Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado

AS REPRESENTAÇÕES DO ENFERMEIRO EM ONCOLOGIA:

EXPRESSÕES DA RESILIÊNCIA

RIO DE JANEIRO

2009

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

AILSE RODRIGUES BITTENCOURT

AS REPRESENTAÇÕES DO ENFERMEIRO EM ONCOLOGIA: EXPRESSÕES DA RESILIÊNCIA

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito parcial para aprovação na Linha de Pesquisa: Enfermagem e População: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde. Eixo Temático: Enfermagem, Saúde Mental e Qualidade de Vida/Resiliência.

Orientadoras: Profª Drª Célia Antunes Chrysóstomo de Sousa
Profª Drª Denise Assis Corrêa Sória

Rio de Janeiro

2009

B624r

Bittencourt, Ailse Rodrigues
As representações do enfermeiro em oncologia: expressões da resiliência / Ailse Rodrigues Bittencourt. - Rio de Janeiro, 2009.

xvii, 134f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, 2009.

Orientadoras: Célia Antunes Chrysóstomo de Sousa; Denise Assis Corrêa Sória.

1. Enfermagem Oncológica. 2. Resiliência. 3. Neoplasias. 4. Enfermagem. 5. Dissertações acadêmicas. I. Sousa, Célia Antunes Chrysóstomo de (Orient.). II. Sória, Denise Assis Corrêa (Orient.). III. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. IV. Título.

CDD-616.9940231

AILSE RODRIGUES BITTENCOURT

AS REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS EM ONCOLOGIA:
EXPRESSÕES DA RESILIÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, na linha de pesquisa Linha de Pesquisa: Enfermagem e População: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde.

Aprovada em 26/03/2009.

BANCA EXAMINADORA

_____

Presidente: Profª Drª Célia Antunes Chrysóstomo de Sousa
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

_____

1ª Examinadora: Profª Drª Maria de Fátima Batalha de Menezes

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

_____

Suplente: Profº Drº Sidnei Clemente Peres
Universidade Federal Fluminense (UFF)

_____

2ª Examinadora: Profª Drª Sonia Regina de Sousa
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

_____

Suplente: Profª Drª Florence Romijn Tocantins
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Dedicatórias

A Deus,

Obrigada pela vida e por todas as oportunidades que me deste, pelas alegrias, por minha saúde, por tua presença constante e amiga nos momentos de maior aflição, pela família que me enviaste e por todos que o senhor colocou em meu caminho. Pela sabedoria, pela superação e pelo dom da fé.

Aos meus amores: Luiz Guilherme, Guilherme, Arthur e Bárbara,

Obrigada Luiz Guilherme pelo seu amor, por sua presença inteiro em minha vida, por sua tolerância, por sua compreensão, por seu companheirismo, por abrir mão muitas vezes de você por mim, pelo homem que você é pelo seu caráter e por sua dedicação como pai.

Obrigada meus filhos, Guilherme, Arthur e Bárbara por vocês existirem, pela paciência, por entenderem minha ausência nesses dois anos e por ser a razão da minha vida e do meu viver.

Aos meus Pais

Obrigada por me ajudarem na realização dos meus sonhos, pelo amor que me dedicaram, por suas preces a Deus para que eu conseguisse vencer na vida e ser feliz e por me ensinarem a ser quem eu sou.

Aos meus irmãos, cunhadas(O) e sobrinhos

Obrigada pelo carinho, apoio e estímulo na elaboração dessa dissertação.

Agradecimentos

A minha amiga "que Deus escolheu" Maria de Fátima Batalha de Menezes, *coordenadora da Educação Continuada do HCI, por estar sempre em meu caminho quando eu mais precisei, por suas orientações e suas sábias palavras na construção desse estudo, por seu carinho, paciência, incentivo e confiança em minha capacidade. Além do apoio de seus filhos Barbara e Pedro, de sua mãe Olga e de sua secretária Jô que sempre me acolheram em sua casa.*

A minha amiga e substituta na Divisão de enfermagem do HCI, *Angela Coe Camargo da Silva Lopes, por sua amizade, por sua confiança, por sua dedicação, por ter acreditado e me incentivado na construção desse trabalho.*

Aos 30 enfermeiros do HCI, *que fizeram parte na construção desse estudo, por suas intensas, ativas, efetivas e acima de tudo entusiasmadas participações na produção desses resultados.*

A minha secretaria Fernanda Campos do HCI, *pelo seu amor, pelo seu carinho, por sua dedicação, sua colaboração e apoio nessa caminhada.*

As minhas amigas, enfermeiras do HCI, *em especial a Alcione Alves Linhares, Angeli Soares de Souza, Célia Helena F. da Costa, Cristiane S. Vaucher, Eliane Conceição Lourenço, Maria Amália de Lima Cury, Maria Cristina Frerés, Maria de Fátima Figueiredo Peres, Maria Teresa dos Santos Guedes, Simone Amorim Carrera e Valdete Oliveira dos Santos, pelo apoio, orientações, e ajuda na construção desse trabalho desde sua fase embrionária.*

A minha amiga e enfermeira do HCI, *Elaine Barranco Pereira, por suas valiosas contribuições como moderadora, nos encontros, desse estudo.*

Ao corpo docente do Curso de Mestrado da EEAP/UNIRIO, *pelas orientações e apoio nessa caminhada.*

Aos colegas de turma do Mestrado de 2007, *em especial a Denise Yokoyama Alves, Renata da Silva Hanzelmann e Elena Araújo Martinez, por me darem as mãos nesses dois anos.*

A Márcia Regina dos Santos da Luz, *da secretaria acadêmica do Mestrado, por sua atenção, cordialidade, amizade, carinho e respeito demonstrado durante toda essa caminhada.*

Ao meu filho Guilherme Rodrigues Bittencourt, *estudante de Física da UERJ, que me auxiliou com seus conhecimentos matemáticos a achar o Desvio Padrão, na classificação dos sujeitos desse estudo, quanto à presença da resiliencia.*

Ao Antropólogo Professor Sidnei Peres, *pela disponibilidade de seu precioso tempo nas discussões conceituais, fundamentais para o meu entendimento e construção desse trabalho.*

A professora Florence Romijn Tocantins, *pelas valiosas contribuições para aprimoramento e refinamento do estudo, desde sua fase embrionária.*

A professora Sonia Regina de Souza, *pelo seu carinho, pelo seu controle, paciência, tranqüilidade, tolerância, sabedoria e valiosas contribuições para o meu entendimento e construção da metodologia das representações sociais utilizada nesta dissertação.*

A minha orientadora Célia Antunes Chrysóstomo de Souza, *pelo incentivo, confiança e liberdade de trabalho que tornaram possível a construção deste estudo.*

Em especial a minha orientadora Denise Assis Corrêa Sória, *que Deus, há muitos anos colocou em meu caminho, obrigado por seu carinho, por sua amizade, seu tempo precioso, por suas "dicas" bibliográficas, por sempre se colocar a disposição para me ajudar, por todo o seu envolvimento e sua participação integral, desde o início dessa jornada, na construção dessa dissertação, pela atenção e carinho de sua família.*

Ao Instituto Nacional de Câncer e a Direção do Hospital do Câncer I, *em especial a Dra. Rita Byington diretora do HC 1 (no ano de meu ingresso no Mestrado), que acreditou e confiou no desenvolvimento dessa dissertação, e mesmo em momentos de grandes dificuldades de recursos humanos de enfermagem, propiciou minha liberação e a de outros profissionais de nossa Instituição.*

BITTENCOURT, Ailse Rodrigues. As Representações do Enfermeiro em Oncologia: Expressões da Resiliência. Orientadoras: Célia Antunes Chrysóstomo de Sousa e Denise Assis Corrêa Sória. Rio de Janeiro: UNIRIO/EEAP, 2009. III, 133p. (Dissertação de Mestrado).

RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva, com enfoque metodológico nas representações sociais, que insere o conceito de resiliência nas discussões da enfermagem em oncologia. Tem como objeto de investigação a resiliência do enfermeiro na assistência em Oncologia. Seus objetivos foram identificar os enfermeiros resilientes na assistência de enfermagem em oncologia; identificar os fatores de risco e de proteção presentes no cotidiano dos enfermeiros na assistência ao paciente oncológico e discutir como se expressa a resiliência entre os enfermeiros que atuam na assistência ao paciente oncologico. O cenário do estudo foi à área de internação clínica e cirúrgica de um hospital público da rede federal de saúde do município do Rio de Janeiro, especializado em oncologia. Os dados foram coletados no período de junho a setembro de 2008, através de dinâmica de criatividade e sensibilidade, utilizando a técnica de recorte-colagem, além da aplicação da Escala de Resiliência (Pesce, 2005), tendo como atores sociais trinta enfermeiros. A análise temática dos dados foi realizada mediante a construção de três categorias. A resiliência foi expressa através da identificação dos fatores de risco e de proteção na assistência de enfermagem em oncologia. Os fatores de risco são minorados pelo expressivo número de fatores de proteção identificados neste estudo. O estudo nos sugere que a resiliência expressa nesses enfermeiros é constituída dos fatores de proteção, entendidos neste estudo como "A Interação", existentes numa dada realidade inóspita, identificada neste estudo por "A Fragilidade Relacionada à Doença" e por último da existência de uma "Vulnerabilidade" essencial, componente mesma, na base conceitual da resiliência. Ressaltamos que a adoção de estratégias intervencionistas na gestão dos enfermeiros, com vista à minimização dos fatores de risco e otimização dos fatores de proteção, irá contribuir para a promoção da resiliência e conseqüente melhoria na qualidade de vida desses profissionais e do cuidado de enfermagem em oncologia.

Palavras chaves: Enfermagem; Enfermagem Oncológica; Resiliência; Câncer.

BITTENCOURT, Ailse Rodrigues. The Nurses´Representation in Oncology: Expressions of the Resilience. Supervisors: Célia Antunes Chrysóstomo de Sousa and Denise Assis Corrêa Sória. Rio de Janeiro: UNIRIO/EEAP, 2009. III, 133p. (Master Degree Dissertation).

ABSTRACT

It is a question of a descriptive, qualitative nature study, with methodological approach in the social representations, which inserts the resilience concept in the nursing discussions in oncology. It has as object of investigation the nurse´ s resilience in the oncology assistance. Its objectives were to identify the resilient nurses in the nursing assistance in oncology; identify the risk factors and the protection present in the nurses daily in the assistance to the oncologic patient and discuss how is expressed the resilience among the nurses who actuate in the assistance to the oncologic patient. The study scenario was the clinical and surgical internment area of a public hospital of the health federal net of the Rio de Janeiro County, specialized in oncology. The data were collected in the period from June to September of 2008, through creativity and sensitivity dynamics utilizing the cutting-pasting technique, beyond the Resilience Scale application (Pesce, 2004), having as social actors thirty nurses. The data thematic analysis was realized through the construction of three categories. The resilience was expressed through the identification of the risk factors and the protection in the nursing assistance in oncology. The risk factors are reduced by the expressive number of protection factors identified in this study. The study suggests us that the resilience expressed in these nurses is constituted of the protection factors, understood in the study as “The Interaction”, existent in a certain barren reality, identified in this study by “The Fragility Related to the Disease” and at last of the existence of an “ Essential Vulnerability, same component, in the resilience conceptual basis. We emphasize that the interventionist strategies adoption in the nurses management, with the aim at the risk factors minimization and optimization of the protection factors, will contribute for the resilience promotion and consequent improvement in the life quality of these professionals and of the nursing care in oncology.

Key words: Nursing; Nursing in Oncology; Resilience; Cancer.

BITTENCOURT, Ailse Rodrigues. Las Representaciones de los Enfermeros en Oncología: Expresiones de la Flexibilidad. Orientadoras: Célia Antunes Chrysóstomo de Sousa y Denise Assis Corrêa Sória. Rio de Janeiro: UNIRIO/EEAP, 2009.III, 133p. (Disertación de Master Grado).

RESUMEN

Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa, descriptiva, con enfoque metodológico en las representaciones sociales, que inserta el concepto de flexibilidad en las discusiones de la enfermería en oncología. Tiene como objeto de investigación la flexibilidad del enfermero en la asistencia en Oncología. Sus objetivos fueron identificar los enfermeros flexibles en la asistencia de enfermería en oncología; identificar los factores de riesgo y de protección presentes en el cotidiano de los enfermeros en la asistencia al paciente oncológico y discutir como se expresa la flexibilidad entre los enfermeros que trabajan en la asistencia al paciente oncológico. El escenario del estudio fue el área de internación clínica y quirúrgica de un hospital público de la red federal de salud del municipio de Rio de Janeiro, especializado en oncología. Los datos fueron colectados en el periodo de junio a septiembre de 2008, a través de dinámica de creatividad y sensibilidad utilizando la técnica de recorte-colage, allende la aplicación de la Escala de Resiliência (Pesce, 2005) ("Escala de la Flexibilidad"), teniendo como actores sociales treinta enfermeros. El análisis temático de los datos fue realizado mediante la construcción de tres categorías. Los datos colectados nos hizo posible identificar los factores capaces de expresar la flexibilidad de los enfermeros participantes de este estudio. La flexibilidad fue expresa a través de la identificación de los factores de riesgo y de protección en la asistencia de enfermería en oncología. Los factores de riesgo son reducidos por el expresivo número de factores de protección identificados en este estudio. El estudio nos sugiere que la flexibilidad expresa en esos enfermeros es constituida de los factores de protección, entendidos en este estudio como "La Interacción", existentes en una dada realidad inhóspita, identificada en este estudio por "La Fragilidad Relacionada a la Enfermedad" y por último de la existencia de una "Vulnerabilidad" esencial, componente misma, en la base conceptual de la flexibilidad. Nosotros resaltamos que la adopción de estrategias intervencionistas en la gestión de los enfermeros, con vista a la minimización de los factores de riesgo y optimización de los factores de protección, irá contribuir para la promoción de la flexibilidad de los enfermeros y consecuente mejoría en la calidad de vida de esos profesionales y del cuidado de enfermería en oncología.

Palabras – claves: Enfermería; Enfermería en Oncología; Resiliencia; Cáncer.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES RELATIVAS ÀS IMAGENS E DEPOIMENTOS

Ilustração 1	Recorte Colagem coletado durante os encontros, “SARAIANA” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção.Junho a Setembro de 2008	105
Ilustração 2	Recorte Colagem coletado durante os encontros, “MOCOTO” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção.Junho a Setembro de 2008	106
Ilustração 3	Recorte Colagem coletado durante os encontros, “JADE” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção. Junho a Setembro de 2008	107
Ilustração 4	Recorte Colagem coletado durante os encontros, “PLUTÃO” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção.Junho a Setembro de 2008	108
Ilustração 5	Recorte Colagem coletado durante os encontros, “ÁGUAS MARINHAS” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção. Junho a Setembro de 2008	109
Ilustração 6	Recorte Colagem coletado durante os encontros, “CANELA” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção. Junho a Setembro de 2008	110
Ilustração 7	Recorte Colagem coletado durante os encontros, “TURCO” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção. Junho a Setembro de 2008	111
Ilustração 8	Recorte Colagem coletado durante os encontros, “AZUL” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção.Junho a Setembro de 2008	112
Ilustração 9	Recorte Colagem coletado durante os encontros, “ORQUÍDEA AZUL” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção. Junho a Setembro de 2008	113
Ilustração10	Recorte Colagem coletado durante os encontros, “DUDA” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção. Junho a Setembro de 2008	114

Ilustração11 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “CLEÓPATRA” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção. Junho a Setembro de 2008 115

Ilustração12 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “ORQUÍDEA LILÁS” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção. Junho a Setembro de 2008 116

Ilustração13 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “GOLFINHO” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção. Junho a Setembro de 2008 117

Ilustração14 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “ORQUÍDEA” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção. Junho a Setembro de 2008 118

Ilustração15 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “RAIO DE SOL” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção. Junho a Setembro de 2008 119

Ilustração16 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “4.7” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção. Junho a Setembro de 2008 120

Ilustração17 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “TURMALINA” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção. Junho a Setembro de 2008 121

Ilustração18 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “SÂNDALUS” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção. Junho a Setembro de 2008 122

Ilustração19 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “LILI” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção.Junho a Setembro de 2008 123

Ilustração20 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “FADINHA” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção.Junho a Setembro de 2008 124

Ilustração21 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “GIRASSOL DA RUSSIA” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção.Junho a Setembro de 2008 125

Ilustração22 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “MARGARIDA” representando o paciente oncológico, os fator de risco e fatores de proteção.Junho a Setembro de 2008 126

Ilustração23 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “VIOLETA BRANCA” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção.Junho a d Setembro e 2008 127

Ilustração24 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “BEIJA FLÔR” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção.Junho a Setembro de 2008 128

Ilustração25 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “ESMERALDA” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção.Junho a Setembro e 2008 129

Ilustração26 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “ÁGUIA” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção.Junho a Setembro de 2008 130

Ilustração27 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “MULHER ELÁSTICA” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção.Junho a Setembro de 2008 131

Ilustração28 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “FELICIDADE” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção.Junho a Setembro de 2008 132

Ilustração29 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “LÁBIOS DE MEL” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção.Junho a Setembro de 2008 133

Ilustração30 Recorte Colagem coletado durante os encontros, “GIRASSOL” representando o paciente oncológico, os fatores de risco e fatores de proteção. Junho a Setembro de 2008. 134

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro Nº 1 - Definição da Resiliência. 30

Quadro Nº 2 - Perfil Preliminar dos Enfermeiros Participantes do Estudo 37

Quadro Nº 3 - Nível de Qualificação dos Enfermeiros participantes do estudo 44
.

Quadro Nº 4 - Classificação dos Atores Sociais Quanto a Presença da Resiliência. 47

Quadro Nº 5 - Sintese das Unidades de Significação. 51

Quadro Nº 6 - Demonstrativo das Unidades Temáticas. 52

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

Grafico Nº 01 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros do HC I/INCA-MS segundo **Faixa Etária,** junho a Setembro de 2008. 38

Grafico Nº 02 - Distribuição dos Enfermeiros do HCI/INCA-MS segundo o **Tempo de Formado,** Junho a Setebrode 2008.... 39

Grafico Nº 03 - Distribuição dos Enfermeiros do HCI/INCA-MS segundo o **Tempo de Atuação no INCA**, Junho a Setembro de 2008 40

Grafico Nº 4 - Distribuição dos Enfermeiros do HCI/INCA-MS segundo o **Estado Civil**, Junho a Setembro de 2008. 40

Grafico Nº 5 - Distribuição dos Enfermeiros do HCI/INCA-MS segundo N**úmero de Filhos**, Junho a Setembro de 2008 41

Grafico Nº 6 - Distribuição dos Enfermeiros do HCI/INCA-MS segundo o **Número de Empregos**, Junho a Setembro de 2008 41

Grafico Nº 7 - Distribuição dos Enfermeiros do HCI/INCA-MS segundo a O**pção Religiosa**, Junho a Setembro de 2008 42

Grafico Nº 8 - Distribuição dos Enfermeiros do HCI/INCA-MS segundo a **Qualificação**, Junho a Setembro de 2008. 43

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS 18

1.1 - Introdução 18
1.2 - Problematização 19
1.3 - Justificativa do Estudo 24
1.4 - Objeto do Estudo 26
1.5 - Questões Norteadoras 26
1.6 - Objetivos 26
1.7 - Contribuições do Estudo 27

CAPÍTULO 2 – REVISÃO DE LITERATURA 28

2.1 – Origem do Conceito 28

CAPÍTULO 3 – CAMINHO METODOLÓGICO 32

3.1 – Enfoque Metodológico 32
3.2 – Cenário 35
3.3 – Atores Sociais 36
3.4 – Coleta de Informações 45
3.5 – Análise das Informações 50

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS DADOS 53

4.1. As Expressões da Resiliência no Cotidiano dos Enfermeiros no Assistir ao Paciente Oncológico 53
4.1.1 - Unidade Temática 1: A Fragilidade Relacionada à Doença 51
4.1.2 - Unidade Temática 2: As Faces da Vulnerabilidade 68
4.1.3 - Unidade Temática 3: A Interação 76

CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS 87

REFERÊNCIAS 91

APÊNDICES

A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 97
B. Roteiro dos Encontros 99
C. Escala de Resiliência 100
D. Pedido de Autorização para Realização da Pesquisa 103

ANEXOS

A. Ata do Parecer Consubstanciado fornecido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer 104

CAPÍTULO 1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 - INTRODUÇÃO

O meu interesse em desenvolver este estudo no Curso de Mestrado em Enfermagem da UNIRIO adveio de minha trajetória profissional como enfermeira no Instituto Nacional de Câncer (INCA). Os vinte e cinco anos de atividade profissional como enfermeira do INCA, transcorreram na área assistencial clínica e cirúrgica e posteriormente na área gerencial. A prática assistencial deu-se nos setores de Medicina Nuclear, Radioterapia, Pediatria, Oncologia Clínica e Hematologia, Urologia e Plástica.

Há treze anos, exerço minhas atividades na área gerencial, atuando inicialmente como Chefe de Serviço de Enfermagem Hospitalar no Hospital do Câncer I (HCI), Chefe de Divisão de Enfermagem do Hospital do Câncer II e atualmente como Chefe de Divisão de Enfermagem do HCI desde o ano de 2003.

Esse caminho profissional na Enfermagem em Oncologia inclinou-me a buscar alternativas conciliadoras que contemplassem a esfera técnica a relacional, visto que nesta área de atuação, a necessidade de ações resolutivas e sensíveis é demandada.

O diferencial da oncologia como especialidade, determina a ocorrência de complexas situações de enfrentamento com pacientes, familiares, profissionais, envolvendo questões como a finitude, as mutilações, a agressividade terapêutica e as perspectivas da utilização de terapêuticas antineoplásicas.

Dentro desse contexto, a descoberta do tema resiliência encontrou consonância com minhas aspirações como enfermeira. Este conceito, de natureza inovadora, fornece condições para a ampliação da visão assistencial do enfermeiro no que tange às constantes e aceleradas mudanças no ambiente de trabalho em saúde, principalmente nos hospitais, levando a interferir diretamente nas relações estabelecidas entre os profissionais em todos os níveis hierárquicos, gerando instabilidade e conflitos, bem como, oportunizando crescimento e maturidade profissional e institucional.

D'Auria (2003) aponta que a resiliência está presente nos mais distintos níveis hierárquicos e se intensifica à medida que aumentam as responsabilidades, cobranças, pressão laboral, competividade, estafante jornada de trabalho, entre outras características muito típicas do mundo atual.

Diante dessa assertiva, ressalto que o enfermeiro deve buscar novas formas de abordagem das situações do exercício da enfermagem, lançando-se ao conhecimento dos recursos e tecnologias disponíveis no mundo globalizado, que incluem a aprendizagem de novos marcos conceitual na assistência e no gerenciamento de pessoas.

Dessa forma, as organizações poderão caminhar para construção de ambientes de trabalho mais flexíveis e saudáveis, promovendo assim mais saúde aos seus trabalhadores e respondendo melhor aos desafios dos novos tempos.

Para atender a esses desafios, como melhoria nas relações de trabalho, na assistência ao paciente com câncer e nos diagnósticos, o conceito de resiliência pode ser introduzido como elemento de reflexão e análise para o enfermeiro em oncologia.

1.2 - PROBLEMATIZAÇÃO

A incidência do câncer no Brasil acompanha a tendência mundial, caracterizada pelo aumento da expectativa de vida e o conseqüente envelhecimento populacional, pela adoção de estilos de vida não-saudáveis, pela urbanização desenfreada e novos padrões de consumo. Para o estabelecimento de medidas efetivas de controle do câncer, faz-se necessárias informações de qualidade sobre sua distribuição de incidência e mortalidade, o que possibilita uma melhor compreensão sobre a doença e seus determinantes; a formulação de hipóteses causais; a avaliação dos avanços tecnológicos aplicados à prevenção e ao tratamento, bem como a efetividade da atenção à saúde.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) no Brasil, as estimativas para o ano de 2008, válidas também para o ano de 2009, apontam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer, esperando-se 231.860 casos novos, para o sexo masculino, e 234.870 para o sexo feminino. Estima-se que, em 2020, o número de casos novos anuais, no mundo, seja da ordem de 15 milhões, sendo que cerca de 60% desses novos casos ocorrerão em países em

desenvolvimento. É também conhecido que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorrem anualmente no mundo poderia ser prevenido. Parkin e colaboradores (2001) estimaram que, no ano de 2000, o número de casos novos de câncer em todo o mundo seria maior que *10 milhões.* Em 2005, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer foi responsável por *7,6 milhões*, o que representou 13% de todas as mortes (INCA, 2008, p.23).

Diante de tal cenário, fica clara a necessidade de continuidade em investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atuação como: na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência aos pacientes, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do SUS (INCA, 2008, p.24).

Conforme refere o INCA (2002, p.13) "a partir da constatação de que o câncer é um problema de saúde pública no Brasil, passa a ser importante o conhecimento de sua magnitude para que se possam ter bases referentes a seu controle, seja por meio de programas de prevenção e detecção precoce, seja pela organização e financiamento da rede assistencial para o tratamento e reabilitação da população".

O Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 423 mil internações por neoplasias malignas em 2005, além de 1,6 milhões de consultas ambulatoriais em oncologia. Mensalmente, são tratados cerca de 130 mil pacientes com quimioterapia e 98 mil com radioterapia ambulatorial. Tal fato aumentou expressivamente o número de pacientes oncológicos atendidos pelas unidades de alta complexidade do SUS (BRASIL, 2006, p.53).

No que tange à mortalidade por câncer, sua proporcionalidade cresceu consideravelmente ao longo das últimas décadas, acompanhando o crescimento da mortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório e por causas externas, ao mesmo tempo em que diminuíram as mortes por doenças infecto-parasitárias.

Diante da realidade epidemiológica inerente ao câncer, o modelo assistencial correlato deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, para garantir o acesso aos serviços e ao cuidado integral, assegurando o lugar do paciente como sujeito, na singularidade de sua história de vida, condições sócios culturais, anseios e expectativas, na perspectiva da qualidade de vida.

As abordagens direcionadas ao paciente com câncer devem contemplar as diversas dimensões do sofrimento físico, espiritual e psicossocial e buscar o controle da doença, com preservação da qualidade de vida.

A dificuldade de atendimento à demanda da população por serviços e a incapacidade de absorção de Rede de Atenção à Saúde na área de oncologia determinam impasses assistenciais e gerenciais relevantes. Assistir e cuidar de pessoas em tratamento do câncer traduz-se num permanente desafio!

Desafio este vivenciado por mim, no período em que estava diretamente envolvida com a assistência de enfermagem ao paciente oncológico. Neste sentido, constatei situações extremamente difíceis como de uma paciente que depois da retirada de um tumor de face, perdeu também sua "identidade", pois sua face foi totalmente retirada, restando-lhe apenas a boca, devido à extensão de seu tumor. Todos os dias que eu chegava a seu leito, para lhe prestar assistência, ela expressava sua tristeza e angústia, e sempre me perguntava "O que adiantou? Retirei meu câncer e perdi minha identidade!". Era muito difícil conviver com essa situação, mas mesmo assim procurava achar algumas palavras para lhe confortar e ajudar a atenuar sua tristeza. Nessa hora a presença e apoio da família são muito importantes. Mas alguns desses pacientes, para piorar ainda mais suas adversidades, são abandonados pelos seus familiares, sendo mais difícil ainda superar essa situação.

Também não me conformava em ver crianças tão pequenas com tumores tão agressivos em sua evolução. A sensação era de impotência ao lidar com tanta dificuldade nesse cuidado. Era muito difícil suportar tanto sofrimento e tentativas terapêuticas tão agressivas em seres tão frágeis.

Mães que perdiam mais de um filho com o mesmo tipo de neoplasia. Mães que perdiam seu único filho ou filha. Profissionais que choravam ao lidar com situações e momentos de muita dor e sofrimento de pacientes e seus familiares. Profissionais que diante de tanta adversidade tinham idéias tão criativas e benéficas para os pacientes. Como solicitar a mãe que cortasse o longo e lindo cabelo de sua filha, para confecção de uma peruca de cabelos naturais. A mãe e a adolescente aceitaram a idéia e o resultado foi muito bom para a auto-estima da jovem, que certamente perderia, muito em breve, todos os fios de cabelo, por conta da quimioterapia antineoplásica a que seria submetida.

