissional que ao silêncio nos obriga...e acabo por me fechar um pouco” (E3) “ (...) fecho-me e tento não falar das situações que vivo aqui com as pessoas... mas gostava que as pessoas me dessem suporte, atenção, boa disposição...sem lhes mostrar o que sinto...sem dizer que se estou chateada é por causa do trabalho... ☹” (E5) “...às vezes dou por mim a ter este tipo de atitudes de refugio...de isolamento...para não assistir a estas coisas que estão sempre a acontecer e que me desgastam (...) mecanismo de auto-defesa, de preservação absolutamente e por outro é uma forma de lidar com determinadas incapacidades que nós temos” (E8) “Desde o primeiro dia que saio daqui...fecho a porta e assunto encerrado...isolo-me percebes? Não sinto necessidade de falar do que vivo aqui com ninguém...” (E8)</p>
---	-----------------------------	---	-------------------	--

MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS	Estratégias pessoais	Coping orientado para o controlo das emoções	Distanciamento no pensamento	(E2) – 3 (E5) – 2 (E6) – 1 (E9) – 4 (E10) – 1	<p><i>“ (...) desde o inicio que consigo manter a distância (...) consigo diferenciar o estar aqui e depois sair e consigo “desligar” do que vivo aqui dentro (...) acho que é uma maneira de me defender, de me refugiar, não levando para fora as situações que se passam cá dentro...” Metáfora (E2)</i></p> <p><i>“...há uma coisa que eu faço que é os problemas daqui não levo para casa...dispo a farda e os problemas acabaram...” (E5)</i></p> <p><i>“Eu tento-me desligar um bocadinho...sei que é para me defender mas tento não saber de nada, nem se tem filhos, nem o que faz...” (E6)</i></p> <p><i>“...repara que as colegas que se envolvem muito andam mais vulneráveis e frágeis e não pode ser assim...temos que manter a distância...” (E9)</i></p> <p><i>“ (...) temos que manter a distância...se nos envolvermos demasiados com as pessoas acabamos por sofrer como elas e aí não conseguiríamos tratar das pessoas...”(E10)</i></p>
		Coping orientado para o controlo das emoções	Humor / Brincar no cuidar	(E3) – 3 (E4) – 1 (E5) – 1 (E9) – 1	<p><i>“ (...) nós somos uma equipa jovem e eu acho que é isso que nos mantém mentalmente equilibrados...porque sabemos</i></p>

<p>MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS</p>	<p>Estratégias pessoais</p>	<p>Coping orientado para o controlo das emoções</p>	<p>Projeção</p>	<p>(E4) - 1 (E7) - 1 (E10) - 1</p>	<p><i>brincar...brincar até com a desgraça...que é mesmo assim...porque não tem a ver com gozar, nada disso (...) porque nos é complicado lidarmos com a maioria das situações..." (E3)</i> <i>" (...) muitas vezes rimos...e rimos muito...e o rir é uma forma de defesa sem dúvida nenhuma...é como diz a canção "rio para não chorar"...e é mesmo isso, na maioria das vezes ridicularizamos a situação para não sofreremos tanto" (E3)</i> <i>"E conversamos e rimos ...contamos anedotas nas enfermarias...alivia a carga...às vezes até os outros doentes vão à nossa enfermaria mandar-nos calar...e isso é sinal de que se sentem bem comigo..." (sorri) (E4)</i> <i>"...sinto-me muitas vezes desgastada (...) tentamos compensar isso muitas vezes com conversas de sala, com o humor negro..." (E5)</i> <i>" (...) o humor...rir das situações mesmo que elas pareçam tristes..." (E9)</i> <i>" (...) morre tanta gente (...) nós acabamos para trazer para nós essas experiências...e se fosse</i></p>
---	-----------------------------	---	-----------------	--	---

<p>MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS</p>	<p>Estratégias pessoais</p>	<p>Coping orientado para o controlo das emoções</p>	<p>Negação</p> <p>Objectividade no cuidar</p>	<p>(E5) – 1</p> <p>(E6) – 1 (E9) - 2 (E10) - 1</p>	<p><i>comigo? E se fosse o meu filho? Eu depois de ter tido o meu filho fiquei muito mais preocupada e sofrida face às mães que perdem aqui os filhos” (E4)</i></p> <p><i>“...nós pensamos mais que qualquer sintoma é indício de cancro...e isso é negativo, porque ficamos mais preocupados, mais desconfiados”(E7)</i></p> <p><i>“...às vezes perdemos a noção do real, muitas vezes projectamos para nós e temos que descer a escada e passar para as coisas normais...uma pessoa tem uma dor no pé e começa logo a pensar que tem alguma coisa óssea...e tem essa parte negativa” (E10)</i></p> <p><i>“ (...) tento pensar que não existem estas histórias de morte e sofrimento...” (E5)</i></p> <p><i>“...as pessoas tem a ideia de que o enfermeiro que cuida de doentes oncológicos têm que seguir determinados objectivos e eu é precisamente nisso que tento pensar...aliviar sintomas, ajudar a família” (E6)</i></p> <p><i>“ (...) assim deve ser a relação terapêutica...objectiva e sem um</i></p>
---	-----------------------------	---	---	--	---