A assistência em oncologia nos coloca em contato com situações muito dolorosas! Uma colega de trabalho estava abalada com o caso de uma criança de apenas dois anos de idade e diagnóstico de tumor maligno de vagina. Ela me relatava o caso com lágrimas nos olhos: "fico observando essa mãe acompanhando sua filha de apenas dois anos de idade, todos os dias, no tratamento de braquiterapia[1]·. – "Parece que ela está sempre tranqüila olhando para nós, que cuidamos de sua filha no aparelho". Será que ela tem idéia do que está acontecendo? Parece que Deus dá o conforto e resignação a essas mães!". Eu fico ali com o meu coração apertado, em frangalhos, doida para que acabasse logo o tratamento. Eu não agüento mais ver esses pacientes e seus entes queridos, passando por tanto sofrimento, muitas vezes com dor, sem perspectiva de uma vida saudável, de futuro e de cura. Acho que tenho que me aposentar! Não estou mais suportando tanto sofrimento!

Apesar de todos esses momentos, comecei a perceber que alguns enfermeiros passam por essas situações com mais facilidade, parecendo até que não percebem a situação limite desse sofrimento. Profissionais motivados e dispostos que enfrentam tais situações sem grandes abalos.

Como esses profissionais tinham essa tranqüilidade em lidar com tais pacientes com tanta complexidade no processo de cuidar? De forma semelhante, observava que determinados setores, como o de internação, setor de cirurgia da clínica de cabeça e pescoço, pediatria e quimioterapia, apesar de serem, para uns, locais em que ocorre muito sofrimento, para outros é o seu lugar de escolha.

Por diversas vezes passavam por mim enfermeiros que estavam sendo contratados. Eu observava em suas falas e em seus semblantes a felicidade de estarem sendo admitidos para cuidar de pacientes oncológicos! Achava muito interessante, enfermeiros jovens, considerando o cuidado ao paciente oncológico como um "sonho de consumo!".

Por vezes fui procurada por alguns enfermeiros, que me solicitavam a sua troca de setor, pois estavam cansados de cuidar do mesmo perfil de pacientes. Observei que, ao atender seus pedidos, grande parte desse grupo de profissionais, se mostravam mais felizes no novo setor de

---

[1] A palavra braquiterapia tem origem grega (brachys = curto; terapia = tratamento) e define uma forma de tratamento desenvolvida pela colocação de materiais radioativos junto ao tumor. Os materiais determinam a liberação de altas doses de radiação apenas nas proximidades da área de implantação, sem que um grande número de células normais seja atingido. Os implantes podem ser temporários ou permanentes. Pode ser realizada por meio da colocação do material radioativo no interior do órgão. Essa técnica, freqüentemente empregada no tratamento dos tumores ginecológicos, é denominada de intracavitária. Disponível em: http://www.einstein.br/portal2007/tbox/hospital/onco/braquiterapia; acesso em 05/06/2008.

escolha. Mas eles continuavam assistindo o paciente oncológico. O que lhe teria causado mais felicidade no trabalho? Desde então venho tentando encontrar respostas para essas perguntas. Por que alguns enfermeiros suportam tão bem essas adversidades ao lidar com o paciente oncológico e outros não? Que "fatores" os fazem suportar tão bem essas situações de estresse emocional?

Os profissionais de enfermagem atuantes na área da oncologia entram em contato contínuo com situações de enfrentamento, que colaboram para a ocorrência de estresse e depressão relacionados à dor e a perda. Outro fator associado ao enfrentamento diário da prática assistencial configura-se na ausência de capacitação para lidar com pacientes com câncer.

Segundo Radunz e Souza (1998, p.182) a área de oncologia apresenta um alto nível de estresse entre seus cuidadores que vivenciam muitos momentos de tristeza e depressão. O estresse profissional é uma realidade observada hoje em diferentes áreas e setores do mercado de trabalho, principalmente, se falarmos de como é assistir e cuidar em oncologia. Aliado a esses fatores, as duplas e até triplas jornadas de trabalho do enfermeiro tem contribuído muito para elevadas situações de estresse.

Vale pontuar que na assistência de enfermagem ao paciente oncológico, os riscos são constantes, pois os enfermeiros estão em contato com resíduos químicos e materiais perfurantes-cortantes infectados. Também manipulam, diluem e administram drogas antineoplásica; cuidam, administram e acompanham pacientes submetidos a irradiações ionizantes; realizam punções periféricas e profundas além de os acompanharem em terapias intravenosas de alta complexidade.

Assim, apesar desses profissionais estarem atualizados quanto aos recentes avanços no diagnóstico e tratamento da doença, que asseguram a remissão e possível cura, o câncer permanece uma doença relacionada à desesperança, a dor, ao medo e a morte.

Desta forma podemos caracterizar os enfermeiros atuantes em oncologia como um grupo vulnerável, devido aos fatores de riscos: físicos, químicos e emocionais a que tais profissionais são freqüentemente submetidos.

No entanto, Lipp (1998 apud PAFARO E MARTINO, 2004, p. 152) mencionam que a vulnerabilidade dos indivíduos ao estresse depende da sua habilidade para lidar com eventos estressores, ou seja:

> ... a maneira como o indivíduo lida com eles é fundamental para que se desenvolva um quadro de estresse. Uma vez que o modo de reagir a estímulos é um produto da aprendizagem, o contrário também pode ocorrer e é possível desaprender certas reações inadequadas e estressores em potencial.

Refletindo sobre a temática vulnerabilidade, foi possível identificar no dia-a-dia, populações que vivem sob condições precárias de saúde e segurança, expostas a situações de risco pessoal e social. O termo vulnerabilidade tem sido usado freqüentemente na literatura científica, especialmente após a década de 80 focalizada, principalmente, para perspectiva de risco. A importância de se estudar o conceito de vulnerabilidade reside no fato de que pode embasar as práticas de saúde, integrando os planos relativos aos indivíduos, aos programas e às políticas de saúde.

Já os fatores de risco são responsáveis por acentuar a doença e/ou estados deficientes. A resiliência pode ser entendida como a capacidade dos indivíduos de superar os fatores de risco aos quais são expostos, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados. Rutter (1990), afirma que a *resiliência* é o produto final de um processo de imunização que não elimina o risco, mas encoraja o indivíduo a enfrentá-lo efetivamente.

Diante do exposto, torna-se necessário estimularmos a capacidade dos enfermeiros no desenvolvimento da resiliência, para manutenção da qualidade de vida e do equilíbrio emocional. Nesse sentido, acreditamos que podemos proporcionar um ambiente onde a assistência de enfermagem possa ser desenvolvida na perspectiva da qualidade, tanto para os pacientes quanto para os profissionais.

1.3. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A resiliência tem sido abordada na Enfermagem e em outras áreas do conhecimento, com enfoque na compreensão do estabelecimento da relação entre fatores de risco/vulnerabilidade e fatores de proteção inerentes ao indivíduo e ao ambiente, ante o enfrentamento das situações do cotidiano.

Mesmo que existam pesquisas sobre este tema na Enfermagem, o conteúdo da produção científica sobre resiliência ainda pode ser caracterizado como escasso. Assim, propostas de estudos como a que apresento são relevantes, emergentes da prática e contribuem para a utilização teórica do conceito e aplicação no cotidiano, principalmente no que tange ao cenário do exercício da enfermagem em oncologia.

Nessa perspectiva, Sória (2007, p.276) et al. desenvolveu trabalho na modalidade de revisão sistemática sem meta-análise, onde pesquisou a utilização do conceito de resiliência na

área da Enfermagem em Oncologia, no recorte temporal de 1990 a 2006. Foram encontrados 125 artigos internacionais e dois artigos nacionais relacionados à resiliência e Enfermagem; e 12 artigos internacionais relacionados à resiliência, câncer e oncologia.

No estudo acima citado constatou-se que a partir de 2004 ocorreu uma expansão da temática. Os enfoques principais associados à resiliência foram à resistência emocional e física, enfrentamento e proteção. Constatou-se também que a resiliência está incluída na agenda de pesquisa da Oncology Nursing Society (ONS) estando inserida nos estudos psicossociais, comportamentais, de comunicação e na abordagem da família de pessoas com câncer.

Foram localizados dois livros, um de cuidados paliativos – Resilence in Palliative Care-Achievement in adversity, de autoria de Barbara Monroe e David Oliviere (2007) e outro de câncer de mama – Breast Cancer: Daugthers Tell Their Stories, de autoria de Julianne S Oktay (2005), os quais incluem a resiliência como tópico para discussão. Identificamos nos artigos da Enfermagem em Oncologia que a resiliência pode ser promovida por intervenções resolutivas com impacto na qualidade de vida dos pacientes.

Além disso, a referida autora realizou uma tese de doutorado que investigou a resiliência dos profissionais de Enfermagem em Terapia Intensiva, apontando os fatores de risco e proteção, a que esses trabalhadores se expõem. Seus dados mostraram que a resiliência é expressa pela intersecção dos fatores de risco e proteção, sendo mediada pelo imponderável da situação humana no ambiente da Terapia Intensiva. Esse estudo reveste-se de pioneirismo na abordagem do conceito na área da enfermagem hospitalar (SÓRIA, 2006).

Nesse sentido, este estudo tenciona integrar o conceito de resiliência no exercício da assistência de enfermagem em oncologia não apenas como uma ferramenta, mas como um conhecimento que envolve pessoas, processos de trabalho e dispositivos sociais institucionais, com vistas à geração de uma prática que produza a construção de competências, intervenções pessoais e profissionais, criativas e inovadoras para os profissionais de saúde e usuários destes serviços.

1.4. OBJETO DO ESTUDO

Considerando as questões expostas, o presente estudo intenta investigar a **Resiliência do enfermeiro na assistência em oncologia**, caracterizando assim o **objeto** dessa proposta de estudo, que tem aderência à linha de pesquisa: Enfermagem e População: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde, sendo relacionadas ao eixo temático: Enfermagem, Saúde Mental e Qualidade de Vida / **Resiliência,** Grupos Vulneráveis.

1.5. QUESTÕES NORTEADORAS

Para fundamentar o desenvolvimento deste estudo, elaborei as seguintes **questões norteadoras**:

- Os enfermeiros atuantes na assistência ao paciente oncológico são resilientes?
- Quais os fatores de risco e de proteção presentes no cotidiano dos enfermeiros na assistência de enfermagem ao paciente oncológico?
- Como se expressa a resiliência entre os enfermeiros que atuam na assistência ao paciente oncológico?

1.6. OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo são:

- Identificar os enfermeiros resilientes na assistência de enfermagem em oncologia;
- Identificar os fatores de risco e de proteção presentes no cotidiano dos enfermeiros na assistência ao paciente oncológico;
- Discutir como se expressa a resiliência entre os enfermeiros que atuam na assistência ao paciente oncológico.

1.7. CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Este estudo pretende contribuir na produção de mudanças nos processos da assistência de enfermagem em oncologia, mediante a adoção de novo referencial conceitual, oportunizando uma proposta inovadora em consonância com modelos de assistência e gestão que preconizam a necessidade de fortalecer a humanização da atenção aos pacientes com câncer e aos profissionais que deles cuidam.

Estudos sobre resiliência apontam que o conhecimento sobre o tema contribui para a melhoria do processo de trabalho em saúde, tanto para os clientes como para os profissionais, além de balizar programas na área de saúde do trabalhador e subsidiar a elaboração de programas de humanização com enfoque direcionado aos profissionais de enfermagem e pacientes (SÓRIA, 2006).

A cada dia mais pessoas consideram a resiliência uma característica da saúde mental. De fato, foi reconhecida como aporte à promoção e à manutenção da saúde mental. O papel da resiliência é desenvolver a capacidade humana de enfrentar, vencer e sair fortalecido de situações adversas e transformado. É um processo que excede o simples “superar” essas experiências, já que permite sair fortalecido por elas, o que necessariamente afeta a saúde mental (MELILLO e OJEDA, 2005, p.18)

Desta forma acredito que, dado seu potencial, a resiliência é um conceito que pode ser significativo para o redimensionamento das pesquisas em Enfermagem na área Oncológica, contribuindo para reflexões na área do ensino, da assistência e do gerenciamento.

Considerando o cenário da oncologia, dotado com especificidades inerentes e de alta complexidade organizacional, assistencial e gerencial, o conceito de resiliência reveste-se de aplicabilidade teórica e prática, podendo contribuir com uma nova forma de olhar para a assistência em saúde, nessa área específica, aliando a qualificação dos recursos humanos ao desenvolvimento das competências profissionais na pesquisa, no ensino e na assistência e conseqüentemente melhorando a qualidade de vida do enfermeiro.

CAPÍTULO 2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 - ORIGEM DO CONCEITO

O termo resiliência origina-se do latim *resiliensis* e significa saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper. Na língua inglesa, *resilent* sugere à idéia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação. O dicionário de língua inglesa Longman Dictionary of Contemporary English (1995) oferece duas definições de resiliência, sendo a primeira: "habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades e etc.: resiliência de caráter" [2]. A segunda explicação para o termo encontrada no mesmo dicionário afirma que resiliência "é a habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida: flexibilidade" [3].

O dicionário de língua portuguesa de autoria de Ferreira (1999), conhecido como Novo Aurélio, diz que, na Física, resiliência "é a propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora duma deformação elástica". No sentido figurado, o mesmo dicionário aponta o termo como "resistência ao choque".

A resiliência é definida, segundo Tavares (2001, p.8):

> Como a capacidade de responder de forma mais consistente aos desafios e dificuldades, de reagir com flexibilidade e capacidade de recuperação diante desses desafios e circunstâncias desfavoráveis, tendo uma atitude otimista, positiva e perseverante e mantendo um equilíbrio dinâmico durante e após os embates de personalidade que, ativada e desenvolvida, possibilita ao sujeito superar-se e às pressões de seu mundo, desenvolver um auto-conceito realista, autoconfiança e um senso de auto-proteção que não desconsidera a abertura ao novo, à mudança, ao outro e à realidade subjacente.

---

[2] Original em inglês: "the ability to return quickly to your usual health or state of mind after suffering an illness difficulties etc.: resilience of character.

[3] Original em inglês: "the ability of a substance to return to its former shaper when pressure is removed: flexibility".

Tavares (2001) desenvolveu a tese de que a resiliência não deve ser apenas um atributo individual, mas pode estar presente nas instituições/organizações, gerando uma sociedade mais resiliente. Para ele, uma organização resiliente é uma organização inteligente, reflexiva, onde as pessoas são inteligentes, livres, responsáveis, competentes e funcionam numa relação de confiança, empatia e solidariedade. "Trata-se de organizações vivas, dialéticas e dinâmicas cujo funcionamento tende a imitar o do próprio cérebro que é altamente democrático e resiliente" (TAVARES, 2001, p.60).

Este autor também contribui com outro enfoque, nos estudos e investigações realizados em torno da auto-estima e do auto-conceito. Ele afirma que o desenvolvimento de capacidade de resiliência nos sujeitos passa pela mobilização e ativação das suas capacidades de ser, estar, ter, poder e querer, ou seja, pela sua capacidade de auto-regulação e auto-estima. "Ajudar as pessoas a descobrir as suas capacidades, aceitá-las e confirmá-las positivas e incondicionalmente é, em boa medida, a maneira de torná-las mais confiantes e resilientes para enfrentar a vida do dia-a-dia por mais adversa e difícil que se apresente" (TAVARES, 2001, p.52).

Do ponto de vista da psicologia e da sociologia, trata-se também de uma qualidade, de uma capacidade de as pessoas sozinhas ou em grupo resistir a situações adversas sem perderem o seu equilíbrio inicial, isto é, a capacidade de se acomodarem e reequilibrarem constantemente. (TAVARES, 2001, p. 46).

Vários autores definem a resiliência em seres humanos através de seus estudos (PESCE,2004, p.135; JUNQUEIRA, 2003, p.223-228; YUNES, 2003, p. 77), entre outros. Entretanto, sua definição não é clara e nem tampouco precisa quanto na Física ou na Engenharia. Yunes (2003, p.77) ressalta que nem poderia sê-lo, haja vista, a complexidade e multiplicidade de fatores e variáveis que devem ser levados em conta no estudo de fenômenos humanos.

Uma vez que a questão da resiliência ainda se configura como uma reflexão recente e em construção, achamos prudente incluirmos algumas definições: (Quadro 1)

Quadro 1 - Definições de Resiliência

AUTOR	DEFINIÇÃO / CONCEITUAÇÃO
Rutter (1993)	-“é um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam ter uma vida “sadia” num ambiente “insano”.
Grotberg (1995)	- “resiliência é uma capacidade universal que permite que uma pessoa, grupo ou comunidade previna, minimize ou supere os efeitos nocivos das adversidades”.
Ruegg (1997)	-“Uma qualidade de resistência e perseverança da pessoa humana face às dificuldades que encontra”.
Martineuau (1999)	-“Habilidade de superar as adversidades”.
Tavares (2001)	-“capacidade de um sujeito resistir a uma doença, a uma infecção, a uma intervenção, por si próprio ou com ajuda de medicamentos. (ponto de vista médico). -“uma qualidade de resistência e perseverança da pessoa humana face às dificuldades que encontra”. (ponto de vista psicológico) -“é a qualidade de resistência de um material ao choque, a tensão, a pressão, a qual lhe permite voltar, sempre que é forçado ou violentado”. (ponto de vista da física)
Yunes (2003)	-“Processos que explicam a “superação” de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações”.
Pinheiro (2004)	- “capacidade de o indivíduo, ou a família, enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, mas conseguir superá-las.”
Pesce (2004)	-“compreende-se resiliência como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitem o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em um ambiente não sadio”.

Fonte: SÓRIA, Denise de A. C.; 2006, p 12. Tese de Doutorado.

Rutter (1993) alerta que o importante para compreender a resiliência é tentar conhecer como as características protetoras se desenvolveram e de que modo modificaram o percurso pessoal do indivíduo. Torna-se claro, portanto, que interessa estudar o conjunto de processos decorrentes desta variável, que vincula e faz a mediação das condições de risco com as manifestações negativas ou psicopatológicas.

Quanto às pesquisas científicas, os primeiros estudos sobre risco foram feitos no campo da epidemiologia e da medicina, cujo foco era estudar "padrões de doença em determinadas populações e os fatores que influenciaram estes padrões" (LILIENFELD & LILIENFELD, 1980).

Yunes e Szymanski (2001) destacam que os fatores de risco sempre devem ser pensados como processo e não como variável em si, e relacionam os fatores de risco com toda a sorte de eventos negativos de vida, os quais, quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais.

Essa concepção restrita não é suficiente para interpretar aspectos do desenvolvimento humano, já que o risco também se origina no contexto social e, felizmente, a adversidade nem sempre se traduz em mortalidade. A combinação de dois ou mais estressores, segundo Rutter (1981, p.22), pode diminuir a possibilidade de conseqüências positivas no desenvolvimento, e que estressores adicionais aumentam o impacto de outros estressores presentes.

Conforme Yunes (2003, p.76) a resiliência é freqüentemente referida através de processos que explicam a "superação" de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações.

Assim notamos que resiliência como conceito vem sendo bastante discutida do ponto de vista teórico, dotando-se de abrangência e aplicabilidade em várias áreas de interesse da comunidade científica representando um novo espaço de investigação, principalmente para a assistência de enfermagem em oncologia, criando possibilidades de reflexão, além da ampliação nos modos de ver e fazer o exercício assistencial e gerencial de Enfermagem.

O contemporâneo movimento pela promoção da saúde tem revelado a resiliência como um conceito importante nessa área de conhecimento. O crescente interesse pelo conceito de resiliência como reflexo da necessidade do investimento em prevenção de problemas e promoção da saúde mental torna importante a existência de instrumentos para avaliação desse constructo.

A escala de resiliência desenvolvida por Wagnild & Young é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida

importantes. Possuí 25 itens descritivos de forma positiva com resposta tipo *likert* variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência.

O referido instrumento foi desenvolvido por meio de um estudo qualitativo com 24 mulheres adultas previamente selecionadas por adaptarem-se com sucesso à adversidade da vida. Cada uma delas foi solicitada a descrever como se organizaram diante de vivências negativas. De suas narrativas, cinco componentes foram identificados como fatores para resiliência: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e auto-suficiência. As colocações verbais das participantes foram validadas e esclarecidas mediante revisão bibliográfica do tema, concluindo-se que a escala de resiliência possui a *priori* validade de conteúdo, pois seus itens refletem a aceitação geral das definições de resiliência. Estudos iniciais obtiveram bons indicativos de confiabilidade e validade desse instrumento, conforme citado em Wagnild & Young (1993).

CAPÍTULO 3. CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 – ENFOQUE METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa descritiva, com enfoque metodológico nas representações sociais.

Minayo (2004, p. 21-22) destaca que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Este tipo de estudo busca a compreensão dos indivíduos, nas relações entre si e com o meio - ambiente que o circunda.

O método utilizado para coletar e caracterizar as informações e representações dos enfermeiros resilientes está fundamentado na abordagem das Representações Sociais.

A teoria das Representações Sociais foi formulada no final dos anos de 1950 e difundida no início dos anos 60 pelo psicólogo francês Serge Moscovici. Para Moscovici (1978), o objeto das representações sociais encontra-se na interseção do indivisível e do individual com o social. Podemos então dizer que são conceitos formados pelo grupo sobre um determinado assunto, através do conhecimento que estes detêm pelo que lhes foi ensinado ao longo de seu crescimento. Desta forma, Moscovici (1978) deixa claro que as representações sociais são construídas e radicadas nos espaços públicos, na convivência, no cotidiano, fazendo parte da vida em sociedade.

Segundo Spink (1993, p.45) a representação social estruturada por Moscovici, propõe dois processos importantes: A Objetivação e a Ancoragem.

> ”Objetivar é transformar uma abstração em algo quase físico, ou seja, é transformarmos noções, idéias e imagens em coisas concretas e matérias que constituem a realidade. Porém estas nunca serão neutras, e uma posição em ordem hierárquica, de acordo com as vivências das pessoas envolvidas neste processo de ancoragem”. “Ancorar é trazer para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e rotulado”.

Se a objetivação explica como os elementos representados a partir de uma teoria se integram enquanto termos da realidade, a ancoragem permite compreender a forma como eles contribuem para exprimir e constituir as relações sociais (MOSCOVICI, 1961, p.318).

Na relação do sujeito com o objeto representado, a objetivação cria uma realidade autônoma de valores, ou seja, a objetivação materializa as abstrações, corporifica os pensamentos, torna físico e visível, o impalpável. A Ancoragem está articulada à objetivação, com o objetivo de sustentar as três funções básicas da representação: a incorporação do estranho ou do novo; interpretação da realidade e a orientação dos comportamentos. A Ancoragem se refere à integração cognitiva e às transformações advindas daí. Trata-se da inserção de um conhecimento num pensamento constituído.

Para entender melhor esses conceitos, é importante conhecer a estrutura das representações sociais. Segundo Moscovici, tal estrutura é formada por duas faces inseparáveis: a figurativa, na qual identificamos como o objeto é percebido; e a simbólica, que contempla o sentido ou significado que lhe é dado (MOSCOVICI, 1978, p.65).

Abordando a questão da estrutura das representações, Sá (1998), baseado nos estudos de Moscovici, afirma que esta se configura ao longo de três dimensões: *Informação, Atitude e Campo de Representação de Imagem.* A *Informação* “se refere à organização dos conhecimentos

que um grupo possui a respeito de um objeto social" (SÁ, op.cit., p.66), ou seja, o conhecimento organizado que o grupo possui sobre um determinado objeto. "A *Atitude* determina por focalizar a orientação global em relação ao objeto de representação social" (SÁ, op.cit., p.69), por sua vez, compreende a conduta com relação a este objeto social, moldando a imagem que dele se tem. A *Imagem*, o campo de representação "remete à idéia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proporções acerca de um aspecto precioso do objeto da representação", tem seus elementos organizados e hierarquizados (SÁ, op.cit., p.31-32).

As representações sociais, segundo Jovchelovitch (1994), são estruturas que compreendem ao mesmo tempo, e de maneira absolutamente interligada, a cognição, o afeto e a ação. Conhecer, seja o que for e em qualquer circunstância, é um ato criativo e significativo; é um movimento de sujeitos sociais em direção a seu mundo social que longe de ser apenas um mero processo de informação, envolve ação, paixão e muitas outras coisas.

As representações implicam, e ao mesmo tempo constroem "saberes" social. As representações são também constituídas de afetos. Representar algo não é uma construção árida de um "mapa cognitivo", é um ato que provem de pessoas que pensam e sentem que possuem motivações e intenções, que possuem uma identidade e vivem num mundo social.

E, finalmente, as representações sociais implicam ação, pois cognição e afeto são atividades que envolvem sujeitos que engajam, falam de algo, se relacionam etc. As representações sociais são atos de afeto e conhecimento fundados na experiência cotidiana e por isso repleto de práticas sociais Jovchelovitch (1994).

As representações sociais servem para orientar e justificar as ações dos enfermeiros. A partir das representações socias temos como justificar o que é feito, e orientar as condutas, as ações desses sujeitos, ou seja, justificar a Resiliência na perspectiva dessas ações.

Nesse sentido, as Representações Sociais vão ter aplicabilidade com relação ao meu objeto, na perspectiva de justificar e orientar as ações dos sujeitos dessa pesquisa.

3.2. CENÁRIO

O estudo foi realizado no Hospital do Câncer I (HC I), hospital público da rede federal de saúde especializado em oncologia. Este hospital é a principal unidade hospitalar do Instituto Nacional do Câncer – INCA/MS. O INCA é um órgão específico singular do Ministério da Saúde. Conforme o Decreto Presidencial nº 5.974, de 29 de novembro de 2006, constitui uma unidade integrante da Secretaria de Atenção à Saúde, vinculada, técnica e administrativamente, ao Ministério de Estado da Saúde, servindo como Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério, em conformidade com a Portaria 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005 (INCA, 2007)

O INCA é responsável por desenvolver e coordenar ações integradas para a prevenção e controle do Câncer no Brasil. Tais ações são de caráter multidisciplinar e compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer, no âmbito do SUS, e a atuação em áreas estratégicas como a prevenção e a detecção precoce, a formação de profissionais especializados, o desenvolvimento da pesquisa e a formação epidemiológica. Todas as atividades do INCA têm como objetivo reduzir a incidência e mortalidade causada pelo câncer no Brasil.

O HC I é a unidade hospitalar do INCA de maior complexidade tecnológica, estruturado para atender pacientes de todas as modalidades de câncer, excluindo os cânceres de mama e ginecológicos (que são atendidos no HC III E HCII respectivamente). O HC I dispõe atualmente de 198 leitos (incluindo 16 leitos de terapia intensiva (10 para adultos e 06 pediátricos), 09 leitos de pós-operatório e 05 de emergência), distribuído em 11 andares, com uma área de 33.000 m2. O Centro Cirúrgico está equipado com tecnologia de ponta e possui 10 salas operatórias e 10 leitos de recuperação pós- anestésica. Na área de exames complementares, o HCI conta com serviços de alta tecnologia, tais como ressonância magnética, tomógrafo helicoidal e gama câmara.

O INCA recebe apoio da Fundação Ary Frauzino (FAF), entidade privada sem fins lucrativos, criada em 1991, com a finalidade de colaborar com o Instituto em todas as suas áreas de atuação. A principal receita da FAF advém do SUS, que remunera os serviços de assistência oncológica prestados no Instituto (INCA, 2007, p.4).

Completam o HC I os setores de reabilitação e de suporte laboratorial e terapêutico. Esta unidade também atua nas áreas de pesquisa clínica aplicada, investigando novas modalidades

terapêuticas do câncer, e de ensino em várias áreas profissionais de saúde, com cursos de especialização e residência em várias especialidades. Atualmente o HCI conta com aproximadamente 1980 funcionários, pouco mais de um terço desse quantitativo de profissionais de enfermagem sendo composto de 216 enfermeiros, 254 técnicos de enfermagem e 142 auxiliares de enfermagem, 31 auxiliares operacionais e 08 administrativos totalizando 651 profissionais. A enfermagem do HC I está inserida em todos os processos institucionais, na assistência, na prevenção, no ensino, na gestão e na pesquisa em oncologia.

3.3 – ATORES SOCIAIS

Os atores sociais deste estudo são enfermeiros assistenciais das áreas clínicas e cirúrgicas, lotados no Serviço de Enfermagem Hospitalar, que atenderam aos seguintes critérios:

- Ter mais de cinco anos de experiência na área de enfermagem em oncologia clínica e/ou cirúrgica. Esse tempo foi estabelecido considerando-se ser este, um período de contato satisfatório para compreensão da assistência de alta complexidade exercida por esses enfermeiros, de acordo com a expertise constatada por enfermeiros com mais de cinco anos de experiência na área da assistência de enfermagem em oncologia;
- Fazer atendimento aos pacientes oncológicos adultos.

Não incluímos enfermeiros atuantes na enfermagem em pediatria oncológica, pois a assistência de enfermagem nessa área é dotada de especificidades que extrapolam a própria doença, perpassando pelo cuidado à família e também pelo crescimento e desenvolvimento da criança no seu ambiente social.

Os sujeitos desse estudo perfazem um total de 30 enfermeiros atuantes nas clínicas cirúrgicas de: neurocirurgia, tórax, urologia, abdome, cabeça e pescoço, tecido ósseo conectivo, plástica e na oncologia clínica e hematologia. Foi estabelecido que fossem excluídos da pesquisa os enfermeiros que faltassem a um dos encontros, entrassem de licença médica ou manifestassem desejo de sair do estudo. Foram incluídos 30 enfermeiros, não havendo falta e nem licença médica de nenhum enfermeiro convidado.

A seguir apresento um quadro demonstrativo com o perfil destes 30 enfermeiros:

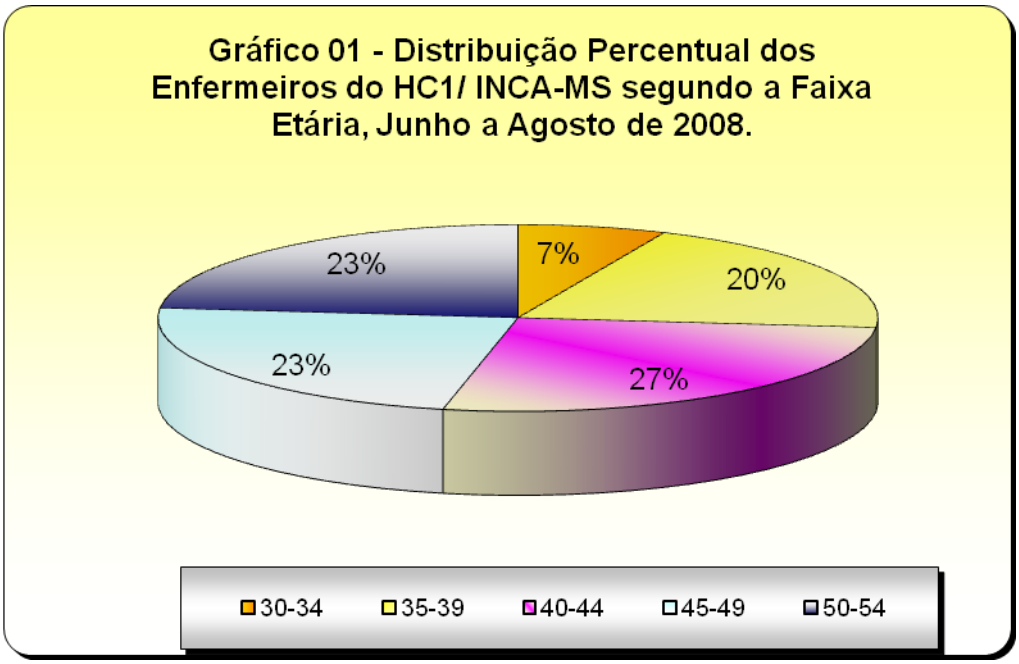
Quadro 2 - Perfil dos Enfermeiros Participantes

CODINOME	IDADE	T.FORMADO	TEMPO/INCA	N° Empregos	ESTADO CIVIL	FILHOS	RELIGIÃO	Função / SETOR
Lábios de Mel	39	17	6	1	Casado	0	Católica	Líder de Equipe/ Cirúrgico
Beija Flor	44	22	21	1	Solteiro	0	Espírita	Líder de Equipe/ Clínico
Lili	45	24	22	1	Casado	1	Católica	Líder de Equipe/ UPO
Raio de Sol	38	14	14	1	Casado	0	Católica	Líder de Equipe/Cirúrgica
Orquídea	41	18	12	2	Casado	2	Católica	Líder de Equipe/CTI
Canela	47	15	*23	1	Casado	2	Evangélico	Líder de Equipe/Cirúrgica
Águas Marinhas	36	13	9	3	Solteiro	0	Católica	Líder de Equipe/Cirúrgica
Sândalos	49	26	21	1	Casado	1	Católica	Líder de Equipe Centro Cirúrgico
Mulher Elástica	38	15	7	2	Casado	2	Católica	Clínico/Cirúrgico
Turco	50	27	26	1	Divorciado	1	Espírita	Clínico/Cirúrgico
Girassol Rússia	40	13	13	2	Solteiro	0	Espírita	Clínico/Cirúrgico
Mocotó	50	24	22	1	Casado	0	Católica	Clínico/Cirúrgico
Orquídea Lilás	37	13	8	1	Casado	1	Católica	Clínico/Cirúrgico
Felicidade	48	19	*27	1	Solteiro	0	Espírita	SUPERVISÃO GERAL
Margarida	47	23	22	1	Casado	2	Católica	Cirúrgico
Plutão	50	10	9	2	Solteiro	0	Católica	SUPERVISÃO GERAL
Esmeralda	30	7	7	1	Solteiro	0	Católica	Cirúrgico
Jade	53	5	5	2	Casado	2	Católica	Clínico/Cirúrgico
Violeta Branca	51	23	21	1	Casado	1	Católica	Líder de Equipe/Cirúrgica
Girassol	51	25	24	1	Casado	0	Católica	Clínico
Cleópatra	43	23	8	1	Solteiro	0	não tem	Cirúrgico
Orquídea Azul	38	15	7	2	Solteiro	0	Deus	Clínico/Cirúrgico
Fadinha	45	14	14	3	Divorciado	2	Espírita	Clínico/Cirúrgico
Saraiana	50	29	28	1	Divorciado	2	Espírita	Clínico/Cirúrgico
Golfinho	44	20	18	1	Casado	1	Católica	Clínico
4.7	46	19	12	3	Casado	2	Católica	Clínico
Duda	42	19	16	2	Divorciado	2	Católica	Clínico
Azul	32	9	8	1	Casado	1	Católica	Cirúrgico
Turmalina	43	20	18	1	Casado	2	Católica	Clínico/Cirúrgico
Águia	42	11	11	2	Casado	2	Evangélico	Clínico/Cirúrgico

Fonte: Dados constantes do cabeçalho da escala de resiliência, informados pelos enfermeiros que participaram deste estudo. Instrumento de coleta de dados.

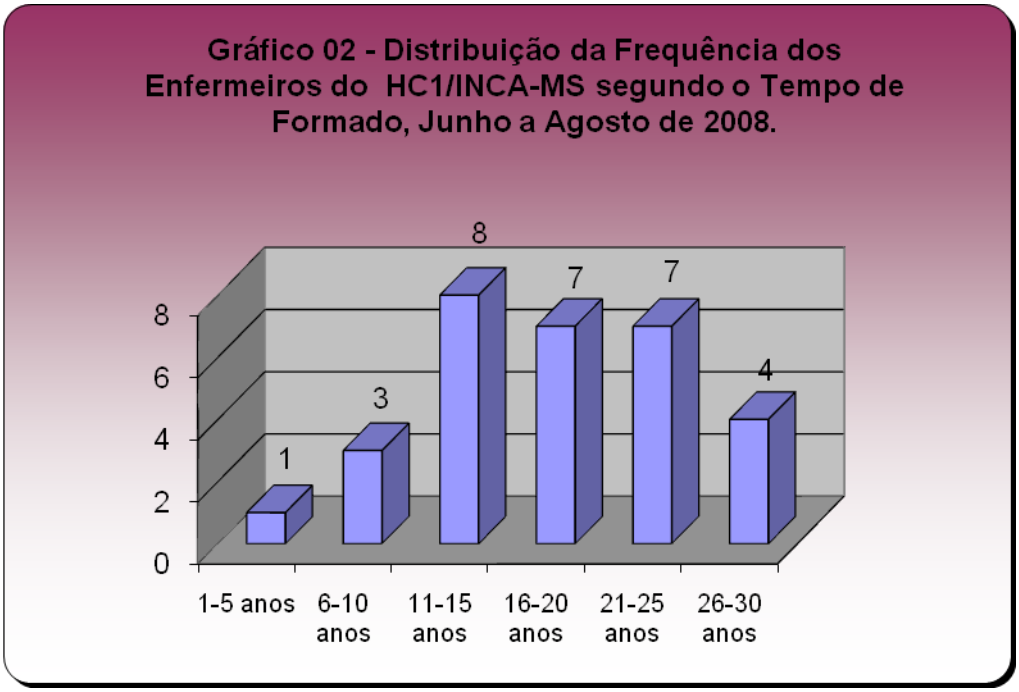
A descrição do perfil dos atores sociais da pesquisa foi obtida através da aplicação da Escala da Resiliência que continha dados para identificação dos sujeitos, que constava de: Codinome, Idade, Tempo de formado, Tempo de atuação no INCA/ HC I, Estado Civil, Religião, Número de filhos, Número de empregos.

No que tange a faixa etária dos enfermeiros obteve-se uma variação entre 30 a 53 anos, concentrando a maior porcentagem na faixa etária de 40 a 50 anos (73%), sendo, dessa forma, uma equipe basicamente formada por adultos de meia idade (conforme definição NANDA 2007/2008). (Gráfico n. 1).



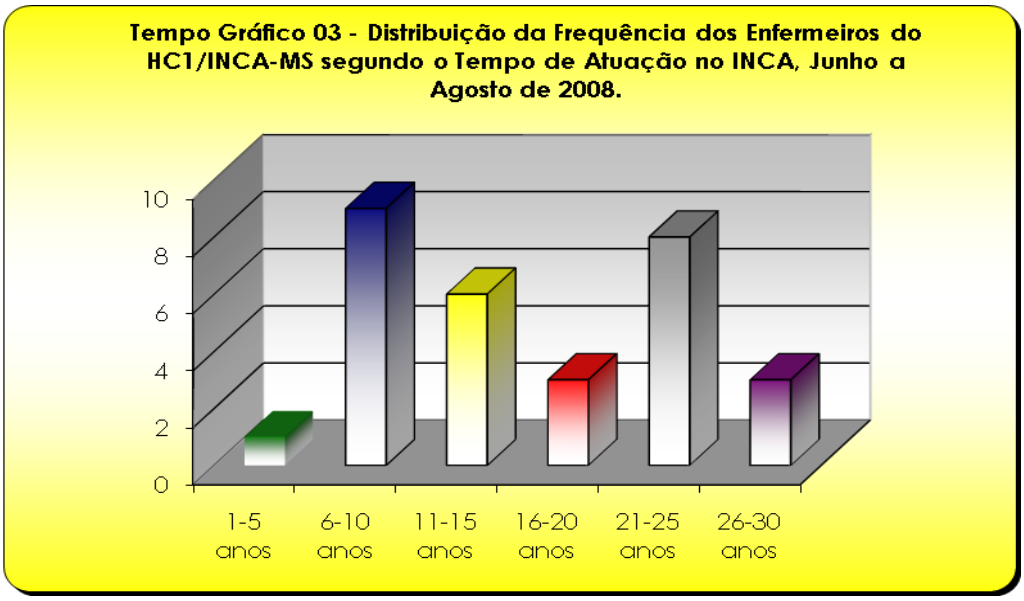
Fonte: Quadro n. 2 - Perfil preliminar dos enfermeiros participantes do estudo.

Em relação ao período de tempo de formação profissional do grupo, este variou entre cinco e 29 anos, tendo 60% da equipe mais de quinze anos de formação. (Gráfico n. 2).



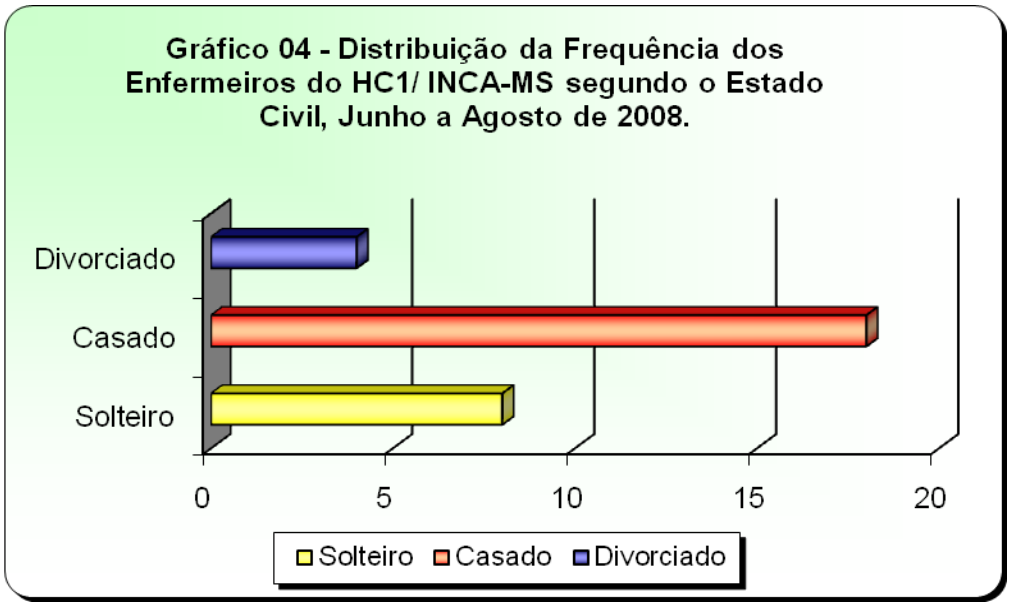
Fonte: Quadro n.2: Perfil preliminar dos enfermeiros participantes do estudo.

Quanto ao tempo de atuação no INCA o grupo variou entre 5 a 28 anos, sendo que 50% da equipe atuam há mais de quinze anos na unidade. (Gráfico nº 3). Esse achado aponta para o fato de que a permanência continuada desses profissionais é um fator fundamental para o desenvolvimento da resiliência como elemento constituinte do cotidiano, conforme constatado com a aplicação da escala da resiliência ilustrada mais adiante. Vale ressaltar que dois dos trinta enfermeiros incluídos nessa pesquisa (Canela e Felicidade) entraram no INCA como técnicos de enfermagem, passando a enfermeiro, oito anos depois, após concurso público.



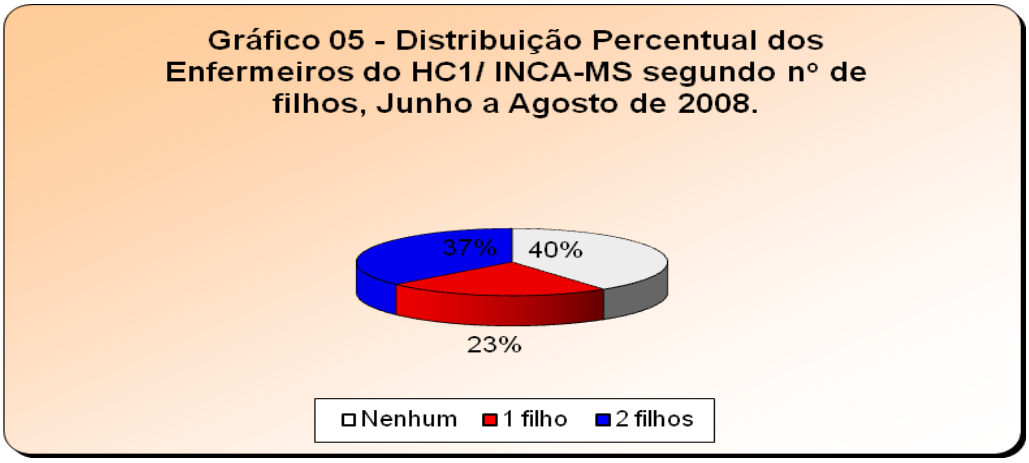
Fonte: Quadro n. 2: Perfil preliminar dos enfermeiros participantes do estudo.

No que diz respeito ao estado civil dos enfermeiros 50% são casados, 27% solteiros e 13% estão divorciados.



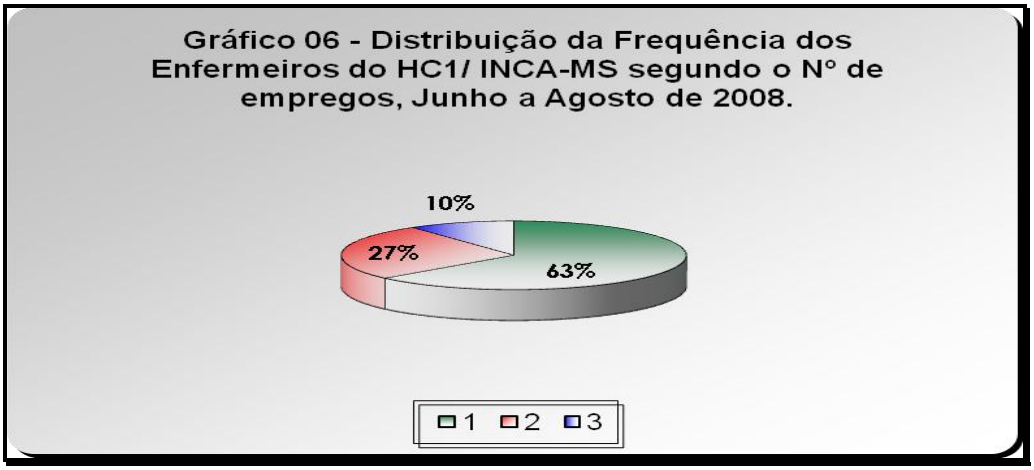
Fonte: Quadro n. 2: Perfil preliminar dos enfermeiros participantes do estudo.

Quanto ao número de filhos, 40% dos enfermeiros não possuem filhos, 37% têm somente um filho e apenas 23% têm dois filhos, sendo este o valor máximo de filhos que esses enfermeiros possuem.



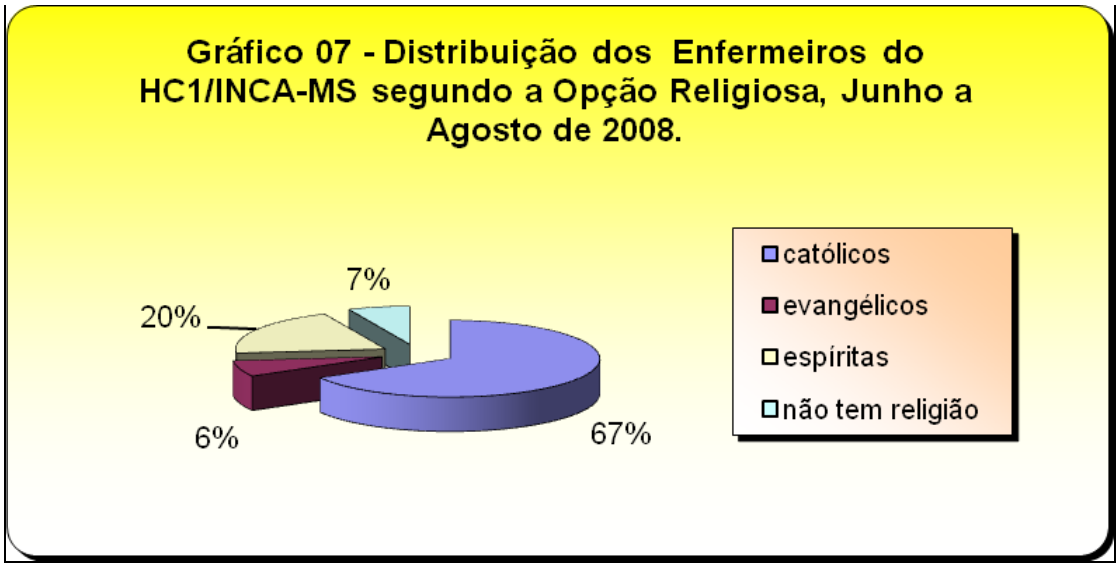
Fonte: Quadro n.2. Perfil preliminar dos enfermeiros participantes do estudo.

Mais da metade dos enfermeiros (63%) que atuam no HCI/INCA possuem um só vínculo empregatício, 27% possuem mais um vínculo além do HCI/INCA e 10% destes enfermeiros acumulam mais dois vínculos ao HCI/INCA.



Fonte: Quadro n. 2: Perfil preliminar dos enfermeiros participantes do estudo.

Buscamos também saber se estes enfermeiros possuíam alguma religião. Procedemos então a um levantamento da opção religiosa dos mesmos. Verificamos que 67% dos enfermeiros eram católicos, seguidos de 20% de espíritas de 7% evangélicos e 6% não possuía religião.



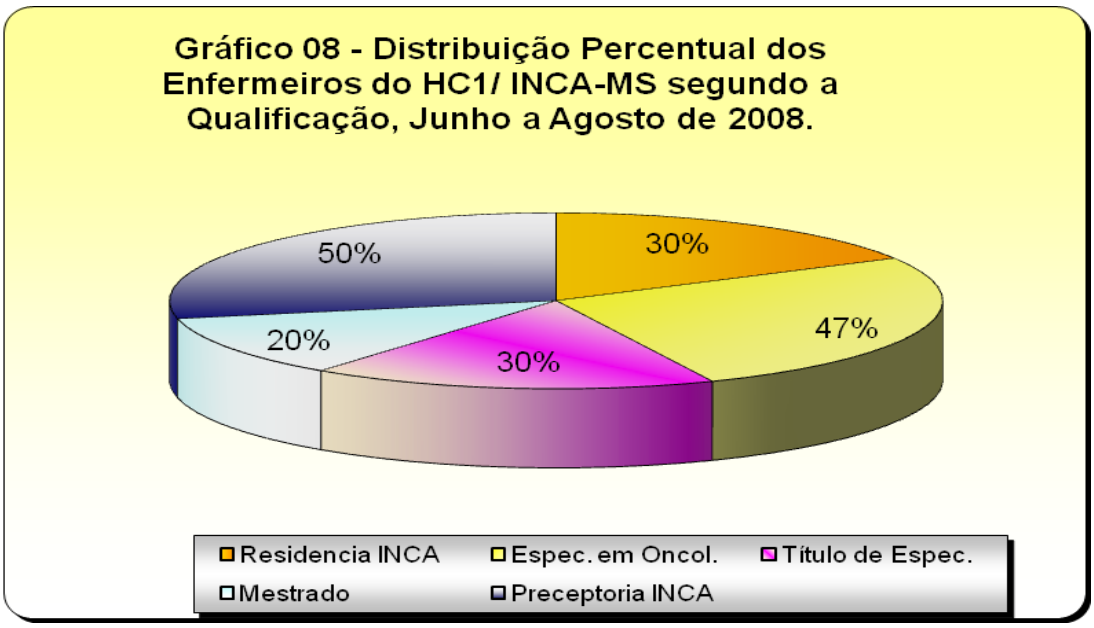
Fonte: Quadro n. 2: Perfil preliminar dos enfermeiros participantes do estudo.

O perfil desses enfermeiros se apresenta como o de profissionais que trabalham no HCI/INCA por um período acima de cinco anos a vinte oito anos, sendo a média do grupo de quinze anos, cuidando de pacientes portadores de vários tipos de neoplasias, nos setores clínicos e cirúrgicos desse referido hospital.

Cabe ressaltar que, com o item Qualificação no cabeçalho da escala de resiliência, constituímos mais um dado para a construção do perfil dos atores sociais dessa pesquisa. Identificamos que dos trinta enfermeiros participantes, quatro tem titulação de Mestrado em Enfermagem, dois estão terminando Mestrado, quatorze tem o curso de Especialização em Enfermagem Oncológica pelo INCA, nove tem o título de especialista pela SBEO (Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica), e nove foram Residentes em Enfermagem no INCA. Além disso, todos freqüentam cursos de atualização promovidos pelo INCA. Ressalto que quinze desses enfermeiros desenvolvem ações de preceptoria para a residência de enfermagem e para o

curso de especialização de enfermagem do INCA em suas áreas de atuação e, eventualmente, participam como ouvintes e ou palestrantes, dos diversos encontros de enfermagem em oncologia, no Brasil e no Exterior.

As informações podem constatar que esses enfermeiros possuem um conhecimento significativo, e estão bem atualizados na área de oncologia. Porém, temos que considerar que suas experiências de vida e suas vivências com os pacientes oncológicos constituem, fundamentalmente, elementos nas construções de suas representações.



Fonte: Quadro n.3: Nível de qualificação dos enfermeiros participantes do estudo.

Quadro 3 - Nível de Qualificação dos Enfermeiros Participantes do Estudo.

CODINOME	EX Residente INCA	Especialização INCA	Título de Especialista	Mestrado	Preceptoria INCA
Lábios de Mel	S	N	S	N	S
Beija Flor	N	N	S	N	S
Lili	N	S	N	S	S
Raio de Sol	S	N	S	N	S
Orquídea	N	S	N	N	S
Canela	N	S	N	N	N
Águas Marinhas	N	S	S	N	S
Sândalos	N	S	S	N	N
Mulher Elástica	S	N	N	N	S
Turco	N	N	S	N	N
Girassol Rússia	S	S	N	N	N
Mocotó	N	N	N	N	S
Orquídea Lilás	N	S	N	N	S
Felicidade	N	N	N	Em curso	N
Margarida	N	S	N	N	N
Plutão	N	S	N	N	N
Esmeralda	S	N	N	N	N
Jade	N	S	N	N	N
Violeta Branca	N	S	N	S	N
Girassol	N	N	N	S	S
Cleópatra	N	N	S	Em curso	S
Orquídea Azul	N	N	N	N	N
Fadinha	N	S	N	N	N
Saraiana	N	N	N	N	N
Golfinho	S	N	N	S	S
4.7	S	N	N	N	S
Duda	S	N	S	N	S
Azul	N	S	N	N	S
Turmalina	S	N	N	N	N
Águia	N	S	S	N	N

Fonte: Dados constantes do cabeçalho da escala de resiliência, informados pelos enfermeiros que participaram deste estudo. **Instrumento de coleta de dados.**

3.4. COLETA DE INFORMAÇÕES

Antes do início da coleta de dados, esta pesquisa foi submetida aos trâmites institucionais do Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, para aprovação, recebendo registro do CEP sob o número 066/08(Anexo A).

As estratégias para coleta de informações constaram inicialmente de um convite verbal feito pela pesquisadora aos potenciais atores sociais, enfermeiros envolvidos na assistência de enfermagem clínica e cirúrgica do HC I, segundo os critérios de inclusão da pesquisa. Dentre estes, 50 enfermeiros tiveram interesse e disponibilidade em participar do estudo.

Os enfermeiros foram informados sobre os objetivos do estudo, tendo-lhes sido entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), conforme preconizado pela Resolução CONEP 196/96, que versa sobre Pesquisa em Seres Humanos. Esse termo foi lido e assinado pelos enfermeiros que consentiram em participar da pesquisa.

Quanto aos instrumentos de coleta de informações, Moscovici (1985, p.13) e Souza Filho (1989, p.114 – 115) sugerem que existe uma variedade de técnicas que podem ser utilizadas para contemplar as necessidades metodológicas das representações sociais, tais como: entrevistas, encontros, observação, questionários, tratamento de material visual, entre outras técnicas, que podem oferecer dados para construir o campo estruturante da representação. Outrossim, a técnica deve permitir que o indivíduo ou grupo social possa interagir em relação ao objeto de representação, dando vazão à subjetividade, pois, a representação ultrapassa os limites do mundo concreto.

Robert Farr (1994) afirma que a teoria das representações sociais não privilegia um método de pesquisa em especial. Quando Robert Farr diz que nenhum método é especialmente privilegiado, ele tenciona explicar que todos os métodos servem para a pesquisa das representações independentemente de seu enquadramento teórico-conceitual. O que significa que a adoção de diferentes quadros teóricos específicos de referência – ou seja, as chamadas teorias complementares – resultam em opções preferenciais por diferentes métodos, de modo que a teoria geral das representações sociais não é vinculada obrigatoriamente a si e a nenhum outro método.

Segundo Sá (1998, p.80), a prática de pesquisa mais comumente utilizada, quase o "Romeu e Julieta" das representações sociais, combina a coleta de dados através de entrevistas individuais com a técnica para o seu tratamento conhecida como "análise de conteúdo".

Considerando o exposto, a coleta de informações foi dividida em dois momentos: no primeiro, foi aplicada a Escala de Resiliência de Wagnild & Young (1993, p. 165-178), já validada culturalmente no Brasil por Pesce et al. (2005, p. 436-448). A escala de resiliência desenvolvida por Wagnild & Young é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes (Apêndice C). Possuí 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo *likert* variando de um (discordo totalmente) a sete (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam entre 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. A escala foi aplicada após orientação prévia da pesquisadora e o instrumento foi preenchido por cada enfermeiro participante com a finalidade de identificar os enfermeiros que são resilientes.