<p>MECANISMO DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS</p>	<p>Suporte emocional externo</p>	<p>Partilha informal de emoções</p>	<p>Partilha de vivências/suporte mutuo entre colegas de equipa e do serviço face a situações de desgaste</p>	<p>(E1) – 1 (E3) – 2 (E4) – 1 (E5) – 1 (E7) – 1 (E8) – 1 (E10) - 1</p>	<p><i>disso...ao ponto de não sofrer com a pessoa...percebes? Agora eu não sei se com estes mecanismos todos de coping...de protecção, eu não me escondo demasiado...e acabo por não me envolver emocionalmente com a pessoa...” (E8)</i></p> <p><i>“...como nunca houve nada no hospital as pessoas acabam por arranjar as suas próprias formas de lidar com as tensões...eu falo com as minhas colegas” (E1)</i></p> <p><i>“ (...) acho que passei a transmitir com mais facilidade aos outros a minha maneira de viver, as minhas frustrações e medos...e isso ajuda-me a não levar as coisas a trás...alivia a minha carga ... porque a partilho com aqueles que também a têm...” (E3)</i></p> <p><i>“A algum tempo a trás...acho que houve uma vez uma entrevista com uma psicóloga aqui da instituição, mas nunca mais disse nada (...) acabamos por nos suportarmos umas às outras...tenho aqui colegas e</i></p>
--	---	-------------------------------------	--	--	--

<p>MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS</p>	<p>Suporte emocional externo</p>	<p>Partilha informal de emoções</p>	<p>Partilha de vivências/suporte mutuo entre colegas de equipa e do serviço face a situações de desgaste</p>	<p><i>amigas...muitas vezes vamos sair e acabamos por partilhar situações que no dia a dia nos chocaram, que nos magoaram...que...interferiram connosco” (E4)</i></p> <p><i>“ (...) muitas vezes vamos a um jantar de enfermeiros e não se fala de outra coisa que não seja do que fazemos aqui...por incrível que pareça...quer seja um jantar de natal, uma despedida de solteira...fala-se sempre do que vivemos aqui...às vezes até pedimos desculpas às pessoas que não fazem parte do serviço ou que não são enfermeiros...lá está...é o que temos recalcado a vir à tona...no minimizar do sofrimento, das nossas dores” (E5)</i></p> <p><i>“ (...) passa pela partilha...com os colegas...alivia...temos a abertura para dizer - vai tu ter com aquele doente, com a família (...) há descontração ...não nos sentimos inibidas de falar das situações...são encontros informais que ajudam muito...” (E7)</i></p> <p><i>“ (...) aproveitamos a hora de almoço, o tempo livre e falamos sobre os acontecimentos...e se calhar é por causa disso que não tenho vontade de falar lá</i></p>
---	---	-------------------------------------	--	---

MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS	Suporte emocional externo	Partilha informal de emoções	Partilha de vivências com a família e amigos	(E4) - 1	<p><i>fora...” (E8)</i></p> <p><i>“...a necessidade de apoio especializado acaba por não se sentir porque no próprio serviço as emoções são partilhadas uns com os outros...temos uma boa equipa, uma chefe excepcional ...e isso é uma mais valia porque acaba por ajudar a manter o equilíbrio” (E10)</i></p> <p><i>“ (...) e por não haver nenhuma entidade no instituto com essa função acabamos também por recorrer à partilha quer com a família, quer com os amigos...” (E4)</i></p>
		Partilha formal de emoções	Passagens de turno	(E3) - 1 (E5) - 1	<p><i>“ (...) as nossas passagens de turno começam às três e meia e terminam muitas vezes às seis...temos um serviço enorme de 48 doentes, não temos um plano de cuidados portanto fazemos essa partilha de informação, de tudo o que mexeu connosco ali...se achamos que é importante desabafar...aliás eu atraso imenso as passagens de turno porque partilho...” (E3)</i></p> <p><i>“ (...) muitas vezes na passagem</i></p>