Neste estudo a identificação do enfermeiro resiliente foi realizada a partir da aplicação da referida escala, sendo considerado resiliente o enfermeiro que alcançou um escore igual ou superior a 79,41 %. Para conferir maior confiabilidade na mensuração dos dados e análise da escala, procedemos a um tratamento estatístico adicional, que constou do cálculo do ponto de corte (79,41%) para essa população, que foi a média (86,30%), menos um desvio padrão[4] (6,89), encontrando 79,41% para o ponto de corte. A partir dessa pontuação os enfermeiros foram classificados como resilientes ou não resilientes. Ressaltamos que um dos enfermeiros obteve um escore de 78,86%, inferior ao ponto de corte 79,41%. Porém, podemos aproximar ambos os valores para 79%, incluindo, então, este enfermeiro como resiliente. Vale ressaltar que todos os enfermeiros que foram convidados inicialmente para a pesquisa, alcançaram pontos suficientes para serem incluídos no estudo.

Assim, foram selecionados 30 enfermeiros, conforme apresentado a seguir no quadro 4.

[4] Desvio Padrão calculado por, Guilherme Rodrigues Bittencourt, aluno do 6º período de Física da UERJ.

Quadro 4 - Classificação dos Sujeitos Quanto Á Presença Da Resiliência

ATORES SOCIAIS	PONTOS/ESCALA	PROPORÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
1	138	78,86	Resiliente
2	139	79,43	Resiliente
3	139	79,43	Resiliente
4	140	80,00	Resiliente
5	140	80,00	Resiliente
6	140	80,00	Resiliente
7	141	80,57	Resiliente
8	141	80,57	Resiliente
9	141	80,57	Resiliente
10	142	81,14	Resiliente
11	142	81,14	Resiliente
12	142	81,14	Resiliente
13	143	81,71	Resiliente
14	144	82,29	Resiliente
15	144	82,29	Resiliente
16	145	82,86	Resiliente
17	147	84,00	Resiliente
18	151	86,29	Resiliente
19	151	86,29	Resiliente
20	152	86,86	Resiliente
21	159	90,86	Resiliente
22	165	94,29	Resiliente
23	165	94,29	Resiliente
24	166	94,86	Resiliente
25	167	95,43	Resiliente
26	167	95,43	Resiliente
27	169	96,57	Resiliente
28	170	97,14	Resiliente
29	170	97,14	Resiliente
30	171	97,71	Resiliente

Média da Proporção= 86,30

Desvio Padrão= 6,89

Ponto de Corte= 79,41

Fonte**:** Escala de Resiliência Adaptada de Wagnild (1993, p.165-178). Validada por Pesce&Assis-Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência, 2005, p.9.

Em um segundo momento, realizamos outra estratégia para a coleta de informações, a qual denominamos de "encontros" com os enfermeiros resilientes (Apêndice B).

Foram realizados 3 encontros, os quais foram previamente agendados com os trinta atores sociais. Esses encontros foram conduzidos por uma moderadora, instruída pela pesquisadora, que estava presente em todos os encontros, registrando, gravando e observando a condução do trabalho.

Cada encontro contou com a participação de 10 enfermeiros. Foi escolhido um lugar apropriado, localizado nas acomodações do hotel dos residentes do INCA, nas proximidades do HC I. Este local contribuiu para que não houvesse interrupções, bem como contava com mobiliários adequados para o desenvolvimento da estratégia proposta. Os encontros foram realizados no horário da tarde, e tiveram a duração de 2 horas e 30 minutos. Ao final foi oferecido um lanche, propiciando um momento de confraternização com o grupo.

Propomos esta dinâmica por acreditar que através desta os enfermeiros teriam mais facilidade de construírem suas imagens e atribuírem significados no intuito de favorecerem as representações deles acerca do objeto de estudo. A técnica escolhida foi a de recorte-colagem, onde o trabalho criativo dos atores sociais se expressou por imagens que possibilitaram a objetivação do subjetivo e abstrato.

O ato de representar não é um processo simples. Além da figura, ele carrega sempre um sentido simbólico (MOSCOVICI, 1961, p.65).

O encontro teve início com a realização de um jogral[5] para estimulá-los e incentivá-los à reflexão. Foi dada a oportunidade a todos os participantes de desistirem antes do início dos trabalhos.

Para a elaboração da dinâmica foi entregue aos participantes o seguinte material: revista, tesoura, cola cartolina, entre outros. O material produzido a partir dessa dinâmica constituiu parte do corpus para a análise do estudo.

A dinâmica foi realizada em dois momentos distintos, no mesmo dia. O primeiro momento consistiu na técnica de recorte e colagem onde os atores sociais foram convidados a representarem o paciente oncológico, com a pergunta "Como você vê o paciente oncológico?"; e a representarem os fatores de risco e de proteção no contexto da assistência a este paciente com

---

[5] Jogral –É um texto ou uma poesia dividida em versos, que serão declamados por 1, 2, 3, ou quantas vozes quiser. O conjunto fica harmonioso e deve ser bem ensaiado e falado em voz bem forte.Na Idade Média , trovador ou interprete de poemas e canções de caráter épico, romanesco ou dramático (FERREIRA, 1999, p.321).

as seguintes questões: “O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?” e “O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico? Foi explicado aos enfermeiros que os fatores de risco estavam relacionados com aquilo que os enfraquecem, e os fatores de proteção relacionados com aquilo que os fortalecem no contexto da assistência.

No segundo momento, após a produção do material de recorte e colagem, os atores sociais expuseram verbalmente o sentido atribuído às suas produções. Este momento foi gravado e fotografado, sendo posteriormente transcrito e entregue (na mesma semana) aos participantes para validação, a fim de que pudessem ler na íntegra seus depoimentos e fotos de suas produções, e então autorizarem a inclusão dos mesmos na pesquisa (Lista de Ilustrações relativas às Imagens e Depoimentos.). Esses atores sociais escolheram codinomes, ficando a critério de cada um sua opção, no intuito de garantir o anonimato dos participantes no relatório da pesquisa.

Vale ressaltar que foi realizado um encontro com um grupo de enfermeiros líderes (enfermeiros diaristas responsáveis pelas equipes assistenciais de enfermagem, nas áreas clínicas e cirúrgicas), no intuito de validação metodológica, a fim de aprimorarmos as estratégias, antes de iniciarmos os encontros com os enfermeiros das áreas da assistência de enfermagem clínica e cirúrgica. Todo material construído pelo grupo integrou a coleta de informações da pesquisa.

No transcurso da realização dos encontros, caso algum enfermeiro manifestasse a necessidade de apoio psicológico, ou a necessidade desse apoio fosse percebido pela pesquisadora, esse seria possível através de encaminhamento para o serviço de psiquiatria do HCI/INCA. Ressalto que não houve, até o momento, necessidade desse apoio, nem durante e nem após os encontros.

3.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Para a fase de análise das informações optamos pela análise temática, que consiste em "descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja *presença ou freqüência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado" (MINAYO, 1994, p.208). Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas: A pré análise (leitura flutuante, construção do corpus e formulação de hipóteses e objetivo), a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. (MINAYO; 1999).

Citando Bardin (1977), o tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura, a noção do tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto.

O material de análise constou da produção estética (recorte e colagem) e dos depoimentos dos enfermeiros sobre o sentido atribuídos ás suas produções.

Inicialmente foi construído um quadro síntese das unidades de significação que constou da freqüência absoluta e percentual destas unidades, entre a totalidade das informações coletadas. Foram identificados inicialmente 75 temas que, após agrupamento por semelhança de significados resultaram em 40 unidades de significação, que posteriormente foram agrupadas em 3 unidades temáticas (Quadro nº5).

Esse agrupamento temático foi consolidado através da construção de um quadro demonstrativo das unidades temáticas construídas em função das questões norteadoras dos encontros e dos elementos que estruturaram a representação dos enfermeiros, articulando esses registros oriundos da coleta de informações com a concepção teórica da resiliência, segundo Tavares (2001), adotada para o estudo (Quadro nº6). Conforme apresentados a seguir.

QUADRO Nº 5 - SÌNTESE DAS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO

Nº	TEMAS / UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	E. 1	E. 2	E. 3	E. 4	E. 5	E. 6	E. 7	E. 8	E. 9	E. 10	E. 11	E. 12	E. 13	E. 14	E. 15	E. 16	E. 17	E. 18	E. 19	E. 20	E. 21	E. 22	E. 23	E. 24	E. 25	E. 26	E. 27	E. 28	E. 29	E. 30	Total UR	Total Entrev.
1	A doença; O diagnóstico de câncer; caminho tortuoso	2	1			1	1							1	1			2	1	1	3	2		1		2						19	13 - 43%
2	Perda momento difícil; limite vida/morte; passaporte mo	1		2		1			1			1					2					2										10	7
3	O tempo é insuficiente para o cuidado integral	1				2									1																	4	3
4	O estigma da doença				2							2		2																1		7	4
5	Fica sem chão ; Sobrevivente														5																	5	1
6	Tristeza; Deprimido		1							1													1						1		1	5	5
7	Dor ; Sofrimento			1					1						1	2	1			3			3						1		3	16	9
8	Desprotegido; Inseguro				2	1																										3	2
9	Numa corda bamba		2																1										1			4	3
10	Apavorado; Desesperado; Assustado;			4		1																					4					9	3
11	Ansiedade		1															2														3	2
12	Solidão; Desamparado		1	1							1	1					3								2	1				1	1	12	9
13	Vulnerabilidade; vulnerável	1																							1			2		2	1	7	5
14	Fragilizado; Pensativo; Carência	1		2				2																								5	3
15	Ver o paciente como uma Criança; fragil como criança				1				1	1	1							1	1		3	2			2	1	1	2	3	1	1	22	15 - 50%
16	Gostar muito do que faz	3																1						3	2	2	1				1	13	7
17	Comunicação									3									1			2										6	3
18	Medo ; Temeroso			1		1		1					1	1			2			2	2									1		12	9 - 30%
19	União da Equipe			3		1	3			3	4	1	4	2	1	1	2		2			1			1		1			3		33	16 - 53%
20	A família; Acolhimento				1	1			3		3		4	1	2	1	2	2	1	8		2	1		3		1		3	2		41	18 - 60%
21	Gerencia participativa; Autonomia;Comprometimento;				2	2	2					1					3										1				2	13	7
22	Os amigos				1									1	1		1						1	3								8	6
23	Esperança				2			1	3			1		1			1												2			11	7
24	Fé ; Religiosidade; Espiritualidade; Oração; Deus				1	1		1		2		1		2		1	1	3	1		1	4		4	1	5	1	1	5	1	1	38	20 - 66%
25	Conhecimento				1		2	5	1			1	1			1									1	1	1				1	16	11 - 37%
26	Amor; Carinho					2							4			1	1	1				5	1		1	1					1	18	10 - 33%
27	Liberdade; Relaxamento ;Equilíbrio								1	2														3								6	3
28	Política Institucional; Superlotação de pacientes				1	1						2																				4	3
29	Individualismo; Vaidade							1											2					2								5	3
30	Incapacitação do profissional; Ausencia e omissão	1				1	1	1	2										1								1					8	7
31	Lazer; Sexo												1					3	2	1								2		1		10	6
32	Reconhecimento do paciente; Confiança				1	1								1																		3	3
33	Descaso Político							1	4															3			1					9	4
34	Falta de Compromisso; licitação demorada				1		1																									2	2
35	Ver o paciente como Eu						3												1													4	2
36	Alegria					3		1																								4	2
37	Qualidade Material e Equipamento						1						2		1							1					1					6	5
38	Totalmente Dependente					1	1																									2	2
39	Jornada trabalho ; Sugada; Cansaço; Desgaste emocional														1	2	2			4					4			4	1			18	7
40	A Morte	1	3					3						2			2										1					12	6

QUADRO Nº 6 – DEMONSTRATIVO DAS UNIDADES TEMÁTICAS

ORDEM	TEMAS / UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº U.R	TOTAL DE ENTREVISTAS %	UNIDADE TEMÁTICA	Nº U.R TEMÁTICAS
1	A doença; O diagnóstico de câncer; caminho tortuoso	19	13 - 43%	A FRAGILIDADE RELACIONADA A DOENÇA	137
2	Perda momento difícil; no limite entre vida e morte; passaporte para m	10	7		
3	O estigma da doença	7	4		
4	Fica sem chão ; Sobrevivente	5	1		
5	Tristeza; Deprimido	5	5		
6	Dor ; Sofrimento	15	8		
7	Medo ; Temeroso	12	9-30%		
8	Totalmente Dependente	2	2		
9	Desprotegido; Inseguro	3	2		
10	Numa corda bamba	4	3		
11	Apavorado; Desesperado; Assustado;	9	3		
12	Solidão;Desamparado	12	9-30%		
13	Vulnerabilidade; vulnerável	7	5		
14	Ver o paciente como uma Criança; fragil como uma criança	22	15 - 50 %		
15	Fragilizado; Pensativo; Carência	5	3		
16	Ansiedade	8	2	AS FACES DA VULNERABILIDADE	72
17	A Morte; Sofrimento	13	6-20%		
18	Jornada trabalho ; Sugada; Cansaço; Desgaste emocional	18	7-23%		
19	Comunicação	6	3		
20	Política Institucional; Superlotação de pacientes	4	3		
21	Individualismo; Vaidade	5	3		
22	Incapacitação do profissional; Ausencia e omissão	8	7-23%		
23	Descaso Político	9	4		
24	Falta de Compromisso; processo de licitação demorado	2	2		
25	O tempo é insuficiente para o cuidado integral	4	3		
26	União da Equipe	33	16 - 53 %	A INTERAÇÃO	224
27	Conhecimento	16	11 - 37 %		
28	Gerencia participativa; Autonomia;Comprometimento;	13	7		
29	Gostar muito do que faz	13	7		
30	Qualidade Material e Equipamento	6	5		
31	Liberdade; Relaxamento ;Equilíbrio	6	3		
32	Lazer; Sexo	10	6		
33	Reconhecimento do paciente; Confiança	3	3		
34	Amor; Carinho	18	10		
35	Alegria	4	2		
36	A família; Acolhimento;	41	18 - 60%		
37	Os amigos	8	6		
38	Esperança	11	7		
39	Fé ; Religiosidade; Espiritualidade; Oração; Deus	38	20 - 66 %		
40	Ver o paciente como eu	4	2		
	TOTAL	433			

Página 1

CAPÍTULO 4 - ANÁLISE DOS DADOS

4.1 - AS EXPRESSÕES DA RESILIÊNCIA NO COTIDIANO DOS ENFERMEIROS NO ASSISTIR AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Este capítulo abrange as unidades temáticas que emergiram após a técnica da análise de conteúdo, consolidada por agrupamentos temáticos, a saber: A fragilidade relacionada à doença, que diz respeito às representações dos enfermeiros acerca do paciente oncológico; As faces da Vulnerabilidade, que traduzem os fatores de risco presentes no cotidiano dos enfermeiros e A Interação, entendida como fator de proteção presente para o enfermeiro na assistência ao paciente oncológico.

4.1.1 Unidade Temática 1 –

A FRAGILIDADE RELACIONADA À DOENÇA

Esta unidade diz respeito à representação dos enfermeiros acerca do paciente oncológico. Estão presentes nesta unidade as questões referentes à Doença, o Câncer, como uma marca predeterminada para o paciente, com implicações que vão desde o impacto do diagnóstico, as interfaces da sobrevivência e ao controle da doença. Os enfermeiros objetivam o paciente oncológico na figura da doença – o câncer.

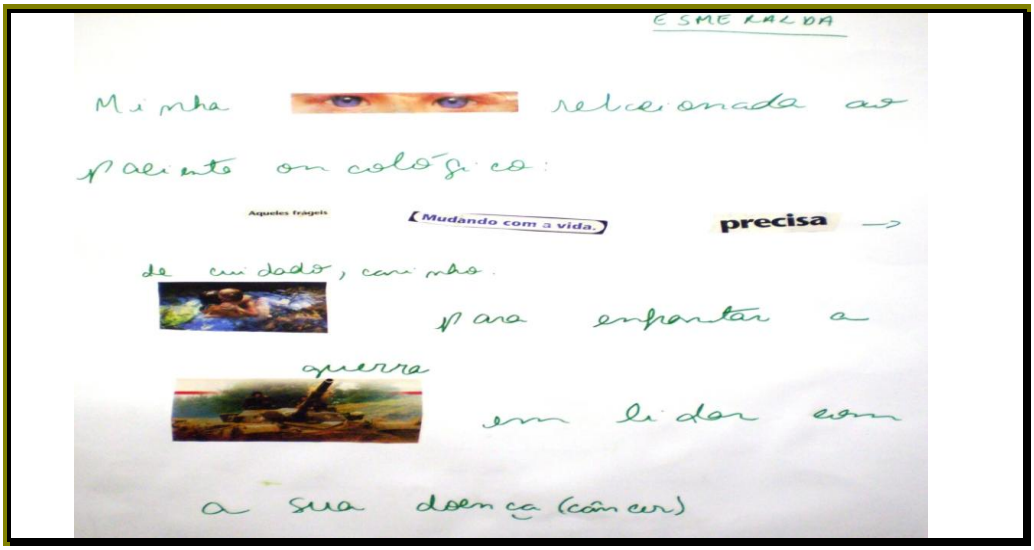
Diante dessas constatações, achamos oportuno ressaltar que o câncer, qualquer que seja sua etiologia, é reconhecido como uma doença crônico-degenerativa que atinge milhões de pessoas em todo o mundo, independente de classe social, cultura ou religião.

Desde o século IV A.C, com a descrição de Hipócrates, o câncer já era relacionado à malignidade e à morte. E, no decorrer dos séculos, a incerteza quanto a sua etiologia o conferiu causas diversas como: desequilíbrio interno, até o século XVII; doença contagiosa e de causa religiosa, como um castigo de Deus até o início do século XIX; e causas psíquicas, genéticas e imunológicas no século XX (SONTAG, 1984, p.49)

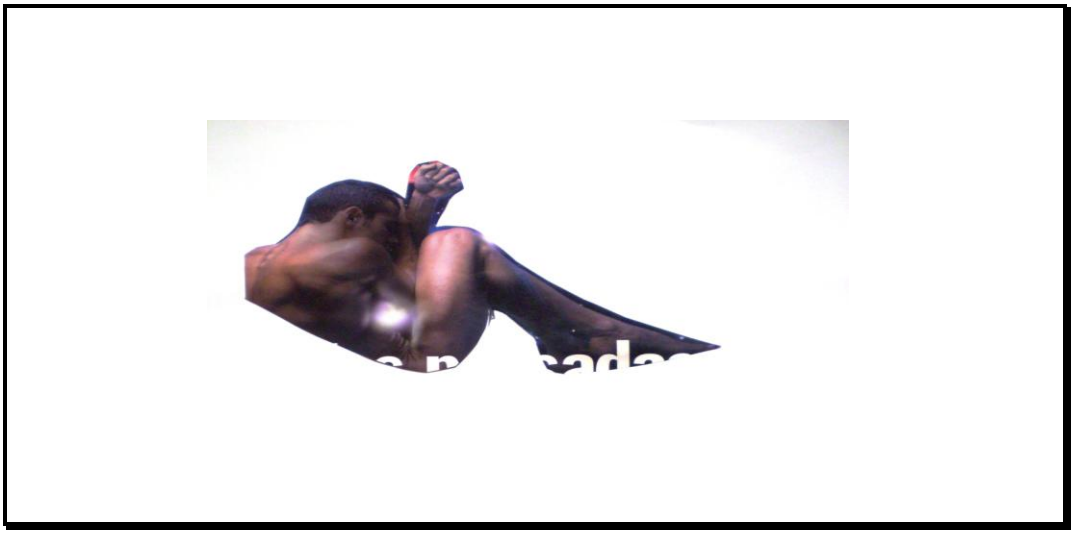
Embora sejam inegáveis os avanços terapêuticos e tecnológicos em oncologia, o câncer ainda é considerado uma doença letal para a equipe de saúde e para a sociedade.

No contexto dessas perspectivas os atores sociais relataram e produziram esteticamente, corroborando com essa afirmativa através do seguinte:

"Eu percebo o paciente oncológico sempre como se ele fosse um paciente terminal, por ser o câncer uma doença que não tem cura e apesar de todo o tratamento e procedimentos realizados, muitas das vezes sem êxito, traz uma frustração enquanto profissional. (Plutão).



"Eles são frágeis, eu os vejo como criaturas frágeis mudando com a vida. Ele precisa de muito de carinho, para enfrentar a guerra e lidar com a sua doença, é uma guerra que ele vai enfrentar daqui para frente." (Esmeralda).



"Ele se volta para dentro de si mesmo, por isso essa figura em posicionamento fetal. Justamente por todas as dificuldades que talvez ele esteja imaginando, por todo pré-conceito que a doença tem, o estigma que ela traz com ela." (Raio de Sol).

Nesse sentido, entendemos que o impacto do diagnóstico de câncer é em geral aterrador, pois, apesar dos avanços terapêuticos permitindo uma melhoria na taxa de sobrevida e qualidade de vida, permanece o estigma de doença dolorosa, incapacitante, mutilante e mortal. Assim, apesar dos recentes avanços no diagnóstico e tratamento da doença, que asseguram a remissão e possível cura, o câncer permanece uma doença relacionada com a desesperança, a dor, o medo e a morte (CAMARGO, 2000).

Dessa forma, o diagnóstico do câncer, como o de uma doença fatal, é um divisor de águas que altera radicalmente o significado do que nos cerca: relações afetivas, desejos, objetivos, fantasias, e mesmo a paisagem. "Nunca mais fui como antes", ouvi de muitos doentes curados e de outros que vieram a falecer.

É interessante notar nas falas e nas produções estéticas dos atores sociais, que os mesmos também perceberam essa fragilidade ante ao diagnóstico de câncer experienciado pelo paciente, conforme explicitado a seguir:

"Frágil, pensativo, temeroso, um paciente que vive em busca de uma força religiosa, um pilar que ele possa se sustentar. O paciente é um guardião de sonhos, porque os sonhos se traduzem em vida. Sonhos que envolvem a família, projetos de vida, esperança, alegria e que muitas vezes, estes são interrompidos quando chega o diagnóstico do câncer". (Águas Marinhas).

"Ele vê a vida pela janela, ele tem essa moldura em torno da vida, ele está distante daquilo que ele sabe que existe, mas que o lado dele hoje é preto e branco, e com o pé fora do chão, ele não tem, mais essa liberdade, ele não tem mais essa vida que existe". (Cleópatra).

"O paciente oncológico chega aqui como? Pensando que não terá retorno de nada! Só sofrimento. É como se estivesse afundando no rio com o seu carro, nós e a família querendo resgatá-lo. Às vezes são resgatados outras vezes não. Mesmo com a perda desse paciente, a família e nós profissionais temos um aprendizado". (Orquídea).

> Seria lógico esperar, então, que o aparecimento de uma doença grave, eventualmente letal, desestruturasse a personalidade, levasse ao desespero, destruísse a esperança, inviabilizasse qualquer alegria futura. Mas não é isso que costuma acontecer: vencida a revolta do primeiro choque e as aflições da fase inicial, associadas ao medo do desconhecido, paradoxalmente a maioria dos doentes com câncer, que acompanhei conta haver conseguido reagir e descoberto prazeres insuspeitados na rotina diária, laços afetivos que de outra forma não seriam identificados ou renovados, serenidade para enfrentar os contratempos, sabedoria para aceitar o que não pode ser mudado (VARELLA, 2004 p.9)

Percebemos que nossos atores sociais também reiteram essa afirmação, e a expressam em suas falas, conforme a seguir:

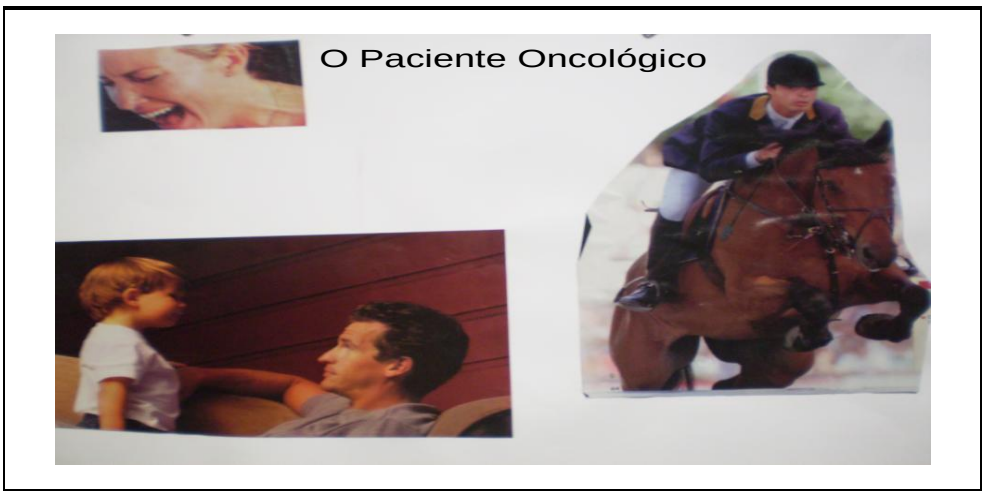
"Vejo de uma maneira frágil como um graveto e forte como um tronco de árvore. O tronco da árvore representa as expectativas e as reações ao tratamento." (Orquídea lilás).

"Quando o paciente recebe a notícia da doença e por todos os tratamentos que ele vai passar, é como se ele andasse em uma corda bamba. Um expectador, do seu sucesso do seu prognóstico. Tentando meio que, saísse do lixo, até encontrar o céu." (Azul).

Quanto aos que sentem a aproximação inevitável do fim, no entanto, soa estranho ouvi-los confessar que encontraram paz e se tornaram pessoas mais relaxadas, harmoniosas, administradoras da natureza, amistosas, agradecidas pelos pequenos prazeres, e até mais felizes (VARELLA, 2004 p.204). Considerando as concepções acima, mostramos, a seguir, como é representado o paciente oncológico pelos nossos atores sociais:

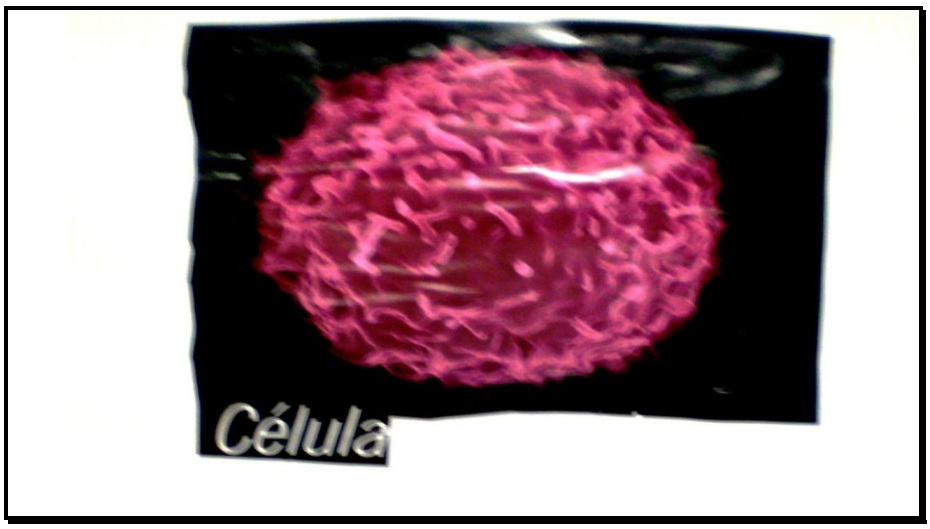
"Como uma caixinha de surpresa. Um paciente assustado, com medo, totalmente dependente e às vezes até alegre, mesmo com sua doença. Com atenção e carinho o paciente poderá superar barreiras e se tornar um guerreiro, que a cada dia vença a sua luta e ao fim consiga a cura ou pelo menos uma morte digna" (Lábios de Mel).

"Um paciente muito sozinho, muitas das vezes abandonado pela família sem saber o que fazer, mas que sempre encontra em nós, em nossa equipe, alguém para dar a mão, para sorrir e para poder levar a vida em frente, junto com toda família". (Mocotó).



"Às vezes fazem perguntas que você não consegue responder. E em outras situações, a gente troca de posição com esse paciente, às vezes ele te da lição de vida, te responde perguntas. Alguns, que depois de passar por essas fases, se tornam verdadeiros campeões!". (Mulher Elástica)

Observamos que na totalidade das representações dos atores sociais apenas um enfermeiro representou o paciente fundamentado na visão biomédica, através da imagem de uma célula, conforme depoimento a seguir:



"Eu vejo o paciente oncológico como uma célula, como um todo..." (Margarida).

Em direção oposta a essa representação, a maioria das informações obtidas nos encaminhou ao aprendizado com as pessoas acerca de suas representações do paciente oncológico, considerando elementos externos ao ambiente hospitalar, daquilo que lhe é familiar.

Os significados para construir essas representações não foram inerentes ao ambiente hospitalar, que seria a representação biomédica do paciente, e sim fora, como diz o sociólogo Alfred Shutz em outra província de significado[6] que não é o de hospital.

No que se refere à representação do paciente oncológico, o símbolo mais recorrente foi o de uma criança. A imagem da criança se transformou num símbolo para representar a fragilidade do paciente ante a doença, ou para representar a dependência deste, e a necessidade de cuidados totais prestados pelos enfermeiros e suas equipes.

Essa representação também nos sugere a possibilidade de aprender, ou de reaprender a viver, de esperança e de certa maneira, de indeterminação, porque a criança não sabe o que vai ser dela, assim como o paciente com diagnóstico de câncer!

Nesse sentido, Durkhein (1978) estuda os símbolos a partir do sensorial e do intelectual, ou seja, entre as sensações no sentido físico - biológico e intelectual. O símbolo faz a junção

---

[6] Província de Significado – O termo é aplicado a um determinado conjunto extraído de nossas experiências e objetiva verificar se todas mostram um estilo cognitivo específico, e são com respeito a este estilo, não só coerentes em si mesmos, mas também compatíveis umas com as outras (SCHUTZ, 1974 p.216)
"Además, cada uno de estos ámbitos finitos de sentido está caracterizado, entre otras cosas, por una tensión específica de la consciencia, por una perspectiva temporal específica, por una forma específica de experimentar y a si mismo y, por último, por una forma específica de sociabilidad". (Ibid., p.303-304)

entre esses dois universos, entre o sensível, sensorial e o intelectual, com idéia de conceitos. Não há qualquer forma de apreensão do mundo onde o homem possa separar o sensorial do intelectual.

Turner (2005) concorda com tais concepções, lembrando que o símbolo faz a junção entre o universo sensorial (seus sentidos) e o intelectual (idéias e abstrações). A mediação simbólica com a realidade é universal. Conhecemos o mundo através de símbolos, representações, crenças e idéias que estão condensadas nesses símbolos.

Considerando tal mediação simbólica, os enfermeiros, em sua maioria, elegeram a criança representada pela figura de bebês, constituindo-se dessa forma o símbolo para melhor pensar e construir representações desses pacientes.

A criança surge como símbolo dominante[7] de acordo com o conceito de Turner (2005), sintetizando um conjunto de noções de qualidade que os enfermeiros atribuem ao paciente, na figura da criança, conforme destacamos em algumas falas a seguir:

"É representado por uma criança que acabou de nascer, só que uma criança especial. É um bebezinho que represento, um ser que chegou para as mãos da gente, que temos que proteger, que temos que ajudar, um ser vulnerável, dependente de nós (Girassol).

[7] Símbolo Dominante é, antes de tudo, um fator na dinâmica do grupo, e, como tal, suas referências aos grupos, relações, valores, normas e crenças de uma sociedade são seus principais itens de estudo. Em outras palavras, o antropólogo trata o pólo sensorial do sentido como uma constante, e os aspectos sociais e ideológicos como variáveis cujas interdependências procura explicar (Turner, 2005 p.68-69) .

"Vejo como uma criança que precisa de cuidados, como uma criança que em toda fase ela está mudando, ela está precisando de cuidado. São pacientes extremamente sensíveis, vulneráveis e a gente precisa muito cuidar deles." (Golfinho).

"Ele perde o chão, e ele ainda tem que passar por um caminho desconhecido que é o tratamento em si. O estigma da doença, o medo, e eu o vemos como uma criança que precisa de cuidado, de acolhimento, compreensão, ele está desamparado, e sem os pés no chão." (Duda).

"Eu peguei o olhar desse bebe meio que perdido no horizonte, mas ele esta tentando se achar, eu vejo o nosso paciente oncológico dessa forma, quando ele recebe o diagnóstico de que ele está com câncer, eu vejo como um ser que precisa de cuidado, de proteção, de atenção, ele precisa ser ouvido e fazer com que ele consiga interagir, porque isto é muito difícil. Ajudar a perder o medo do desconhecido, porque é um processo novo em nossa vida, é algo desconhecido, e tudo que é desconhecido nos causa medo (Águia).

Nossos achados sugerem que a representação do paciente oncológico como uma criança perpassa pela questão de gênero, pois, notadamente, pudemos constatar que essas representações foram realizadas por mulheres. Em geral, quando as pessoas representam um bebê, as pessoas se remetem mais a uma relação maternal, do que paternal. As enfermeiras representam como elas vêem os pacientes que estão sob seus cuidados, como numa relação mãe-filho, uma relação maternal. A criança, o bebê, é um símbolo porque eles estão fazendo a junção entre o sensorial e o intelectual, ou seja, esse sensorial é abarcado pelo intelectual.

A criança como símbolo de dependência, fragilidade, vulnerabilidade, ao mesmo tempo esperança. E não é somente com o sentido voltado para a criança, mas com o sentido de uma série de sentimentos e de emoções que tais pessoas estão expressando a partir de uma imagem, a qual lhe traz uma gama de idéias, valores e crenças.

Ao mesmo tempo, esses atores sociais expressam um sentido, com relação à fragilidade e vulnerabilidade do paciente oncológico, e ao mesmo tempo exprimem suas emoções e afetos com relação à proteção, ao cuidado e até mesmo à compaixão. Ou seja, o sensorial no sentido afetivo do emocional, junto com o simbólico, através da imagem da criança, que vem de fora do hospital, da casa dos atores sociais, da Província de Significados nos termos de Schutz.

O único participante do sexo masculino que representou o paciente oncológico como um bebê, o representou como uma criança “propositalmente partida ao meio e chorando”, indicando um sentido oposto ao das participantes do sexo feminino, agregando valor à fragilidade, ao rompimento e à destruição, não encaminhado ao significado da proteção, da maternidade e do cuidado, conforme relato a seguir:

“Eu coloquei um desenho estigmatizado de um homem cheio de rato em cima, e de uma criança chorando, propositadamente partida no meio, porque é como eu vejo o paciente oncológico, exatamente isso, uma pessoa com uma pressão muito grande em cima dela e triste e dividida.” (Turco).

Essas foram algumas falas que revelaram a representação dos enfermeiros ante o paciente com câncer, caracterizando de que forma apreendem o paciente oncológico.

Outro aspecto destacado pelos enfermeiros, dentro dessa unidade temática, através de suas produções e falas se relacionou à morte, à dor e ao sofrimento.

Quando um indivíduo é confrontado com o diagnóstico de câncer, ele e seus familiares provavelmente irão questionar o sentido de sua existência.

Ariès (1998) ressalta as transformações ocorridas através dos tempos acerca de como o homem lida com a morte. Verifica-se que inicialmente, os homens não temiam a morte. A morte era aceita sem medo, como sendo parte integrante da vida e do destino coletivo. A morte não era nem apressada e nem postergada. O ato de morrer era um evento público, que se dava na

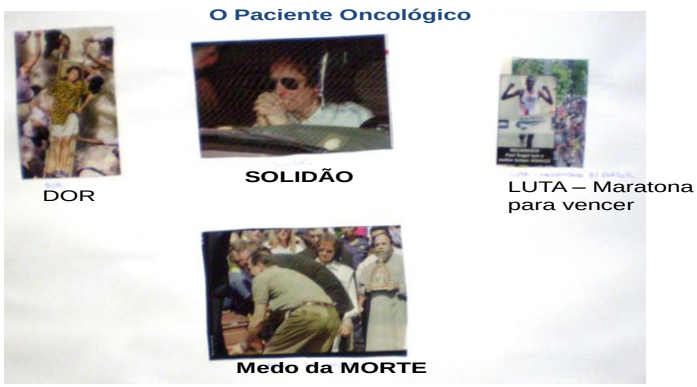
presença da família, amigos, vizinhos e, inclusive, das crianças. Nessa época, a promessa de vida eterna prolongava e ampliava o destino humano.

Na idade Média, nos meados do século XIX, a atitude frente à morte foi deixando de ser algo trivial, comum, esperado e aceito, tornando-se algo vergonhoso e proibido. Assim sendo, na Idade Moderna, a morte deixou de ser algo natural e tornou-se um problema a ser evitado. As relações de produção, de descobertas, o desenvolvimento da ciência e do surgimento do capital como força principal de produção, modifica as concepções de trabalho e constroem uma representação de que o homem vivo pode quase tudo, morto ele não é mais nada, não significa mais nada (ZAIDHAFT, 1990).

O conceito de morte tem sido modificado ao longo do tempo, motivado pelos constantes avanços tecnológicos que vem ocorrendo na medicina.

O homem moderno cria e aperfeiçoa técnicas que possibilitam prolongar a vida ao máximo, em um esforço para manter a morte fora do convívio social, dando a este sempre um caráter de fatalidade, devendo ser sempre ocultado e distanciado (PITTA, 1994).

A partir dessas assertivas evidenciamos algumas produções estéticas e falas referidas pelos atores sociais, a saber:



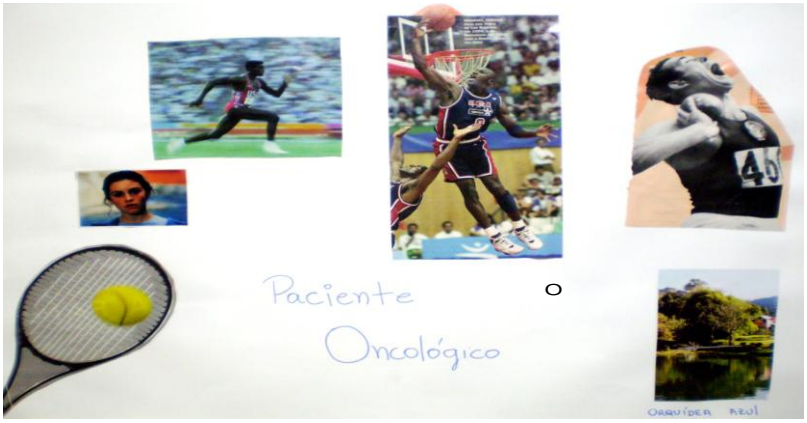
"A solidão, eu acho que a doença é uma coisa solitária, o paciente é muito solitário. O medo da morte. A morte aquele medo está ali presente o tempo inteiro. Uma maratona, uma luta para viver." (Violeta Branca).

"O paciente oncológico resume o câncer em morte, ele acha que não vai conseguir superar todas as fases da sua doença" (Jade).

Considerando o sofrimento do paciente portador de câncer como aspecto emergente das falas dos enfermeiros, podemos constatar que esse sofrimento está pautado pela ansiedade, pela depressão, pelo medo, e, muitas vezes, pela ira, podendo ser analisado a partir de diferentes enfoques. O sofrimento frente à morte, que é um fato universal, assume características sociais claras e distintas, em diferentes contextos sociais.

Acerca desses aspectos os enfermeiros referem que:

"Eu vejo no rosto dele estampado é pavor, dor, solidão, medo, carência. A carência de tudo, de afeto, de informação, de respostas positivas. Como numa corda bamba, no limite entre a vida e a morte e desesperado, atrás de soluções. Quem tem um diagnóstico de câncer tem quase um atestado de óbito nas mãos, é isso que é vendido." (Beija Flor).



"Como esta bola que é impulsionada para um local desconhecido, onde no primeiro momento é o paciente que se abate, deprime e depois ele começa a correr contra este prejuízo que foi lançado para ele, e tentando vitórias mesmo sofrendo, em busca de um local como esse aqui, seja aqui ou em outro plano". (Orquídea azul).

Diante do exposto, as informações coletadas nos sugerem que a fragilidade relacionada ao câncer, traduzida pelo conhecimento da doença em si, pela morte, sofrimento e dor, proporcionam uma gama de respostas emocionais que precisam ser apreendidas e compreendidas pelos enfermeiros. Assim, o modo pelo qual o enfermeiro realiza o enfrentamento dessa situação se consubstancia numa oportunidade de expressão de sua resiliência.

4.1.2 - Unidade Temática 2 –

AS FACES DA VULNERABILIDADE

A vulnerabilidade como unidade temática nesse estudo é referida aos fatores de riscos objetivados pelos enfermeiros. Estão presentes nesta unidade as questões relacionadas ao processo de trabalho.

Nesse sentido, os atores sociais destacaram a questão da jornada de trabalho institucional (40h/semanais) atrelada ao desgaste físico e emocional, bem como ressaltaram situações vivenciadas por eles, tais como, a inexperiência dos profissionais recém-admitidos pelo concurso público e o descaso político com a saúde no Município do Rio de Janeiro. Estes também pontuaram a impotência diante do sofrimento, da expectativa de cura e da situação limítrofe entre vida e morte.

Ademais, as condições de trabalho oferecidas pelos hospitais, as peculiaridades das tarefas de enfermagem, a crise econômica, advinda da globalização, as dificuldades do setor saúde, a carência de recursos humanos e materiais e a constante preocupação com o processo de atualização, objetivando acompanhar os avanços técnicos científicos, são fatores que contextualizam a situação de trabalho da equipe de enfermagem em vários países (ROYAS; MARZIALE, 2004).

Nesse contexto, no que tange às contribuições conceituais acerca da vulnerabilidade, citamos Ayres et al. (2006), que não determina apenas a vulnerabilidade como individual. Segundo ele, a vulnerabilidade está focada no indivíduo-coletivo.

Refletindo sobre vulnerabilidade no contexto do estudo, é possível identificar múltiplos eventos estressantes no âmbito individual, social e institucional que, relacionados ao ambiente de trabalho, tornam este profissional mais vulnerável ao estresse e aos riscos, principalmente o de adoecimento. O enfermeiro tem a vulnerabilidade aumentada ao estresse quando exposto ao excesso e à sobrecarga de trabalho, ao lidar com situações inesperadas e críticas.

Segundo Garcia (2001) os fatores de risco são responsáveis por acentuar a doença e /ou estados deficientes. Tradicionalmente, esses fatores eram definidos por termos estáticos como estressor (pobreza, maus tratos, etc.), porém hoje se atenta para a importância de analisar os fatores de risco enquanto processo. Tal afirmativa é corroborada pelos seguintes depoimentos:

> A sobrecarga de atendimento em nosso trabalho, nossa carga horária de 40h, essa sobrecarga vai gerar estresse para o profissional e assim diminuir a qualidade da assistência prestada ao paciente. E isso me preocupa pois essa pessoa que cuida, daqui a pouco vai ficar também doente e precisando de cuidado (Golfinho).

> A corrida do dia a dia, algumas pessoas que dependem de dois ou três empregos, na corrida, não podendo parar para dar uma atenção especial ao paciente, muitas vezes ele quer só é se fazer ouvir, e nós temos muita dificuldade também de parar, então eu considero isto como um fator de risco (Felicidade).

> O meu risco quando cuido do paciente oncológico é o látex, o meu maior risco é também o desgaste emocional, e essa jornada de trabalho de 40 horas semanais (Margarida).

Outra dificuldade enfrentada no ambiente hospitalar para o atendimento aos pacientes com câncer, caracterizada como um risco para os enfermeiros é a rotatividade dos membros da equipe de enfermagem, que ocorre por razões diversas. Uma delas foi devido ao ingresso de profissionais pelo concurso público para atender as solicitações de ordem administrativa do Mistério Público da União, como ocorreu com o INCA ao ter que substituir em 2006 e 2007, profissionais de enfermagem com vínculo pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) já anteriormente capacitados, por profissionais recém-concursados, sem experiência prévia no cuidado ao paciente com câncer.

Nesse sentido, a partir dos depoimentos dos sujeitos, acreditamos que entradas e saídas de profissionais de enfermagem sem experiência no cuidado ao paciente com câncer fragmentam o trabalho, desmotivam a equipe de enfermagem e demais equipes, geram necessidade de educação em serviço e desarmonizam as relações, além de aumentarem os riscos aos pacientes.

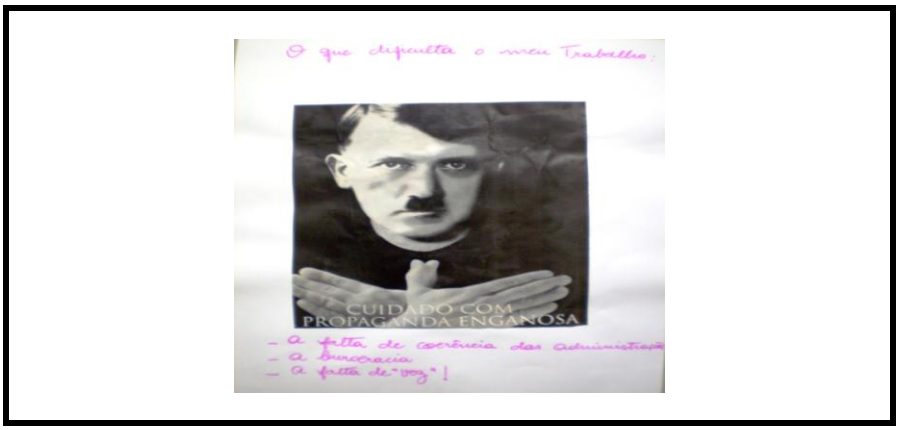
Essas observações foram constatadas a partir dos depoimentos relativos à seguinte questão – O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

Acerca desse questionamento os enfermeiros relataram e demonstram esteticamente o seguinte:

> A chegada de novos funcionários públicos pelo concurso, sem preparo, sem equilíbrio, isso dificulta muito no nosso dia-a-dia (Orquídea).

> O processo de seleção que há pouco tempo ocorreu no INCA. Esse processo não foi muito adequado na seleção de profissionais de enfermagem, nos enfraquecendo muito no trabalho de toda equipe (Sândalos).

> A má qualificação dos profissionais, que chegou nesse último processo seletivo público. Aí você observa que é por uma falta de compromisso e interesse dessas pessoas que eles não fazem o que tem que ser feito. (Mulher Elástica).



Além das situações acima pontuadas, dentro desse ambiente profissional, a morte representa um desafio para a equipe de saúde que convive nos hospitais com situações de vida e morte em seu cotidiano (BOEMER; VALLE, 1988).

A morte é a separação do tempo e da eternidade; é o fim das amarras. Saber que a morte é inevitável não tira de nós a dor deste momento. Os profissionais de saúde precisam aprender a cuidar dos aspectos emocionais, além dos cuidados físicos. Isso é confirmado por Carvalho (2003, p.135), em sua tese de doutorado, onde enfatiza a relação entre o profissional de saúde e o paciente no processo de morrer.

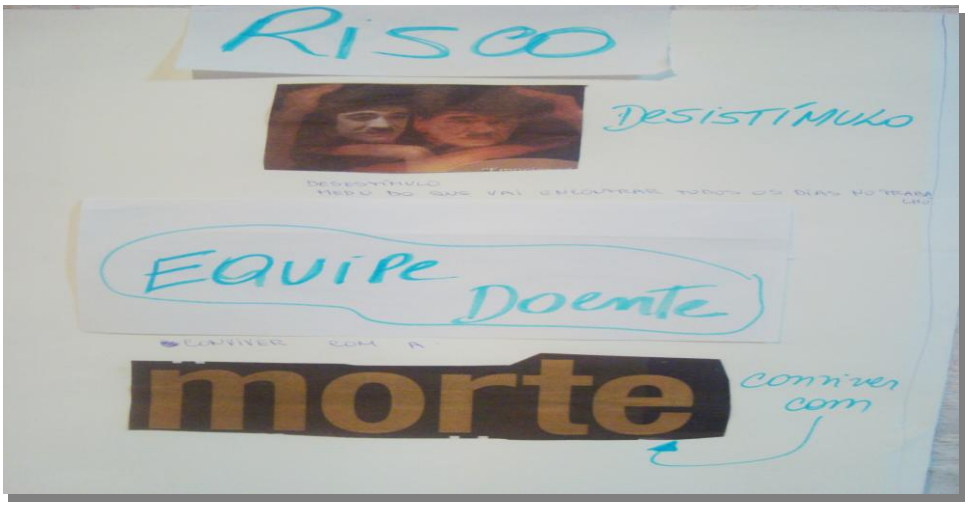
> A doença é a experiência da fragilidade que provoca, na situação da finitude, a consciência aguda da mortalidade. É uma situação complexa porque ultrapassa o limite simplesmente biológico da intervenção médica e de enfermagem, configurando-se na relação dos profissionais de saúde com o paciente numa dimensão mais profunda e delicada do que a relação puramente terapêutica.

Nesse contexto, os enfermeiros expressaram através de suas falas e na produção estética o seguinte:

> Para mim o risco ou o que enfraquece é a morte, independente se a gente tem experiência ou trabalha há muitos anos no INCA. Acho que a morte nós ainda não conseguimos resolver em nossa cabeça. A morte, uma coisa muito difícil! (Lilica).

> O paciente oncológico resume câncer em morte acha que não vai conseguir superar todas as fases da sua doença. Altera o psicológico com queda da auto-estima. E isso nos deixa bem intranqüilas. A morte a negação pela doença, o desespero do paciente, isso me deixa bem abalada (Jade).

> A morte – a morte ainda me agride, por mais que a religião me sustente, eu vejo a morte ainda como uma decepção, uma cessação de sonhos, de planos e de quem tem a vida toda pela frente para conquistar. Vejo isso muito presente nas crianças com câncer, cada vez mais prematuras, bebês e jovens (Águas Marinhas).
>
> E a convivência com a morte constante, quem trabalha com o paciente oncológico esta constantemente com a morte em volta, eu acho que é um fator de risco (Violeta Branca).



Alguns profissionais reagem de forma diferente, entendendo o sofrimento e tentando conviver com sentimentos despertados pela situação da morte, evitando um envolvimento que pudesse prejudicar seu lado profissional e, igualmente, evitando um posicionamento frio e desumano que pudesse comprometer sua relação com todas as pessoas envolvidas e com seu próprio senso de realização profissional.

Semelhante situação foi encontrada no trabalho desenvolvido por Menezes (1996), em uma unidade especializada em oncologia, onde a autora afirma que “no espaço específico das organizações hospitalares a morte do paciente significa a incapacidade do grupo do cumprimento de sua função social, o cuidado para a vida” (MENEZES, 1996, p.81).

Nesse mote, Sória (2006), em estudo realizado em um centro de terapia intensiva acrescenta que

> a apropriação da morte na dinâmica do trabalho na UTI concorre para o aparecimento de desgaste físico e emocional, traduzido em frustração e em impedimento para a realização profissional, sendo um fator de risco que afeta a capacidade de resiliência dos profissionais de enfermagem desta unidade (SÓRIA, 2006, p.96)

Pontuamos que apesar dos cenários de estudos acima referidos serem diferenciados, as necessidades do cuidado de enfermagem se assemelha no que concerne à complexidade do paciente, considerando a agressividade terapêutica e a demanda emocional que envolve o paciente, a família e o enfermeiro atuante na oncologia.

Ademais, o ambiente hospitalar é um local com forte carga emocional, em que vida e morte se misturam para compor um cenário desgastante e, não raro, frustrante. Os trabalhadores de saúde, especialmente os de enfermagem, por estarem mais próximos, acabam sendo alvos de condutas de desespero de pacientes e familiares (ROYAS; MARZIALE, 2001).

A esse respeito, Bulhões (1998) refere que do exercício da enfermagem decorre uma forte carga psíquica, afetiva e emocional, pois seus trabalhadores, em suas atividades laborais, se confrontam com o sofrimento do outro, além de isolamento, solidão, monotonia, falta de estímulo, de reconhecimento, problemas de comunicação e a relação difícil e conflituosa com a morte.

Assim, entendemos que o contexto hospitalar oncológico, possui fatores que influem na saúde física e mental dos profissionais. Portanto é imprescindível que seja fortalecido o gerenciamento organizacional direcionado para a diminuição desses fatores, os quais podem contribuir para o aumento do absenteísmo, repercutindo em desgaste físico do profissional em atividade, que desempenhará suas funções com um número reduzido de pessoas em sua equipe. Nessa linha de pensamento as depoentes ressaltam:

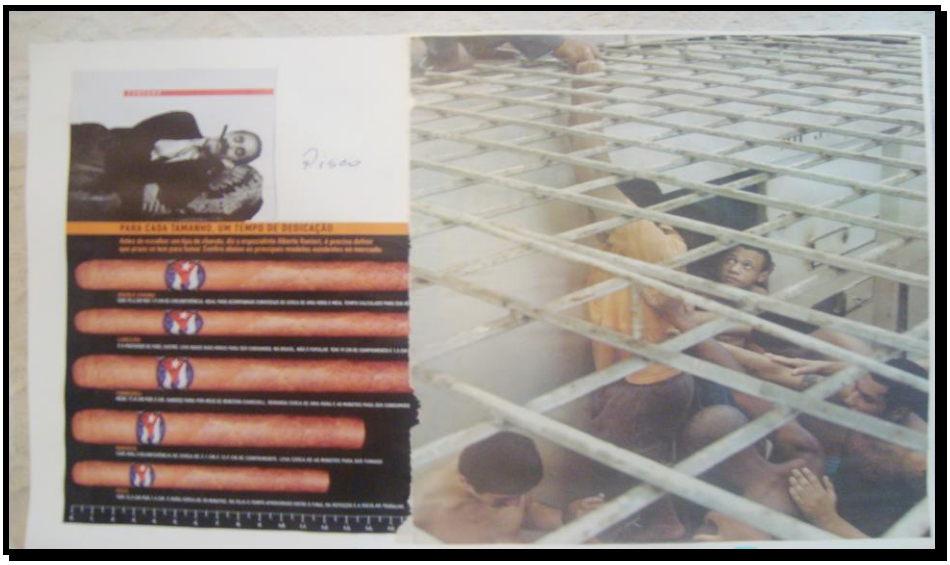
> Desestímulo, é medo do que vamos encontrar aqui a cada dia de trabalho. O que eu vou encontrar naquele meu dia, aquele paciente, ou mesmo aquele funcionário, no meu caso, como ele vai estar, uma equipe doente, desgastada, e quem esta trabalhando começa a se desgastar e aumentar o trabalho (Violeta Branca).

> Como fator de risco eu trouxe uma paisagem negra, nebulosa, às vezes a gente sai daqui muito sugada, eu principalmente saio muito sugada, não sei se por causa da troca de olhares, suga muita energia, e eu fico com medo, de que isto sugando a minha energia eu não possa trazer o melhor tratamento para o paciente. (Turmalina).

> Muita dificuldade de lidar com a dor, com as deformações de imagem do paciente, com suas lesões, necessitando de cuidados. A baixa estima do paciente. E a convivência com tanto sofrimento.Tristeza e perdas. Lidar com esse olhar de dor e de perda. Tudo isso é muito difícil (Saraiana).

Outro risco apontado pelos enfermeiros foi o descaso político com a saúde no Município do Rio de Janeiro. Esta situação pode ser caracterizada no contexto do cenário do estudo pela demanda reprimida, que hoje o INCA não consegue atender, comprometendo a qualidade da assistência prestada à população em função da mesma. Há uma falta de articulação com os diferentes atores do SUS, assim como uma interação insuficiente com os gestores públicos locais e de instâncias colegiadas, comprometendo assim a assistência prestada aos pacientes oncológicos no Rio de Janeiro.

Tal situação foi ressaltada através do seguinte relato e na produção estética:



> Percebo como risco a superlotação que vivemos freqüentemente em nossa unidade hospitalar, o que dificulta o nosso serviço e o relacionamento com o paciente e o acompanhante, pela limitação de leitos vagos nas clínicas de origem, muitas das vezes tendo que interná-los fora da clínica, aumentando o seu tempo de permanência na emergência, ocasionando a revolta dos mesmos, o que refletirá negativamente nas relações da equipe , paciente e familiar.(Turco).

Os enfermeiros também pontuaram a impotência diante do sofrimento, da expectativa de cura e a situação limítrofe entre vida e morte, confrontada na assistência hospitalar ao paciente oncológico. Nesse contexto, o hospital se caracteriza como um campo semântico de vivência do sofrimento, dor e morte. Uma série de idéias, representações e símbolos foram constituídas a

partir do sofrimento, ou seja, da vivência dessa experiência. Como toda e qualquer realidade é simbolicamente mediada, a experiência do sofrimento é inerente ao trabalho no hospital.