<p>MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS</p>	<p>Suporte emocional externo</p>	<p>Sugestões de suporte organizacional</p>	<p>Intervenção de um técnico especializado conhecedor das rotinas do serviço e das características pessoais de cada profissional</p>	<p>(E2) – 1 (E3) – 1 (E5) – 1 (E7) – 1 (E10) – 1</p>	<p><i>de turno falamos sobre aquilo que nos chateia, que nos faz sofrer...nós vamos mandando cá para fora...” (E5)</i></p> <p><i>“Uma intervenção especializada seria excelente...pelo conselho ...pela ajuda...a verdade é que se nós não falarmos não nos apercebemos dos momentos...” (E2)</i></p> <p><i>“ (...) houve em tempos uma psicóloga aqui do serviço que porque precisava de fazer um trabalho quis que obrigatoriamente os enfermeiros fossem lá para desabafar...a partir daí nunca mais pedi para lá irmos (...) acho que a intervenção de pessoas externas não seria muito apropriado...se fosse uma pessoa que fizesse parte da equipa, que conhecesse o ambiente, com a qual nós tivéssemos uma relação (...) ou então deveria de existir uma pessoa específica para estar sempre aqui...” (E3)</i></p> <p><i>“ (...) acho que deveria haver alguém com funções definidas que nos apoiasse cada um, dando atenção aos seus</i></p>
---	---	--	--	--	---

<p>MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS</p>	<p>Suporte emocional externo</p>	<p>Sugestões de suporte organizacional</p>	<p>Reuniões multidisciplinares de partilha de experiências</p>	<p>(E1) – 1 (E2) – 2 (E4) – 1 (E5) – 1 (E6) - 1 (E8) - 1</p>	<p><i>problemas...problemas daqui mas também problemas lá de fora...e assim como eu saí daqui e dispo a farda eu também entro aqui e visto a farda” (E5)</i> <i>“ (...) um apoio de uma pessoa com conhecimentos específicos...mas teria de ser planeado e com tempo...uma coisa organizada ...não poderia aparecer alguém e de um dia para o outro, sem conhecer a nossa cultura, sem nos conhecer” (E7)</i> <i>“ (...) um apoio especializado teria de ser gradual e próximo...as pessoas teriam de estar perto de nós (...) seria certamente uma mais valia para o serviço...as pessoas são naturalmente fechadas e devem ser estimuladas a falar” (E10)</i></p> <p><i>“Se houvesse alguma coisa...reuniões de partilha...se calhar ajudava...penso que sim... (ri...) houve uma vez uma experiência em que semanalmente as pessoas se reuniam para falar com uma psicóloga mas depois foi assim também um pouco...sol de pouca dura...” (E1)</i> <i>“ (...) reuniões de partilha de experiências... ver e partilhar</i></p>
---	---	--	--	--	--

<p>MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS</p>	<p>Suporte emocional externo</p>	<p>Sugestões de suporte organizacional</p>	<p>Reuniões multidisciplinares de partilha de experiências</p>	<p><i>outras maneiras de se lidar com as situações, de contornar as situações” (E2)</i> <i>“É assim eu a nível de serviço já pensei em organizar reuniões de serviço para podermos partilhar de uma forma mais formal as experiências...porque o fazemos de forma informal...saber o que afecta cada um, de que forma (...) em conjunto encontramos formas ou mecanismos para ajudar o grupo e cada um em particular” (E4)</i> <i>“...sinto-me muitas vezes desgastada...nós devíamos ter alguém que nos ouvisse, devíamos ter reuniões periódicas e formais...nós tentamos compensar isso muitas vezes com conversas de sala” (E5)</i> <i>“ (...) eu sei que há psicóloga e que nós podemos recorrer a ela quando precisamos mas acho que deveria haver uma coisa não sei se no próprio serviço...uma coisa mais organizada, mais sistematizada...num género de reuniões de partilha de experiências, mas multidisciplinares” (E6)</i> <i>“ (...) o que iria resolver sim era uma reflexão conjunta sobre uma prática comum e coerente de acordo com os mesmos princípios, de médicos e</i></p>
---	---	--	--	--

<p>MECANISMOS DE GESTÃO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS</p>	<p>Suporte emocional externo</p>	<p>Sugestões de suporte organizacional</p>	<p>Intervenção do serviço de saúde ocupacional</p>	<p>(E5) – 1 (E6) – 1 (E9) - 1</p>	<p><i>conheçam e que despertem (...) se se preocupassem mais com quem cuida então o doente seria certamente mais bem cuidado...” (E9)</i></p> <p><i>“Eu estagiei no Hospital Amadora-Sintra e parece que não...mas lá os psiquiatras faziam reuniões periódicas... e havia muita partilha, muita exteriorização por parte dos enfermeiros...havia situações que afloravam...e que porque eram partilhadas eram resolvidas...e era importante que aqui também houvesse essa preocupação por parte do serviço de saúde ocupacional...eu acho que as reuniões já andam a ser planeadas à muito mas nunca mais...é pena que tudo permaneça assim ☺” (E5)</i></p> <p><i>“ (...) uma intervenção do serviço de saúde seria interessante ...sinto essa necessidade de partilhar...” (E6)</i></p> <p><i>“ (...) podia ser feita pelo serviço de saúde...fazerem reuniões, exercícios de relaxamento, massagens...sim era muito bom...utópico, porque aqui em Portugal somos carne</i></p>
---	----------------------------------	--	--	---	---

para canhão" (E9)