Este sofrimento é uma experiência mediada pela linguagem, ou seja, pelas crenças, idéias, representações. Não é um sofrimento apenas vivenciado sensorialmente, mas, sobretudo, intelectualmente apreendido.

O sofrimento é simbólica e intelectualmente processado. Assim, o sofrimento para ser tolerado, seja físico, afetivo, emocional, psicológico precisa ser simbolicamente mediado.

Cabe destacar que os enfermeiros significaram a vivência do sofrimento através de recursos de imagens não relacionadas ao modelo biomédico. Quando abordaram a questão do sofrimento, o enfoque transcendeu ao discurso patológico, relacionando o câncer além da desordem celular e da formação tumoral. A apreensão biomédica do significado do sofrimento relacionado ao paciente oncológico não se mostrou suficiente para seu entendimento, gerando uma compreensão mais subjetiva e sensível, caracterizando-se, assim, em risco para esses profissionais, conforme relato a seguir:

> Outra coisa que também é risco, e que me enfraquece muito é na hora de lidar com o desespero, com o sofrimento do paciente e de seus familiares diante da morte iminente, para mim é muito difícil! A impotência diante de casos teoricamente tratáveis, mas sem boa evolução. As complicações com o paciente e ele não consegue superar! Isso me frustra muito, pois quando ele chega à gente vê o diagnóstico e fica feliz, pois naquele caso tem uma condição melhor, aí ele não responde ao tratamento, isso gera uma frustração!(Mulher Elástica)

Dessa forma, o sofrimento físico do outro pode redundar num sofrimento emocional afetivo do profissional, pois ele também é um paciente em certo sentido, é sujeito/paciente, apenas, em posições diferentes. Se você tem um paciente com uma dor física, esta se traduz no profissional como uma dor afetiva, emocional.

Diante dessa situação os enfermeiros recorreram em suas representações a elementos simbólicos e recursos semânticos não relacionados ao ambiente do hospital. Dessa forma, citaram a família, a fé, a religião, a natureza e os amigos como recursos simbólicos para mediação intelectual desse sofrimento, conforme explicitado a seguir:

> ...eu busco esta proteção na família, eu chego em casa olho para os meus filhos rindo, na família, no sorriso, nos meus planos, na minha fé, a gente vê o futuro no olhar da família e na paisagem porque eu me recarrego muito com paisagem, eu gosto muito de natureza então eu procuro sempre estar vendo uma paisagem, vendo o céu, o mar me recarrega me fortalece.(Turmalina)

Segundo Geertz (1978), a realidade social é tecida, construída simbolicamente, senão vejamos, a experiência seria um caos, insuportável. O problema do sofrimento consiste paradoxalmente em não ter como evitar o sofrimento, mas como sofrer, como fazer da dor física, da perda pessoal, da derrota frente ao mundo ou da impotente contemplação da agonia alheia, algo tolerável, suportável, sofrível, se assim podemos dizer (GEERTZ, 1978, p.119).

Nesse aspecto, Carlos Drumond de Andrade, escreveu: “A dor é inevitável. O sofrimento, opcional” (no sentido do “como sofrer”). Pois, sua lucidez poética já reverenciava uma das maiores capacidades humana, atualmente muito discutidas e valorizadas, tanto na esfera pessoal quanto na coorporativa: a resiliência.

Diante do exposto, os dados coletados apontam que a jornada de trabalho institucional (40h/semanais) atrelada ao desgaste físico e emocional, a inexperiência dos profissionais recém-admitidos pelo concurso público e o descaso político com a saúde no Município do Rio de Janeiro, a impotência diante do sofrimento e da cura e a situação limítrofe entre vida e morte delineiam as faces da vulnerabilidade nesse contexto especializado.

4.3 - Unidade Temática 3 - **A INTERAÇÃO**

Esta unidade diz respeito aos fatores de proteção apresentados pelos enfermeiros. Destacam-se nessa unidade os seguintes temas: a espiritualidade como suporte essencial para o enfrentamento do cotidiano assistencial, a família como fator indispensável na vida pessoal dos enfermeiros, a união da equipe como mantenedora dos elos entre os profissionais e o conhecimento técnico em oncologia, como fator fundamental no aperfeiçoamento desses enfermeiros, funcionando como "escudo protetor".

Esses temas se traduziram na proteção ante o desafio de assistir ao paciente oncológico, a partir da seguinte questão: o que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

No que concerne à interação, as representações dos enfermeiros transitaram entre elementos simbólicos pertinentes ao contexto interno e externo ao ambiente hospitalar, associando duas províncias de significados. Essa articulação, entre os elementos ligados ao ambiente hospitalar e sua vida particular (por exemplo: a família) é o fator de equilíbrio, que de certa forma, dá força, segurança e proteção.

Os recursos afetivos e emocionais que eles trazem de fora do ambiente hospitalar, como por exemplo, a fé, religiosidade, espiritualidade, acolhimento, amor, alegria, família, amigos e a união da equipe, traduzem-se numa linha de proteção que os assegura que os protegem. No contexto dessas perspectivas os atores sociais falam e corroborando com essas afirmativas o seguinte:

> É o reconhecimento dele, verbal e não verbal. Alegria, a alegria que eu acho, traz para o ambiente uma forma mais leve de se tratar, uma doença tão difícil, que te traz tanta coisa negativa. A espiritualidade, que eu acho que tem que estar sempre presente e seus valores. O comprometimento de toda equipe, para que o paciente atinja o melhor ali dentro, e que tenha o melhor atendimento. A estrutura que tem por traz da gente desde o nosso conhecimento a administração de nossa chefia. O amor entre todo mundo. Quanto à união, penso que esta já vem desde sua família. (Lábios de Mel).
>
> Eu acho que o trabalho de equipe, a família, faz com que você nunca esteja sozinho numa hora de desespero ou que enfrente qualquer eventualidade, qualquer situação que impacte seu desenvolvimento. A união da equipe é fundamental, ela sempre nos protege. A família é muito importante. (Mocotó).
>
> Na fase da aceitação, o mesmo sentimento de proteção da família, proteção e harmonia da equipe que cuida, confiança, fé e harmonia surgem, a esperança de melhor qualidade de vida. Harmonia da equipe, proteção, fé, amigos são importantes para superar tudo (Jade).

O foco dessas falas reflete a interação e seus elementos constitutivos. O eixo é a interação como proteção. Os fatores principais que sustentam a interação, para esses sujeitos são a espiritualidade, a família, a união da equipe e o conhecimento técnico. Esses elementos podem ser caracterizados como os pilares dessa interação.

Tal interação permite conhecimento mútuo e identificação de alguns pontos comuns que servirão de base para a elaboração de normas coletivas, tácitas e explícitas, evidenciadas na dinâmica deste grupo de enfermeiros.

Em qualquer grupo, da mesma forma, podem ser observadas condições variáveis de calor humano, tensão, movimentos, equilíbrio, restrições, alegria, insegurança, crises. Estas condições, em conjunto, formam a "atmosfera" responsável pelo que os membros do grupo sentem a seu respeito. O clima do grupo pode variar desde sentimentos de bem-estar e satisfação, passando por gradações de tensão, estresse, entusiasmo, prazer, frustração e depressão (MOSCOVICI, 1997, p. 99).

Foi enriquecedor, ver esse grupo representando, através de figuras, palavras e expressões, os seus sentimentos com relação aos fatores protetores ante o cuidado de enfermagem em oncologia.

A essência, principalmente no que diz respeito ao cuidado, dita por todos, era muito semelhante. A fé, a esperança, o conhecimento, a confiança no trabalho que estes desempenham a autonomia do que fazem o respeito pelo que fazem o querer fazer o que fazem, o prazer no que eles fazem, estava o tempo todo presente, na voz, na emoção e nas lágrimas, desses sujeitos. Todos demonstraram muita energia e força para o cuidado do paciente oncológico.

Esses enfermeiros se revelaram sensíveis e ao mesmo tempo muito fortes, estando preparados para essa assistência tão especializada, expressando-se em algumas falas a seguir:

> A facilidade é que o cuidado fortalece e regenera tanto o paciente quanto o profissional, ele estimula ambos, faz amigos, cura, traz realizações, para ambos. Isso tudo é uma forma de fazer amigos, fazer uma equipe se unir e ser feliz com o que faz. (Lili)

> Nós profissionais buscamos o equilíbrio, que é muito difícil. Muitos conseguem outros não! A reconstrução de uma nova vida. A gente acha algumas vezes que não tem mais esperança, mas tem! Acolhimento: eles e nós profissionais também gostamos de acolhimento. Quando estamos bem fortificados conseguimos dar atenção aquele paciente que precisa de atenção, e passar a nossa real missão! Consciência de que todos nós somos importantes na equipe. A vida dele pode ser cortada ou não! Mas também ele pode iniciar uma reconstrução da vida.

> Esperança de oferecer um tratamento a tempo. Enfrentar esses obstáculos a cada dia e a cada minuto, buscando crescimento, encorajando uns aos outros. Porque as coisas mais importantes que o ser humano tem em sua essência é ajudar uns aos outros. E como uma criança que é sempre a esperança de nossa profissão de estar sempre crescendo e do paciente que vem até nós pedir um socorro e uma atenção. (Orquídea).
>
> A democracia dentro do nosso ambiente de trabalho. O aprendizado que nós temos isso nos fortalece muito! A comunicação entre pares e superiores. A "autonomia" eu acredito que temos muito! O conhecimento do que fazemos. A credibilidade de nosso trabalho. Os equipamentos e materiais muitos deles para a terapia que prestamos, eles nos facilita muito. O nosso dever cumprido. O nosso relacionamento. Solucionar problemas. Somos muito bons nisso! E o nosso trabalho em equipe, exemplificou um caso de bom resultado pelo trabalho de toda equipe de enfermagem em solucionar um problema. (Sândalos)
>
> Aí eu me volto para os meus valores pessoais: A minha fé; a esperança de vida, de um dia melhor O conhecimento técnico científico que eu adquiri e posso aplicá-lo. O comprometimento que eu tenho com esse doente, apesar de não estar hoje em dia próximo a ele, mais sei que o que o meu trabalho reflete na melhoria do tratamento dele. O reconhecimento do meu paciente. A parceria com alguns colegas do serviço. O reconhecimento da minha chefia imediata do trabalho que a gente faz. A minha vida particular, a minha família, os meus amigos. A oportunidade de trabalhar em um hospital oncológico e ser funcionária pública, que eu acho que foi um prêmio divino. Atender a necessidade do paciente e ver esse paciente sempre como ser humano, antes de mais nada. (Raio de Sol).

A espiritualidade foi muitas vezes evocada pelos sujeitos dessa pesquisa, como suporte essencial para o enfrentamento do cotidiano assistencial oncológico, podendo ser considerada como fator de fortalecimento da resiliência desse grupo.

O objetivo da enfermagem em prestar assistência integral ao paciente hospitalizado implica a necessidade do desenvolvimento de intervenções de enfermagem na dimensão espiritual. Apesar da maioria dos sujeitos conhecerem o significado da dimensão espiritual, e considerarem essa espiritualidade/religiosidade, como fator principal de proteção no cuidado ao paciente oncológico, esta ainda não está presente na prática da enfermagem, em toda a sua amplitude. O exercício da espiritualidade está ligado, basicamente, à experiência individual de cada ser humano.

Huf (2002, p.93) afirma que considerar o estado permanente de desenvolvimento, ajuda a compreender as diversas formas existentes de expressão da espiritualidade. Partindo do princípio de que a espiritualidade é constituída por todos os pensamentos, as emoções e as atitudes

interpessoais do ser humano, percebe-se a diversidade de expressão das necessidades espirituais, bem como a multiplicidade de intervenções e práticas espirituais e religiosas.

A espiritualidade está relacionada com a existência, enfocando princípios, valores e crenças que orientam a vida da pessoa.

Percebemos que nossos enfermeiros também reiteram essa afirmação e a expressam em suas falas e na produção estética conforme a seguir:

> A minha fé; a esperança de vida, de um dia melhor (Raio de Sol).
>
> É minha fé em Deus, primeira coisa, sem isto eu não poderia transmitir para os pacientes aquilo que eu procuro transmitir, a força, o carinho e a esperança. (Girassol).
>
> A minha fé, principalmente a minha espiritualidade, a minha espiritualidade é Absolutamente fundamental sem isso não dá, o meu ambiente de trabalho é o meu fator de proteção e esta dentro da minha espiritualidade (Cleoprata).
>
> Como fator de proteção eu tenho a fé, (Duda).
>
> A religiosidade é muito importante. Eu acho que a fé é o que me sustenta, e a maioria dos profissionais aqui da instituição. Às vezes a gente não encontra explicação. Para muitas coisas e atribui a uma questão divina. Temos que passar esse afeto, coisa de ter fé para os nossos pacientes, independente da religião, isso ajuda a nós e a eles (4.7).

A conceituação de espiritualidade e religiosidade permite afirmar que as necessidades espirituais são mais amplas e profundas do que as necessidades religiosas. A necessidade espiritual atinge o ser humano na sua essência, onde surge à vontade para busca de sentido

pessoal. Quando a necessidade espiritual é atendida, a pessoa vivencia a realidade com esperança e fé, mesmo na presença do sofrimento (FRANKL, 1994).

Ajudar àquele que necessita de cuidado no atendimento das necessidades espirituais exige uma interação efetiva com a enfermagem.

No contexto dessas perspectivas os atores sociais relataram, corroborando com essas afirmativas o seguinte:

> ...da minha crença, da fé, da minha religiosidade, eu procuro me restabelecer para poder transmitir isso para o meu paciente (Fadinha).
>
> Eu tenho muita fé em Deus, através da fé em Deus eu procuro canalizar minhas energias para as coisas que mais gosto (Águia).
>
> A minha espiritualidade que é uma coisa assim importantíssima (Azul).
>
> O padre representa Deus. Representa a importância da espiritualidade, da fé e da força (Orquídea lilás).

Alguns enfermeiros evidenciaram a oração como um recurso no atendimento das necessidades espirituais do paciente, proporcionando mais conforto e fortalecimento espiritual. Através da oração, o ser humano busca a Deus, podendo encontrar um novo sentido para o seu sofrimento, solidão e vida:

> A oração, pra mim é muito importante. Rezar muito, eu rezo mesmo, em todos os momentos, principalmente, quando acordo, quando vou dormir, na minha religião, e durante o meu trabalho, isso me ajuda muito (Esmeralda).

Sobre essa questão, é inquestionável a influência positiva da vivência religiosa no enfrentamento das situações difíceis de vida, uma vez que promove a saúde mental e o equilíbrio interno. A pessoa religiosa supera de forma mais efetiva os desafios circunstanciais de vida, tanto os de ordem interna quanto externa.

Porém, a religião, como experiência existencial, não está centrada em funções tão somente psicoterapêuticas. Primordialmente, a experiência religiosa constitui um fenômeno humano realizador do sentido último da pessoa – a fé (HUF, 2002, p.163).

A religião é sociologicamente interessante, se considerada além da concepção do positivismo vulgar para o qual ela descreve a ordem social, pois, se o faz é de forma não só oblíqua, mas também incompleta. Esta modela a ordem social, tal como o faz o ambiente, o poder político, a riqueza, a obrigação jurídica, a afeição pessoal e um sentido de beleza (GEERTZ, p.136).

A religião oferece cura para o sofrimento, não porque esteja curando a dor física, no sentido biomédico, mas porque oferece ferramentas simbólicas, semânticas, para como sofrer, para a pessoa vivenciar o sofrimento de uma forma inteligível, para que a pessoa coexista, suporte a dor.

Levando em conta as afirmativas acima citadas, nossos atores sociais também reiteram essas afirmações, e as expressam em suas falas e na produção estética conforme a seguir:

> A religiosidade é o meu pilar de sustentação (Águas Marinhas).
>
> A religião é importantíssima, acho que qualquer que seja ela, acreditar em alguma coisa, em um Deus fortalece a gente, (Violeta Branca).
>
> Temos que ter uma religiosidade para que possamos nos renovar e estarmos sempre fortes para ajudar os nossos pacientes. (Plutão)
>
> A religiosidade, mais no sentido de fé. Eu acredito que a pessoa que morre tem um objetivo, por isso as pessoas têm câncer, outras têm outras doenças, outras vivem até os cem anos, outras morrem cedo, tudo como uma forma de aprendizado, por isso a religiosidade ou a fé. (Turco).

Assim, os depoimentos nos sugerem que a religião, muitas vezes, nos oferece uma linguagem do sofrimento, por exemplo, para tolerarmos a morte. Precisamos de uma mediação simbólica para vivenciar esse sofrimento.

O significado da religião como fator de proteção para a construção da resiliência, tem a ver com a tolerância e a superação da experiência do sofrimento. A religião resignifica e imprime um sentido intelectual para esse sofrimento contribuindo para seu enfrentamento.

No que tange à família, os sujeitos dessa pesquisa a consideraram como fator fundamental em sua vida pessoal e na de seus pacientes.

As famílias como agregações sociais, ao longo dos tempos, assumem ou renunciam funções de proteção e socialização dos seus membros, como resposta às necessidades da sociedade pertencente.

Nesta perspectiva, as funções da família são regidas por dois objetivos: um de nível interno, como a proteção psicossocial dos membros, e o outro de nível externo, como a acomodação a uma cultura e sua transmissão. A família deve então, responder às mudanças externas e internas de modo a atender às novas circunstâncias sem, no entanto, perder a continuidade, proporcionando sempre um esquema de referência para os seus membros (MINUCHIN, 1990).

Além dessas funções, Stanhope (1999) acrescenta uma função relativa à saúde à medida que a família protege a saúde dos seus membros, dando apoio e resposta às necessidades básicas em situações de doença. “A família, como uma unidade, desenvolve um sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e doença que são expressas e demonstradas através dos comportamentos de saúde-doença dos seus membros” (STANHOPE, op.cit., p.503).

Para Serra (1999), a família tem como função primordial a de proteção, tendo, sobretudo, potencialidades para dar apoio emocional para resolução de problemas e conflitos, podendo formar uma barreira defensiva contra agressões externas. A família, além do que já foi dito, é um fator importante que se insere e interfere no desenvolvimento da resiliência nos níveis social, acadêmico e emocional.

Como fatores de proteção, são identificados o bom relacionamento familiar, a competência materna, a construção do apego e, conseqüentemente, a internalização do mesmo (CELIA, 1997).

Pontuamos que a união da equipe é o alicerce para a construção dos fatores de proteção deste grupo. A união da equipe e a autonomia estão ligadas muito mais à questão relacional, da interação da equipe, do que à competência técnico-científica! Através dessa união, o grupo se

fortalece nos enfrentamentos cotidianos, minimizando o impacto do sofrimento no cuidar do paciente oncológico. Conforme depoimentos e produção estética, a seguir:

> Uma coisa que eu tenho sempre em minha mente é que vou vencer, sou linda e sempre vencerei. E quando a gente começa a cair, a gente tem um grupo, a gente se une, se fala, falamos com os colegas da instituição que nos ajudam. Nossa união é muito importante. E a gente recomeça um novo dia. (Duda)
>
> E o que facilita o trabalho de todo mundo é a união. Se eu tenho que atender o paciente oncológico, eu não posso atender de uma maneira num setor e de outra em outro! Tem que haver coerência, tem que haver união, principalmente entre o nosso grupo, que é um grupo maior, que é um grupo mais representativo dentro de qualquer instituição da saúde. (Beija Flor).
>
> Coloquei dois caras se abraçando, na representação da amizade do calor humano da união a própria união entre os pares a própria união que a gente tem no setor de trabalho que ajuda (Turco).
>
> Amigos, a presença de amigos dentro da própria instituição e também fora dela. As reuniões que temos nos finais de semana, festas, confraternizações, celebrações, todo o tipo de comemorações é muito bom (Felicidade).

Outro fator relevante para a proteção e conseqüente construção da resiliência identificado por esses enfermeiros foi o conhecimento.

Os dados coletados nos permitem constatar que esse conhecimento construído através da oportunidade de capacitação técnico cientifica oferecido pelo INCA, concretizada pela realização de Cursos de Especialização e Mestrado representa proteção diante do desafio da assistência de enfermagem em oncologia.

Para o International Council of Nurses (ICN), existem forças internas e externas à Enfermagem que tem impulsionado o desenvolvimento das especialidades como: o aumento da complexidade do cuidar, mudanças no sistema de cuidado à saúde e transformações na

necessidade de saúde (principais forças externas) e desenvolvimento do conhecimento e pesquisa em enfermagem, extensão dos limites da enfermagem prática e assuntos relativos à progressão da carreira do "cuidador" (forças internas à profissão). (STETINGA, 1993 apud SANTOS; CESARETTI, 2000 p. 7).

O ICN propõe como conceito para o enfermeiro especialista: "Aquele preparado no nível de uma enfermagem generalista e autorizada a praticar como um especialista, com avançado domínio em raro campo da enfermagem. A prática na especialidade inclui os papéis clínico, de ensino, administrativo, de pesquisa e de consultoria.

A educação pós-básica para a prática especializada é um programa de estudo reconhecido formalmente e construído com base na educação generalista para o enfermeiro, promovendo o conteúdo e a experiência para garantir competência na prática especializada (STETINGA, 1993 apud SANTOS; CESARETTI, 2000 p.7).

No caso do estudo, através do conhecimento técnico - cientifico, os enfermeiros organizam intelectualmente a experiência e o sofrimento emocional e afetivo do paciente. Adicionalmente, a partir de elementos simbólicos do âmbito externo ao hospital, caracterizados pela família, a fé, ocorre uma conjugação de fatores que propiciam a proteção e a construção da resiliência, através da formação de um "escudo protetor" que favorece o entendimento racional da situação do paciente com câncer.

Para que ocorra um processamento afetivo e emocional os enfermeiros precisam do ordenamento intelectual, fornecido pelos recursos simbólicos dos amigos, de fé, da religião, da família, da união da equipe e da gestão.

Assim, os enfermeiros operam essa resiliência em dois níveis, no nível racional técnico, instrumental e de ordenamento intelectual da experiência da dor física do outro e da atuação do profissional nesse contexto nos termos do sofrimento afetivo emocional de si mesmo, pela convivência com o sofrimento físico do outro, que é ordenado intelectualmente a partir de recursos simbólicos de fora, da religião, da família, do conhecimento e dos amigos. Percebemos que nossos atores sociais reiteram essa afirmação, e as declaram em suas falas conforme a seguir:

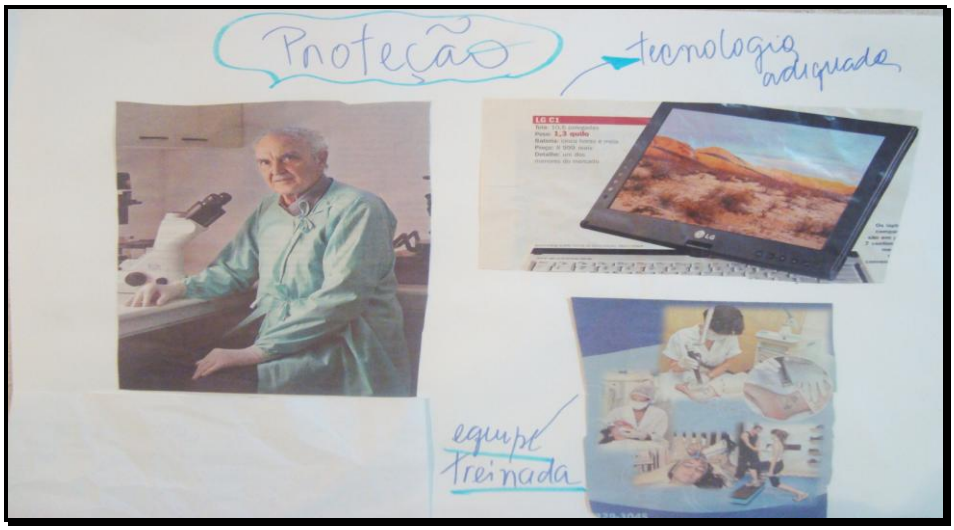
O conhecimento que mesmo com as histórias tristes, dolorosas de sofrimentos, reconheço a importância de me capacitar cada vez mais cientificamente visando proporcionar cada vez mais uma melhor assistência e capacitar outros profissionais. A ciência, porque embora trabalhar com câncer seja um desafio, mas nós somos pesquisadores, somos sonhadores, buscamos o conhecimento, uma solução e alimentamos uma esperança para o controle do câncer (Águas Marinhas).

O constante investimento da instituição no aperfeiçoamento dos profissionais, o investimento de nossa chefia no nosso aperfeiçoamento, de nossa participação de várias vertentes de nossa profissão (Mulher Elástica).

A "autonomia" eu acredito que temos muito! O conhecimento do que fazemos. A credibilidade de nosso trabalho (Sândalos).

Eu acho que o nosso conhecimento nos traz segurança, assim como o respaldo da chefia de divisão e coordenações médicas nas tomadas de decisões. Temos que ter uma religiosidade para que possamos nos renovar e estarmos sempre fortes para ajudar aos pacientes. Também percebo que a união da equipe nos traz força (Turco).

Respeito que a instituição e nossos dirigentes têm por nós. Alegria de ter conhecimento de saber o que temos que fazer para melhor atendermos ao nosso paciente. Suporte institucional e de nossa chefia. (Saraiana)



Eu preciso de uma equipe unida, que me dê apoio que me dê carinho, atenção, porque esse profissional é muito importante neste momento. Experiência do grupo, a equipe que a gente tem sempre que estar passando para o colega a experiência, a importância do equilíbrio da equipe, à equipe treinada à tecnologia de ponta que temos tudo isto é um fator de proteção acho que a gente tem que estar junto neste momento (Girassol da Rússia).

A oncologia é uma especialidade que demanda alta complexidade assistencial durante todo o processo terapêutico, além de requerer dos profissionais de Enfermagem extrema habilidade relacional e afetiva, considerando as necessidades e especificidades dos usuários **(**INCA, 2008 p.70)

Finalizamos ressaltando que o desafio da interação no cotidiano do enfermeiro que assiste ao paciente oncológico é otimizado pela estrutura organizacional do seu ambiente de trabalho e é esta interação do profissional com o seu entorno que irá contribuir para o processo de construção da resiliência desses profissionais.

"Vocês precisam manter a fé, porque sem fé não existe o amor, sem amor não existe a entrega de si e quem não tem a entrega de si não está preparado para cuidar dos que sofrem"

Madre Tereza de Calcutá.

CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto de trabalho da enfermagem em oncologia se traduz num espaço complexo, dinâmico, interativo, necessitando do enfermeiro respostas imediatas, eficientes e eficazes.

Nesse sentido, a discussão do conceito de resiliência como elemento de reflexão e análise no âmbito da enfermagem em oncologia insere alternativas inovadoras na organização social e laboral do processo de trabalho do enfermeiro.

O diagnóstico de câncer determina para o paciente, trajetórias diversas no seu processo de vida, considerando a fragilidade, vulnerabilidade e as terapias demandadas, tornando-se dependente dos cuidados de uma enfermagem especializada. Os profissionais que lidam nesse contexto de cuidado têm como desafio, compartilhar com o paciente, amor, alívio, serenidade, alegria, confiança e esperança.

Dessa forma, o estudo da resiliência nesse cenário sugere um olhar diferenciado para os profissionais que nele atuam na perspectiva da geração de um cuidado de qualidade.

Constatamos a presença da resiliência, na totalidade dos sujeitos convidados a participarem do estudo.

Na busca de compreensão do conceito de resiliência optamos pelas Representações Sociais como ferramenta metodológica, a qual oportunizou além do alcance dos objetivos, uma aproximação entre os atores sociais e a pesquisadora, sendo ainda decisivo para possibilitar às enfermeiras condições favoráveis de expressarem, nos depoimentos e produções as imagens concretas daquilo que é mais subjetivo e indispensável para construção do significado das representações.

A participação dos enfermeiros integrantes na produção dos dados foi intensa, ativa, efetiva e prazerosa, e os mesmos demonstraram interesse nos resultados deste estudo.

Evidenciamos que os enfermeiros participantes têm uma identidade definida, uma marca “um orgulho de ser INCA". São especialistas, gostam do que fazem e construíram sua resiliência no lidar com os pacientes com câncer. Resiliência essa, expressa em suas produções estéticas e em seus depoimentos acerca dos fatores de risco e de proteção na atenção ao paciente oncológico.

Os dados coletados nos possibilitaram identificar os fatores capazes de expressar a resiliência dos enfermeiros participantes deste estudo, sendo a mesma expressa através da identificação dos fatores de risco e de proteção.

Os fatores de risco mais evidenciados foram à jornada de trabalho institucional (40h/semanais), favorecendo a um desgaste físico e emocional, somado a isso a inexperiência dos profissionais recém-admitidos e o descaso político com a saúde no Município do Rio de Janeiro. Os enfermeiros também pontuaram a impotência diante do sofrimento, da expectativa de cura e da situação limítrofe entre vida e morte.

Nesse contexto, o lidar com a experiência de sofrimento foi intelectualmente ordenado e processado, através de recursos simbólicos, caracterizados pela família, pelos amigos, pela fé, pela união da equipe e pelo conhecimento técnico científico. Esses recursos simbólicos construídos por elementos de uma província de significados, não relacionados à biomedicina, traduziram-se como efetivos para a ordenação afetiva e intelectual do sofrimento e da dor física do outro, caracterizando-se como fatores de proteção.

Esses profissionais humanizam o espaço hospitalar trazendo elementos não estritamente técnico-científicos, que ajudam na condução do trabalho, sendo facilitadores e protetores para esse grupo.

Após a análise dos dados, foram evidenciadas três categorias, a saber: *A Fragilidade*, relacionada à doença, que traduziram as representações dos enfermeiros sobre o paciente oncológico; *As Faces da Vulnerabilidade*, que abarcaram os fatores de risco presentes no cotidiano dos enfermeiros e *A Interação*, entendida como fator de proteção presente na assistência ao paciente oncológico. Os dados encontrados neste estudo nos levam a pensar que a resiliência expressa nesses atores sociais é fruto dos fatores de proteção, entendidos neste estudo como "A INTERAÇÃO", existentes numa dada realidade inóspita, identificada neste estudo por "A FRAGILIDADE RELACIONADA À DOENÇA" e por último da existência de uma VULNERABILIDADE essencial, componente mesma, da base conceitual da resiliência.

Estas categorias são a expressão da ancoragem, os discursos estão ancorados nessas perspectivas, na família, na espiritualidade/religiosidade, na união da equipe, na autonomia e no conhecimento técnico científico dessa equipe.

A resiliência dos atores sociais se expressa através da dimensão técnica - cientifica da união do grupo, da interação técnico - administrativa e de outros elementos, como a família e a fé. Através dessa conjugação, eles superam e resistem ao ambiente complexo e adverso do cuidado em oncologia.

Vale destacar que nos surpreendeu o fato dos atores sociais não relatarem em nenhum momento do estudo, os riscos no cuidado do paciente oncológico como, por exemplo, lidar com quimioterapia, com radioterapia, as infecções, os curativos complexos a contaminação e sim pontuarem que o conhecimento os fortalece, permitindo-lhes compreensão desse cuidado de alta complexidade.

Acreditamos que o conhecimento adquirido por esses atores sociais seja a mola propulsora no dimensionamento destes fatores como risco, fortalecendo-os e transformando estes riscos em uma barreira protetora. As informações coletadas sugerem que a especialização se traduz como fator fundamental na construção da resiliência, porque um número bem expressivo de sujeitos são especialistas e tem um grau de qualificação comprovado no grupo.

Apenas um dos trinta sujeitos ainda não possui curso de especialização, porém tem mais de quinze anos na assistência ao paciente oncológico. Será que aqui estaríamos construindo uma evidência? Será que em um cenário, no cuidado ao paciente com câncer, com profissionais não especializados nós teríamos enfermeiros tão resilientes?

A formação do enfermeiro traz diretrizes para trabalhar com a saúde das pessoas e com suas respostas ante as situações de adoecimento. Nesse sentido, traduz-se num desafio propor estratégias de intervenção para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e dos profissionais considerando a fragilidade e o adoecimento, no contexto do cuidado ao paciente oncológico, reconsiderando o que é saudável em meio a tanta fragilidade, apesar do estigma que a doença traz ressignificando assim nossa visão.

Considerando essa perspectiva, a relação de cuidado protege à medida que a interação com o outro é estabelecida e a doença é ressignificada.

Na narrativa sobre o adoecimento dos pacientes, os sujeitos declararam que há envolvimento da equipe e comprometimento na melhoria desse cuidado, ao contrário, eles não seriam capazes de citar com propriedade, sensibilidade e compaixão, conforme o fizeram.

Dessa forma, o espaço hospitalar não pode ser considerado um espaço essencialmente racionalizado, e estritamente técnico científico. Ele deve ser humanizado, agregando elementos que possam trazer alegria, espiritualidade, religiosidade, cura, afeto, amor, compaixão e esperança.

Se de certa forma estamos tentando eliminar uma dor, de certa forma estaremos criando outra, se não cuidarmos melhor desse ambiente e dos profissionais.

Diante do exposto, esse estudo é relevante e emergente da prática e poderá contribuir para a construção do conhecimento da enfermagem em oncologia, nos levando a reconhecer que a prática do enfermeiro na oncologia é dotada de especificidades que congregam a exposição emocional excessiva, o confrontamento de subjetividades em situações limítrofes, a perplexidade interrogativa ante a morte e o viver, gerando a necessidade do estabelecimento de uma prática dialógica, intersubjetiva, alicerçada na ética e na estética das relações e nas múltiplas percepções de uma mesma realidade.

Este estudo poderá contribuir para o ensino, instigando a reflexão dos futuros enfermeiros a assumirem uma postura ética e humanizada, potencializando atributos pessoais e habilidades com vistas à construção de competências profissionais de enfrentamento no cotidiano profissional. Na assistência, produzindo mudanças e inovações que fortaleçam a humanização do processo de trabalho dos enfermeiros em oncologia e desenvolvendo mecanismos sociais e coletivos de superação das adversidades e na pesquisa, difundindo o conceito de resiliência nas investigações da Enfermagem em Oncologia.

Os resultados apontam para a necessidade de realizarmos outras pesquisas em diferentes cenários da prática da enfermagem em oncologia, no intuito de identificarmos quais os processos que propiciam o aumento dos fatores de risco e de proteção para esses profissionais.

Concluindo, ressaltamos que a adoção de estratégias intervencionistas na gestão dos enfermeiros, com vistas à minimização dos fatores de risco e otimização dos fatores de proteção, promovendo o acolhimento e a escuta desses profissionais, irá contribuir para a promoção da resiliência dos enfermeiros e conseqüente melhoria na qualidade da atenção em oncologia.

REFERÊNCIAS

ARIÉS, P. **O Homem diante da Morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **American Journal Public Health**. E.U.A., v.96, n.6, p.1001-6, jun.2006

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 1977.

BOEMER, M. R.; VALLE, E. M. **O significado de cuidar de crianças com câncer – visão das enfermeiras**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.1, n.41, p.56-63, jan./mar. 1988.

.BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.2439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, compreendendo Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.169, 3 set.1998

BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: CONPREV/INCA, 2006.

BULHÕES, I. Riscos do trabalho de enfermagem.2.ed.Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998.

CAMARGO, T. C. **O ex-sistir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: um estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger**. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

CAMARGO, T. C.; SOUZA, I. E. de O. Atenção á mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Cancer III. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 5, 2003.

CARVALHO, M. V. B. o **Cuidar no Processo de Morrer na Percepção das Mulheres com Câncer**. **Uma atitude fenomenológica**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CELIA, S. **Promoção da saúde e resiliencia**. In: Fichtner, N.(org.) Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência: Um Enfoque Desenvolvimental. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

COSTA, A. C. G. **A Resiliência no Mundo do Trabalho.** Belo Horizonte: Modus Faciendi-caderno de textos, 1995, p.9.

D'AURIA, A. **Resiliência reduz riscos de doenças e melhora a qualidade de vida**. 2003. Disponível em: http://www.unoescvda.edu.br/cipa/artigo7.htm., Acesso em: 05/02/2007.
DUALIBI, R.; SIMONSEN, H. **Criatividade & marketing**. São Paulo: Atlas, 2000.

DURKHEIM, E. **Educação e Sociologia**. São Paulo: Melhoramentos, 1978.

DURKHEIM, E. **As Formas Elementares da Vida Religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

. FARR, R. M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (org). **Textos em Representações Sociais.** Petrópolis: Vozes, 1994, p.31-59.

FERREIRA, A. B.H. Novo Aurélio – O Dicionário da Língua Portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FRANKL, V. E. **Logoterapia y análisis existencial:** textos de cinco décadas. 2.ed. Tradução José A de Prado Díez, Roland Wenzel e Isidro Arias. Barcelona: Herder, 1994.

GARCIA, I. Vulnerabilidade e Resiliência. **Adolescência Latinoamericana**, Porto Alegre, v.2, n.3, abr. 2001.

GASPAR P.J.S. Enfermagem profissão de risco e desgaste. **Revista Nursing,** São Paulo, v.109, n.3, p.23-24, 1997.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas.** Antropologia Social .Rio de Janeiro: Zahad Editores, 1978. 323p.

HUF, D.D, **A face oculta do cuidar:** reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem**.** Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer.** Rio de Janeiro. 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Relatório Anual de Atividades de 2007.** Rio de Janeiro: INCA, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Políticas Públicas de Saúde. A PNH na Formação dos Profissionais, na Gestão dos Serviços e nas Ações de Cuidado da Enfermagem em Integração com as Equipes Multiprofissionais na Atenção Oncológica. In: **Ações de Enfermagem para o**

Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3.ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Cap. 3, p.70.

. JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais**.** In: JOVCHELOVITCH, S; GUARESHI, P. **Textos em representações sociais**. Petrópolis Vozes, 1994, p.78.

JUNQUEIRA, M.F.P.S; Deslandes, S.F. "Resiliência e Maus-Tratos à Criança". **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 223-235, jan./fev.2003.

LANCASTER, J. **Enfermagem Comunitária**; Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. 1. ed. Lisboa; Lusociência, 1999.

LEOPARDI, M. T.; RODRIGUES, M. S. P. O **método de Análise de Conteúdo.** Uma versão para enfermeiros**.** Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

LILIENFELD, A M.; LILIENFELD, D. E. **Foundations of Epidemiology.** New York: Oxford University Press, 1980.

LIPP, M.N. Como enfrentar o stress. 5.ed. São Paulo: Ícone, 1998

LONGMAN CORPUS NETWORK´S Longman dictionary of contemporary English. London: Longman Corpus Network, 1995

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em Educação**. São Paulo. EPU, 1986, p. 13.

MELILLO, A. ; OJEDA, E..N.S.(Org.) **RESILIÊNCIA descobrindo as próprias fortalezas**.Porto Alegre – Artmed, 2005. 160 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitative em saúde**. 3.ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITET – ABRASCO,1994. p. 269

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitative em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITET – ABRASCO,1999

MENEZES, M.F.B, **Essas Nativas Enfermeiras: Um Estudo Antropológico Sobre as Enfermeiras Especialistas.** 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 1996.

MINUCHIN, S. **Famílias:** Funcionamento & Tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p.25-69.

MONROE, B.; OLIVIERE,D. **Resilience in Palliative Care**: Achievement in Adversity. USA: Oxford University Press, 2007.

MOSCOVICI, S. **La Psychanalyse son image et son public**. Paris: Presses Universitaires de France, 1961.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar editors, 1978.

MOSCOVICI,S.**Sobre representações sociais**. (Traduzido por Clélia Nascimento Schulze para circulação interna). Núcleo de Psicologia Social, Departamento de Psicologia. UFSC, 1985

MOSCOVICI, S.“**Desenvolvimento Interpessoal”.** Rio de Janeiro: José Olympio, 1998, p. 182.

MOSCOVICI,F.Razão e Emoção: a inteligência emocional em questão. Salvador: Casa da Qualidade, 1997.

OKTAY,J. S. **Breast Cancer**: daughters tell their stories. USA – Canadá : Haworth Press,2005

PAFARO, R.C, MARTINO, M. M.F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.38, n.2, p.152-160, 2004.

PARKIN, D. M., BRAY, F. I, DEVERA, S.S. **Cancer burden in the year 2000**. The global Picture. **European Journal Cancer**, Reino Unido, v.37, p.54-66, out. 2001. Supplement 8.

PESCE, R. P. et al. A**daptação cultural, confiabilidade e validade da escala de Resiliência. Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.2, mar./abr., p. 436-448, 2005.

PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício.** 3.ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

RADÜNZ, V.; SOUZA, A. Cuidando e confortando o cuidador. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.7, n.2, maio/ago. 1998, p. 182.

ROYAS, A.D.V.; MARZIALE, M.H.P. **A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia.** Revista Latino Americana Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n.1, 2001.

RUTTER, M. Psychosocial Resilience and Protective Mechanismo. **American Journal of Orthopsychiatry**, Washington, n.57, p.316-31,1987.

_____“Resilience: Some Conceptual Considerations”. **Journal of Adolescent Health**, Reino Unido., v.14, n.8, p.626-631, 1993.

_____"Resilience in face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder"**. British Journal of Psychiatry**, Londres, n. 147, p.598-611, 1985.

_____"Resilience concepts and findings: implications for family therapy". **Journal of Family Therapy**, Flórida, v.21, p.119-144, dez. 1999.

_____"Stress, coping and development: some issues and some questions. Journal of Child Psychology&Psychiatry, Londres, n.22, p.323-356, 1981.

SÁ, C. P**. A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SÁ, C. P**. Núcleo Central das Representações Sociais.** 2. ed. revista. Petrópolis: Vozes, 2002.

SANTOS, V. L. C.G. ; CESARETTI, I. U. R. Assistência em Estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000.

SCHUTZ, A. **El problema de La realidad social.** Buenos Aires: Amarrortu editores, 1974.

SERRA, J. A diversidade é a maior riqueza. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasilia, v.1, p. 5-6, nov. 1999.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Tradução. Márcia Ramalho. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SÓRIA, D.A.C. **A Resiliência dos Profissionais de Enfermagem na Unidade de Terapia intensiva (UTI).** 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

SÓRIA. D.A.C. et al. Resiliência na enfermagem em Oncologia: uma Temática em Expansão. In X COLÓQUIO PANAMERICANO DE INVESTIGACION EM ENFERMERIA, 27., Buenos Aires.**Anais**...SINADEN, 2007, p. 276.

SOUZA FILHO,E.A. Contribuições da análise de conteúdo ao estudo de construtos representacionais. Psicologia: Reflexão e Crítica, v.4, p.109-115,1989

SPINK, M.J. **O conhecimento do cotidiano: representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993

STANHOPE, M. Teorias e Desenvolvimento Familiar. Lisboa: Lusociência, 1999

STETINGA, S. Stomaltherapy: specialty nursing or special nursing? **World Council of Enterostomal Therapist Journal**, Arizona, v.13, n.4, p.8-9, 1993

TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e Educação**. 2.ed.São Paulo: Cortez, 2001

TURNER, V. W. **Floresta de Símbolos**. **Aspectos do Ritual Ndembu**. Rio de Janeiro: Editora da UFF, 2005.

VARELLA , D.**Por um Fio**.São Paulo:Companhia das Letras, 2004.

WAGNILD, G.M; YOUNG, H.N. Development and psychmetric evaluation of resilience scale**. Journal of Nursing Measurement**, Atlanta, v.1, n.2, p.164-78, 1993.

YUNES, M.A.M. Psicologia Positiva e Resiliência: o foco no indivíduo e na Família. **Psicologia em Estudo,** Maringá, v.8, n.esp. especial, p.75-84, 2003.

YUNES, M.A.M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: Noção, Conceitos Afins e Considerações Críticas**.** In: TAVAERES, J. (org.) **Resiliência e Educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

ZAIDHAFT, S. Morte e Formação Médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1990.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Enfermeiros na Oncologia – superando as dificuldades na assistência de enfermagem através da resiliência.

Nome do Voluntário: _____

Estamos realizando um estudo com o intuito de ampliar o conhecimento e a discussão na enfermagem sobre a resiliência nos enfermeiros do INCA-HCI e por esse motivo você está sendo convidado a participar dele. Para que você possa decidir se quer ou não participar deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVO DO ESTUDO: Os nossos objetivos com este estudo são selecionar os enfermeiros resilientes na assistência de enfermagem em oncologia; identificar os fatores de risco e de proteção presentes no cotidiano da assistência ao paciente oncológico; analisar como os fatores de risco e de proteção são enfrentados pelos enfermeiros que atuam na assistência ao paciente oncológico e discutir como se expressa a resiliência entre os enfermeiros que atuam na assistência ao paciente oncológico.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Se você concordar em participar deste estudo, após sua autorização, faremos a coleta dos dados em dois momentos. Primeiramente aplicaremos a escala de Resiliência (Wagnild), escala esta já validada culturalmente no Brasil e num segundo momento faremos uma dinâmica de criatividade e sensibilidade.

Este momento será gravado e fotografado, sendo posteriormente transcrito e entregue para você, a fim de que possa ler na íntegra seus depoimentos, analisar seu conteúdo, visualizar as fotos dos trabalhos produzidos e, ainda, fazer as modificações que julgar necessárias. Será mantido todo o sigilo sobre a identidade dos participantes do estudo.

MÉTODOS ALTERNATIVOS: Não existem métodos alternativos a participação neste estudo. Caso não seja do seu interesse participar, basta não assinar este termo de consentimento, e nenhum dado seu será coletado e nenhum outro procedimento relacionado ao estudo será realizado com a sua pessoa.

RISCOS: Não existem riscos físicos caso você participe ou não deste estudo. Porém algum desconforto emocional poderá ocorrer pelo fato da participação na dinâmica de criatividade e sensibilidade.

Fique à vontade para sempre que necessário interromper o procedimento e conversar com a investigadora do estudo que irá responder a todos os seus questionamentos.

BENEFÍCIOS: Este estudo poderá não trazer nenhum benefício imediato a você, mas com ele poderemos entender melhor como a resiliência auxilia nas dificuldades encontradas no cuidar de pacientes oncológicos e traçar metas que melhorem a assistência a futuros pacientes.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS: O seu acompanhamento durante todo o estudo será feito pela investigadora principal, Enfermeira Ailse Rodrigues Bittencourt, nos telefones: (21) 2506-6151 ou (21) 9484-6036.

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS: Além da investigadora principal, seus registros poderão ser consultados pelo Comitê de Ética do Hospital do Câncer I / INCA e equipe de pesquisadores envolvidos.

Seu nome não será revelado ainda que informações de seus registros sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação que ocorrerão independente dos resultados obtidos.

CUSTOS (Ressarcimento e indenização): Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento para o voluntário pela sua participação no estudo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO: É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento, sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, a equipe deve ser comunicada e a coleta de dados relativos ao estudo será imediatamente interrompida.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS: Nós estimulamos a você a fazer perguntas a qualquer momento do estudo. Neste caso ligue para a Enfermeira Ailse, investigadora principal. Se tiver perguntas com relação a seus direitos como participante de estudo clínico, também pode contar com uma pessoa imparcial, a Coordenadora do Comitê de Ética do Instituto Nacional do Câncer, Dra. Adriana Scheliga – Rua: André Cavalcanti, 37, tel: (21) 3233-1410.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA: Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo.

Entendo que sou livre para aceitar ou recusar a participação neste estudo, e também que posso interromper a qualquer momento a minha participação, sem nenhum tipo de penalidade.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____ ____ / ____ / ____
(Assinatura do sujeito da pesquisa) dia mês ano

_____
(Nome do sujeito da pesquisa – letra de forma)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao enfermeiro indicado acima.

_____ ____ / ____ / ____
(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento) dia mês ano

APÊNDICE B

"A Resiliência dos Enfermeiros na Assistência ao Paciente Oncológico"

Roteiro dos Encontros

Número do Encontro:_____ Total de participantes:_____
Participantes:_____

I- Introdução: 20 minutos

- Apresentação: Do pesquisador e da Moderadora.
- Apresentação dos Objetivos do encontro
- Definição de resiliência – pela pesquisadora
- Jogral com texto do Dráuzio Varella – A Vertigem, para estimulá-los e incentivá-los a reflexão sobre o cuidado do paciente oncológico- pela moderadora.
- Lido e Aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido aos enfermeiros participantes.

II- Metodologia da Produção das Representações: pela Moderadora.

- Música de fundo: Kenny G e Richard Clayderman.

✓ Material oferecido: cola, papel A2, hidrocor, revistas, tesouras

✓ Os enfermeiros irão representar por meio de corte/colagens ou desenhos os seguintes questionamentos: Represente o cliente oncológico (30 a 40 minutos) e represente os fatores risco e os fatores de proteção na assistência ao paciente oncológico.

✓ Terminadas as representações, cada enfermeiro irá expor que sentido ele atribui a suas representações (seus desenhos): 5 min.p/ cada um.

III- Encerramento: Ao término da exposição das representações será lida uma mensagem de agradecimento ao grupo e será oferecido um lanche para confraternização. Todo material construído pelo grupo será recolhido.

APÊNDICE C

ESCALA DE RESILIÊNCIA

"A Resiliência dos Enfermeiros na Assistência ao Paciente Oncológico".

Codinome: _____

1. Identificação:

Nome: _____

Idade:_____ Qualificação_____

Tempo de formado:_____ Tempo de atuação na Oncologia:_____

Religião:_____ Estado Civil:_____

Nº de Empregos:_____ Nº Filhos:_____

Setor de Lotação Atual :_____

Por favor, envolva o número que indica o quanto você concorda ou discorda de cada item.

1 = Discordo Totalmente.
7 = Concordo Totalmente

1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.

1 2 3 4 5 6 7

2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.

1 2 3 4 5 6 7

3. Eu sou capaz de depender de mim mais de qualquer outra pessoa.

1 2 3 4 5 6 7

4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.

1 2 3 4 5 6 7

5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.

1 2 3 4 5 6 7

6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.

1 2 3 4 5 6 7

7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.

1 2 3 4 5 6 7

8. Eu sou amigo de mim mesmo.

1 2 3 4 5 6 7

9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.

1 2 3 4 5 6 7

10. Eu sou determinado.

1 2 3 4 5 6 7

11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.

1 2 3 4 5 6 7

12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.

1 2 3 4 5 6 7

13. Eu posso enfrentar tempos difícies porque já experimentei dificuldades antes.

1 2 3 4 5 6 7

14. Eu sou disciplinado.

1 2 3 4 5 6 7

15. Eu mantenho interesse nas coisas.

1 2 3 4 5 6 7

16. Eu normalmente posso achar motivos para rir.

1 2 3 4 5 6 7

17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difícies.

1 2 3 4 5 6 7

18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.

1 2 3 4 5 6 7

19. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras.

1 2 3 4 5 6 7

20. Ás vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.

1 2 3 4 5 6 7

21. Minha vida tem sentido.

1 2 3 4 5 6 7

22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre eles.

1 2 3 4 5 6 7

23. Quando estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.

1 2 3 4 5 6 7

24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que tenho que fazer.

1 2 3 4 5 6 7

25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.

1 2 3 4 5 6 7

APÊNDICE D

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

À Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital do Câncer I - INCA – MS.

Eu, Ailse Rodrigues Bittencourt (COREN – RJ 41321), aluna do curso de Mestrado Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), solicito autorização do Hospital do Câncer I, para realização de minha pesquisa.

A pesquisa é intitulada **"Enfermeiros na Oncologia – Superando as Dificuldades na Assistência de Enfermagem Através da Resiliência"**, sob a orientação da Professora Dra. Célia Antunes Chrysóstomo de Souza, e Co-orientação da Professora Denise Assis Corrêa Sória ambas orientadoras da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) da UNIRIO, e tem por objetivo identificar a partir das Representações Sociais, os fatores de risco e de proteção para os enfermeiros na assistência ao paciente oncológico e analisar como os fatores de risco e de proteção se fazem presentes no cuidado ao paciente oncológico, com vista a estabelecer o perfil do enfermeiro em oncologia. A mesma será realizada através da coleta de informações em dois momentos e aplicação da escala de Resiliência (Wagnild), já validada culturalmente no Brasil. Trata-se de uma proposta de estudo de natureza qualitativa descritiva, com enfoque nas Representações Sociais.

Será respeitada a Resolução 196/96 em todos os seus aspectos.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2007.

_____

Célia Antunes Chrysóstomo de Sousa (orientadora professora EEAP / UNIRIO).

_____

Denise Assis Corrêa Sória (co-orientadora professora EEAP / UNIRIO).

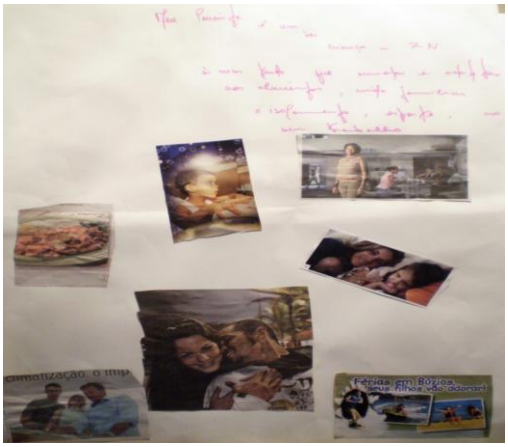
_____

Ailse Rodrigues Bittencourt (autora do Projeto / UNIRIO).

ANEXO A

LISTA DE ILUSTRAÇÕES RELATIVAS ÀS IMAGENS E DEPOIMENTOS

SARAIANA Nº 1



Como você vê o paciente oncológico?

É uma criança um recém nascido, que precisa de ajuda de apoio, vulnerável. Tendo que mudar sua vida por conta da doença. Tendo que mudar e adaptar-se aos alimentos, ao esporte, ao trabalho sua vida familiar, é um ser em isolamento precisando muito de todos nós.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

Muita dificuldade de lidar com a dor, com as deformações de imagem do paciente, com suas lesões, necessitando de cuidados. A baixa estima do paciente. E a convivência com tanto sofrimento. Tristeza e perdas. Lidar com esse olhar de dor e de perda.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

Minha vida espiritual. O amor. Meu trabalho que é muito legal é o meu sustento é o meu segundo lar ou até às vezes o meu primeiro lar. Respeito que a instituição e nossos dirigentes têm por nós. Alegria de ter conhecimento de saber o que temos que fazer para melhor atendermos ao nosso paciente. Suporte institucional e de nossa chefia.

MOCOTÓ Nº 2

Como você vê o paciente oncológico?

Um paciente muito sozinho, muitas das vezes abandonado pela família sem saber o que fazer, mas que sempre encontra em nós, em nossa equipe, alguém para dar a mão, para sorri, e para poder levar a vida em frente, junto com a família.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

É cruzar os braços, você sempre tem um desafio, mas nunca pode cruzar os braços e não vê. Às vezes não podemos apaziguar, dar a paz para este doente que precisa. Precisamos nos entender, entrar em consenso para resolver o problema desse paciente.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

Eu acho que o trabalho de equipe, a família, faz com que você nunca esteja sozinho numa hora de desespero ou que enfrente qualquer eventualidade, qualquer situação que impacte seu desenvolvimento. A união da equipe é fundamental, ela sempre nos protege. A família é muito importante.

JADE Nº 3

Como você vê o paciente oncológico?

O paciente em tratamento oncológico sente-se desesperado com as fases do tratamento, medo do desconhecido sem saber o que vem a seguir.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

O paciente oncológico resume câncer em morte acha que não vai conseguir superar todas as fases da sua doença. Altera o psicológico com queda da auto-estima. E isso nos deixa bem intranqüilas. A morte a negação pela doença, o desespero do paciente, isso me deixa bem abalada.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

Na fase da aceitação, o mesmo sentimento de proteção da família, proteção e harmonia da equipe que cuida, confiança, fé e harmonia surgem, a esperança de melhor qualidade de vida. Harmonia da equipe, proteção, fé, amigos são importantes para superar tudo.

PLUTÃO Nº 4

Como você vê o paciente oncológico?

Um paciente que ao saber que do diagnóstico, ele fica sempre achando que a vida dele esta por um fio, porque a própria doença já o marca como se estivesse condenado à morte. Ele se torna uma pessoa muito pensativa, vazia, solitária, mas no fundo ele ainda tem uma esperança, tem um horizonte a seguir dentro daquela trajetória. Eu percebo o paciente oncológico sempre como se ele fosse um paciente terminal, por ser o câncer uma doença que não tem cura e apesar de todo o tratamento e procedimentos realizados, muitas das vezes sem êxito traz uma frustração enquanto profissional.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

Percebo como risco a superlotação que vivemos freqüentemente em nossa unidade hospitalar, a que dificulta o nosso serviço e o relacionamento com o paciente e o acompanhante, pela limitação de leitos vagos nas clínicas de origem, muitas das vezes tendo que interná-los fora da clínica, aumentando o seu tempo de permanência na emergência, ocasionando a revolta dos mesmos, o que refletirá negativamente nas relações da equipe , paciente e familiar .

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

Eu acho que o nosso conhecimento nos traz segurança, assim como o respaldo da chefia de divisão e coordenações médicas nas tomadas de decisões.

Temos que ter uma religiosidade para que possamos nos renovar e estarmos sempre fortes para ajudar aos pacientes.Também percebo que a união da equipe nos traz força.

ÁGUAS MARINHAS Nº 5

Como você vê o paciente Oncológico?

Frágil, pensativo, temeroso, um paciente que vive em busca de uma força religiosa, um pilar que ele possa se sustentar. O paciente é um guardião de sonhos, porque os sonhos se traduzem em vida. Sonhos que envolvem a família, projetos de vida, esperança, alegria e que muitas vezes, estes são interrompidos quando chega o diagnóstico do câncer.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

O descaso político com o paciente, com a rede SUS no Brasil. O individualismo, muitas vezes eles visam prestar individualmente uma assistência baseada em conhecimentos próprios, não valorizando o conhecimento multidisciplinar. Contudo, não possuem espírito de equipe. Porque ninguém presta uma assistência especializada individualmente. O jogo da vaidade com poder, a necessidade de mostrar quem é o melhor. A morte – a morte ainda me agride, por mais que a religião me sustente, eu vejo a morte ainda como uma decepção, uma cessação de sonhos, de planos e de quem tem a vida toda pela frente para conquistar. Vejo isso muito presente nas crianças com câncer, cada vez mais prematuras, bebês e jovens. Uma vida que muitas vezes não sabemos por que acontece a doença. O que me agride fortemente hoje é a ganância pelo poder, porque ela afasta o real objetivo do bem estar do doente e uni mais, cada vez mais o egoísmo e o individualismo.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

A religiosidade, é o meu pilar de sustentação. Trabalhar com o paciente oncológico requer muita energia e um esforço muito grande.Quem cuida exige respeito. O conhecimento que mesmo com as histórias tristes, dolorosas de sofrimentos, reconheço a importância de me capacitar cada vez mais cientificamente visando proporcionar cada vez mais uma melhor assistência e capacitar outros profissionais. A admissão de pessoas desqualificadas para assistir o paciente oncológico. A ciência, porque embora trabalhar com câncer seja um desafio, mas nós somos pesquisadores, somos sonhadores, buscamos o conhecimento, uma solução e alimentamos uma esperança para o controle do câncer.

CANELA Nº 6

Como você vê o paciente Oncológico?

Como uma esponja bicolor, de dois lados, um lado mais grosso em cima e um lado mais macio em baixo. Porque eu coloquei uma esponja? O significado desse paciente que tinha uma vida, vamos dizer assim, "normal", até aquele momento, e a partir daquele momento (da doença) ficou áspero, ficou difícil para ele.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

Algumas coisas que eu tentei buscar, em determinados momentos, eu não sei se de repente, por falta de um preparo melhor profissional, eu sinto dificuldade de lidar com determinadas situações. Só a vivencia do cotidiano, não é o suficiente para se ter conhecimento necessário para estimulá-lo, e tirá-lo daquela situação difícil. E o tempo, às vezes é insuficiente, principalmente para nós que somos gerentes, que temos diversas atividades, envolvidos com muitas coisas, principalmente nós que estamos trabalhando nas enfermarias, temos dificuldades de estarmos mais próximos dos leitos, e em determinadas situações não nos envolvemos o suficiente, é outro fator que dificulta um pouco. E outras inúmeras coisas que precisamos fazer!

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

Em relação às facilidades, a disposição do paciente para a aceitação, o paciente por estar fragilizado, vulnerável, naquele momento difícil da vida, principalmente dentro da clínica que eu trabalho (C.P.), ele fica muito receptivo, qualquer um que chega perto dele, ele quer abraçar, pegar, o que você fala para ele é o mundo. Acho que isso facilita a proximidade dele. Outra coisa que favorece muito é minha forma de convívio com as pessoas, minha empatia, ou seja, de que forma eu vejo aquele ser humano que está ali, tentando sempre vê-lo, de forma holística, isso favorece muito. E claro, por gostar muito de tudo que eu faço, adoro o que faço, gosto muito de lidar com as pessoas, independente de ser paciente ou não, isso facilita bastante.

TURCO Nº 7

Como você vê o paciente oncológico?

Eu coloquei aqui uma um desenho estigmatizado de um homem cheio de rato em cima, e de uma criança chorando, propositadamente partida no meio, porque como é que eu vejo o paciente oncológico, exatamente isso, uma pessoa com uma pressão muito grande em cima dela e triste e dividida. Essa é minha representação.

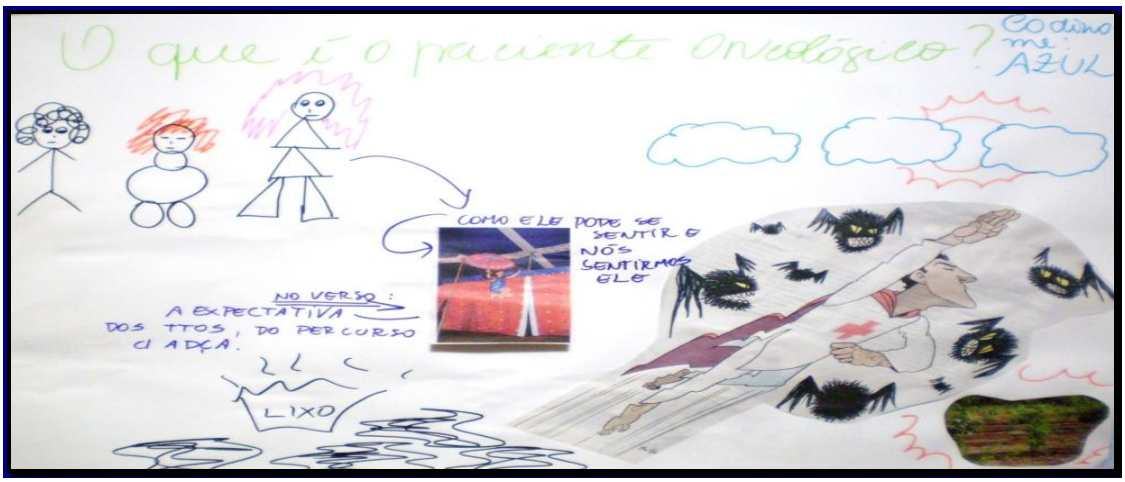
O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

Todos os obstáculos que agente tem que transpor na vida – inclusive o próprio obstáculo da comunicação com o paciente. Também muitas vezes é difícil a comunicação com o acompanhante, a comunicação entre os colegas, e as nossas guerras cotidianas, não só as nossas guerras grandes como aquelas que a gente vive, tanto dentro da gente quanto com as pessoas a nossa volta.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

A calma de um ambiente com uma música, por exemplo, como estava aqui, um lugar que a gente possa relaxar o próprio relaxamento que a gente faz em casa, os trabalhos de relaxamento. Coloquei aqui uma viagem, é sair espairecer ir a lugares conhecer coisas bonitas. Coloquei dois caras se abraçando, na representação da amizade do calor humano da união a própria união entre os pares a própria união que a gente tem no setor de trabalho que ajuda. A religiosidade, mais no sentido de fé. Eu acredito que a pessoa que morre tem um objetivo, por isso as pessoas têm câncer, outras têm outras doenças, outras vivem até os cem anos, outras morrem cedo, tudo como uma forma de aprendizado, por isso a religiosidade ou a fé.

AZUL Nº8



Como você vê o Paciente Oncológico?

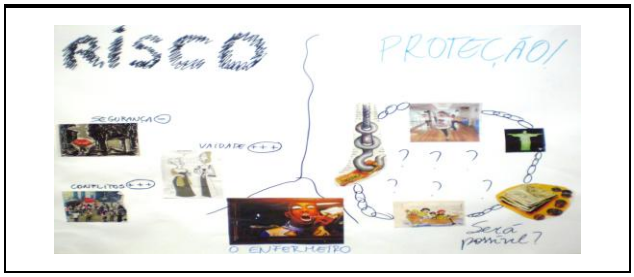
Para mim o paciente oncológico é uma pessoa como eu. Quando recebe a notícia da doença e por todos os tratamentos que ele vai passar, é como se ele andasse em uma corda bamba em que ele pode cair para um lado ou para o outro. Um grande expectador, do seu sucesso do seu prognóstico, de como ele vai reagir a tudo isto, e neste cenário todo. Como se ele fosse um super herói, uma pessoa que tenta alcançar o céu, a melhora, a cura, o progresso, diante de várias outras complicações, os bichinhos aqui que mostra como se ele fosse uma plantinha mesmo, que estivesse renascendo que tivesse tentando virar uma grande árvore de novo.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

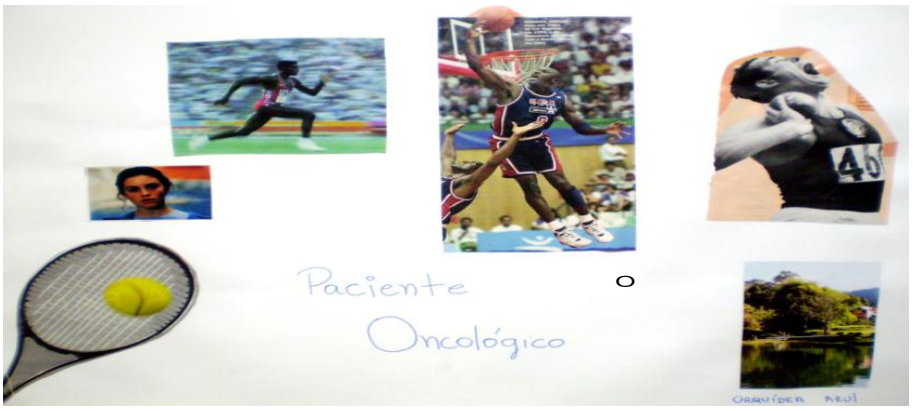
É a falta de segurança do profissional, com relação ao material e ao relacionamento. A questão da vaidade, o excesso de vaidade que às vezes dificulta muito a comunicação, faz com que a gente perca algumas oportunidades de dar uma assistência melhor, os conflitos da nossa categoria profissional, do nosso sistema mesmo que a gente vivencia dentro do nosso hospital.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

É o lazer, a dança que é a que recarrega a minha bateria mesmo, a minha espiritualidade que é uma coisa assim importantíssima, a minha família, a minha equipe, bem entrosada bem coesa, para que a gente possa fazer um trabalho legal, o dinheiro, a consciência, no sentido de que quando eu saio da minha casa e venho para cá, você vai fazer melhor, e achei essa figura aqui entre essas duas, entre risco e proteção que vejo o enfermeiro muitas vezes como um artista, no sentido não de disfarçar, mas sim de tentar modelar cada situação para que você consiga dar o melhor de si dentro do seu trabalho, dentro da tua interação com a equipe com o teu paciente.



ORQUÍDEA AZUL Nº9



Como você vê o paciente Oncológico?

Como eu vejo o paciente oncológico, como esta bola é impulsionada para um local desconhecido, onde no primeiro momento é o paciente se abate, se deprime e depois ele começa a correr contra este prejuízo que foi lançado para ele, é tentando vitórias mesmo sofrendo em busca de um local como esse aqui, seja aqui com a gente ou em outro plano. É assim que eu vejo o paciente oncológico.

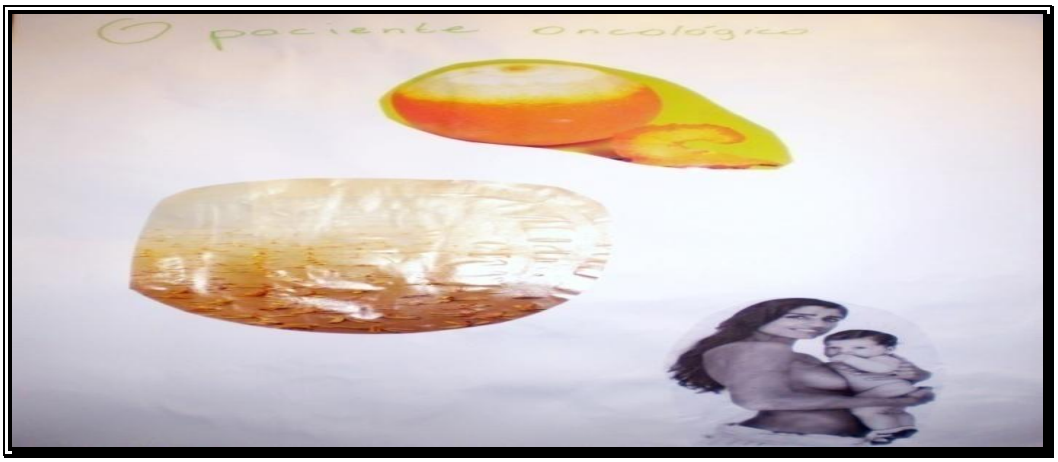
O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

Para mim é, eu realcei sofrimento ao lado, sofrimento ao lado não são os outros pacientes não, são os familiares que me fazem aumentar o meu grau de resiliência, é porque quando além desse paciente estar sofrendo, o meu grau ser aumentado estar por ele, eu ainda tenho que aumentar para os outros acompanhantes, parentes ou amigos.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

Sempre ter alguém para me acolher de alguma forma quando eu saio deste ambiente hospitalar, de braços abertos e com muito amor.

DUDA Nº 10



Como você vê o paciente oncológico?

Como se tirasse alguma coisa dele, ele perde o chão, e ele ainda tem que passar por um caminho desconhecido que é o tratamento em si. O estigma da doença, o medo, e eu o vemos como uma criança, que precisa de cuidado, de acolhimento, compreensão, porque ele está extremamente desamparado, e sem os pés no chão.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

Os fatores de risco para mim é quando a gente vê o paciente, e está impossibilitado de fazer mais alguma coisa, oferecer mais algum tipo de tratamento, e nós não temos o que oferecer mais, a não ser o nosso apoio, nossas palavras, nossas mãos, tudo que puder vir da gente. Quando ele envolve a gente, como se a gente fosse parte da família dele, isso para mim é um risco, pois eu sofro com isso.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

Como fatores de proteção eu tenho a fé, o lazer, minha família, isso tudo me ajuda. Uma coisa que eu tenho sempre em minha cabeça, que eu vou vencer que eu sou linda e sempre vencerei. E quando a gente começa a cair, a gente tem um grupo, à gente se une, a gente se fala, falamos com os colegas da instituição que nos ajudam. Nossa união é muito importante. E a gente recomeça um novo dia

.

CLEÓPRATA Nº11

Como você vê o paciente Oncológico?

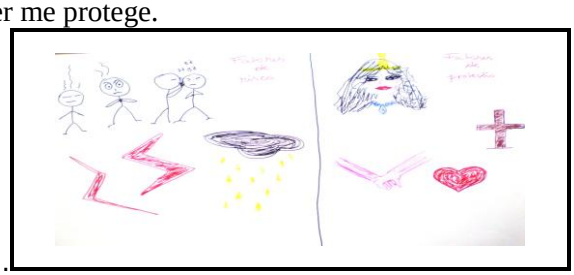
Isso aqui retrata na minha visão o que é a vida, é a natureza, ela é colorida, principalmente as plantas, os animais, o sol, e acima de tudo acima de todas as coisas, a liberdade de ser dono de si, de dizer principalmente que é dono de quem, dentro da sua vida acho que é isso. Ele vê a vida pela janela, ele tem essa moldura em torno da vida, ele esta distante daquilo que ele sabe que existe, que ele viveu um dia, mas que o lado dele hoje preto e branco, mas ele carrega , ele sabe o preço disso, ele sabe o peso disso, mas ele carrega, e com o pé fora do chão, ele perde seu chão, ele não tem mais esta liberdade, ele não tem mais esta cor, ele não tem mais essa vida que existe , ele sabe que existe , não é mais a dele.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

As intrigas, a vaidade, toda essa onda de energia ruim, que é gerada pelo ser humano, então nesse ambiente de vaidade, de intriga, olhão, isso é medonho, isto é o ser humano, e nós somos feito disto, e é o que rola entre nós, infelizmente. As tensões, isto são raios, as tensões políticas, eu não posso ter expectativa também, eu não posso fazer planos, comprar coisas a longo prazo, de adquirir bens, de fazer uma longa viagem, eu não posso que a qualquer momento eu também to na corda bamba. O ambiente nebuloso pra mim é um fator de risco, afeta o meu desempenho.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

O meu fator de proteção em primeiro lugar sou eu mesma. A minha fé, principalmente a minha espiritualidade, a minha espiritualidade é absolutamente fundamental sem isso não dá, o meu ambiente de trabalho é o meu fator de proteção esta dentro da minha espiritualidade. Eu tenho uma tarefa para cumprir ali, eu quero ter a certeza de que vou cumprir da melhor forma. O amor pelo que eu faço, mas eu amo o que eu faço mesmo, sempre que eu mudo aquilo que eu faço, e ai eu mudo de amores pelo novo sempre. E o meu grande fator de proteção a amizade, sempre a amizade a harmonia, as mãos dadas, amigo é o meu fator de proteção, então agente tem que vencer isto aqui, pra poder conseguir chegar aqui, pra eu poder me protege.



ORQUIDEA LILÁS Nº 12

Como você vê o Paciente Oncológico?

Vejo de uma maneira frágil como graveto e forte como um tronco de árvore. O tronco da árvore representa as expectativas e as reações ao tratamento**.**

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

A mulher fechando a boca traduz a dificuldade de lidar com os valores do paciente, a aceitação do paciente e familiar diante da palavra "câncer". As mãos esfregando uma na outra significa a ansiedade de estar desenvolvendo um trabalho produtivo e eficaz, recebia o plantão, e com a maior delicadeza, atenção e porque não dizer paixão pelo o que fazia me ensinava na passagem de plantão. Então a ansiedade é um fator de risco. As máscaras representam as reações de cada paciente à quimioterapia e radioterapia, infecções e cirurgias. Representam o desconhecido pós-descoberta do câncer.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

Vou começar pelo fator de proteção.A praia representa o lugar que mais adoro.Lindo e cheio de energia. Os cremes, vestidos e comida (restaurante) são sinal de rejuvenescimento.Representa a beleza.O valor demonstrado ao cuidado ao paciente no próprio autocuidado. Atividade esportiva, como caminhar para diminuir o stress. Sexo e família fatores primordiais de atenção, carinho e satisfação. O padre representa Deus.Representa a importância da espiritualidade, da fé x força.

GOLFINHO Nº 13

Como você vê o paciente oncológico?

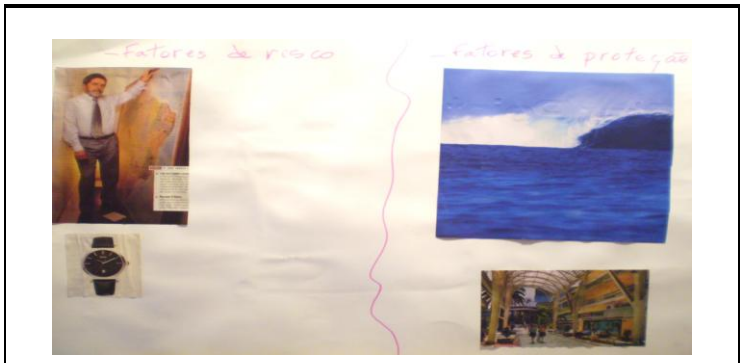
Vejo como uma criança, que precisa de cuidados, que nem uma criança que em toda fase ela está mudando, ela está precisando de cuidado. Então os nossos pacientes, vão passando por fases, e em cada fase a gente têm que dar uma atenção e um cuidado maior. São pacientes extremamente sensíveis, vulneráveis e a gente precisa muito cuidar deles.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

É a política do governo,quando há falta de materiais, falta de medicamentos. As condições sócio econômicas de nossos pacientes que não lhe permite comprar medicamentos, pois os medicamentos são caros. A sobrecarga de atendimento em nosso trabalho, nossa carga horária de 40h, essa sobrecarga vai gerar estresse para o profissional e assim diminuir a qualidade da assistência prestada ao paciente. E isso me preocupa, pois essa pessoa que cuida, daqui a pouco vai ficar também doente e precisando de cuidado.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

É a natureza que é DEUS, nos momentos de maiores críticas, quando eu estou dentro do hospital trabalhando é que eu me reporto para um lugar de praia, porque isso recarrega minhas baterias eu vou buscando aquilo no meu momento de instabilidade, para que eu possa prestar boa assistência ao meu paciente. Ir ao shopping, lugares que tenham muitas pessoas sorrindo, brincando, sem se preocupar com nada, comprando, felizes, com energias boas, então isso me da felicidade, me dá energia, e eu recarrego minhas baterias para poder estar bem de novo para os meus pacientes.



ORQUÍDEA Nº14

Como você vê o paciente Oncológico?

O paciente oncológico chega aqui! Pensando que não terá retorno de nada! Só sofrimento! É como se estivesse afundando no rio com o seu carro, nós e a família querendo resgatá-lo. Às vezes são resgatados outras vezes não! Todos nós aprendemos com essas histórias e experiências em nosso dia a dia. E esse dia a dia está nos mostrando que o paciente nos observa e nos dão retorno dessa observação. Eles e nós buscamos o equilíbrio, muitos conseguem outros não. O próprio paciente nos vê, quando não estamos mais alegres. Mesmo com a perda desse paciente, a família e nós profissionais temos um aprendizado.

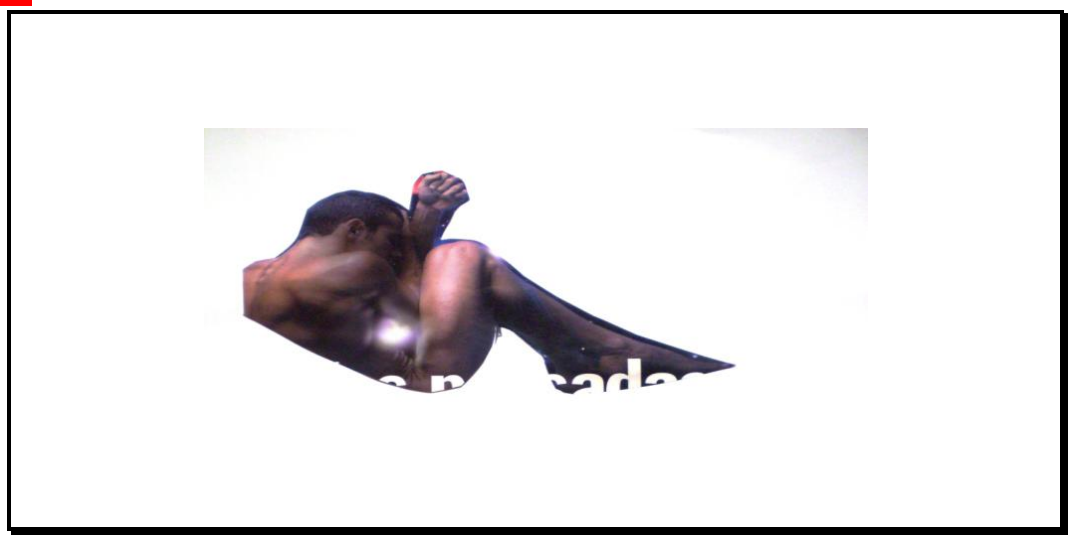
O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

O nosso sistema de saúde hoje é triste, partido, desorganizado, isso me desanima me deixa em risco. Sinto-me um funcionário desrespeitado, pois para cuidar dos nossos pacientes oncológicos temos que ter uma boa estrutura, um bom preparo psicológico. A chegada de novos funcionários públicos pelo concurso, sem preparo, sem equilíbrio, isso dificulta muito o nosso dia-a-dia. Muitas vezes é mais fácil você calar do que você demonstrar ou falar algumas palavras. O desrespeito a mim como funcionária de saúde, "que as pessoas vêem como desumanos", sem calor humano, com frieza. Não é isso que fazemos e é isso que a mídia prega sobre nós. Sem preocupação com o outro, que está ao nosso lado e que não conhecemos e quanto aos líderes maiores os governantes, que ditam as ordens, sem se preocuparem conosco os menores, que estamos sempre na linha de frente. Os governantes ditam suas ordens e quem sofre somos nós profissionais.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico.

Nós profissionais buscamos o equilíbrio, que é muito difícil. Muitos conseguem outros não! A reconstrução de uma nova vida. A gente acha algumas vezes que não tem mais esperança, mas tem! Acolhimento: eles e nós profissionais também gostamos de acolhimento. Quando estamos bem fortificados conseguimos dar atenção aquele paciente que precisa de atenção, e passar a nossa real missão! Consciência de que todos nós somos importantes na equipe. A vida dele pode ser cortada ou não! Mas também ele pode iniciar uma reconstrução da vida. Esperança de oferecer um tratamento a tempo. Enfrentar esses obstáculos a cada dia e a cada minuto, buscando crescimento, encorajando uns aos outros,.. Porque as coisas mais importantes que o ser humano tem em sua essência é ajudar uns aos outros. E como uma criança que é sempre a esperança de nossa profissão de estar sempre crescendo e do paciente que vem até nós pedir um socorro e uma atenção.

RAIO DE SOL Nº 15



Como você vê o paciente Oncológico?

É um momento que ele volta para dentro de si mesmo, por isso essa figura em posicionamento fetal. Justamente por todas as dificuldades que talvez ele esteja imaginando, por todo pré-conceito que a doença tem, o estigma que ela traz com ela! Ele se sente desprotegido. O paciente oncológico é um ser humano, holisticamente falando. O momento do diagnóstico e tratamento o deixa inseguro. A posição fetal significa a segurança, pois intra-útero é o ambiente "mais seguro", que ele perdeu, justamente por todas as dificuldades inseridas no contexto e que refletem em todos os campos da vida do ser humano.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

Cuidar das pessoas que perderam o bem maior, a saúde, e poder trazer conforto, esperança e ser fundamental em sua recuperação, ajudar no tratamento dele. A insensibilidade dos governantes. A falta de compromisso de alguns membros na equipe de saúde, isso me angustia profundamente. A falta de corporativismo da categoria de enfermagem. A vaidade de muitos profissionais. A disputa de poderes. A falta de humanidade de alguns membros da equipe. A política da instituição.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

Aí eu me volto para os meus valores pessoais: A minha fé; a esperança de vida, de um dia melhor O conhecimento técnico científico que eu adquiri e posso aplicá-lo. O comprometimento que eu tenho com esse doente, apesar de não estar hoje em dia próximo a ele, mais sei que o que o meu trabalho reflete na melhoria do tratamento dele. O reconhecimento do meu paciente. A parceria com alguns colegas do serviço. O reconhecimento da minha chefia imediata do trabalho que a gente faz. A minha vida particular, a minha família, os meus amigos. A oportunidade de trabalhar em um hospital oncológico e ser funcionária pública, que eu acho que foi um prêmio divino. Atender a necessidade do paciente e ver esse paciente sempre como ser humano antes de mais nada.

4. 7 Nº 16

Como você vê o paciente oncológico?

Uma pessoa que recebe a notícia de sua doença e fica extremamente triste, começa a ver tudo escuro, como se as coisas estivessem de cabeça para baixo. A vida dele vai mudar, embora muitas das vezes ele não entenda da doença. Ele vive oscilando como se estivesse em uma corda bamba, dias melhores dias piores, no curso de todo seu tratamento. Dentro de tudo que lhe é oferecido por nós, eu o vejo como uma criança, porque sempre tem esperança. O seu pouco entendimento faz com que ele se sinta desta forma, e todos os dias com expectativas novas, de mudar tudo, melhorar, mesmo aqueles que estão mais graves, mesmo assim vejo-o como uma criança, sempre com muita esperança no futuro.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

É o envolvimento que eu possa ter com esse paciente, com a família, e ele tem todo um contexto familiar, social. Você vai se envolvendo, e aquele doente não é apenas o doente. Ele tem uma família, um pai, uma mãe, por vezes filhos doentes, pais idosos. Ele mesmo já vinha na vida com dificuldades de emprego, enfim quando você começa a compreender tudo a volta dele, você acaba se envolvendo pessoalmente, e o profissional fica comprometido, porque essa pessoa tem dor, e muitas vezes você não consegue resolver esse problema. Então você sofre, começa a ter um desgaste, isso compromete o meu trabalho, me desgasta junto aos meus pacientes.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

A fé, eu acho que a fé é o que me sustenta, e a maioria dos profissionais aqui da instituição, Às vezes a gente não encontra explicação para muitas coisas e a gente atribui a uma questão divina. Outra coisa é os meus pés no chão, quanto a resposta e os tratamentos que fazemos, porque aquele paciente que está muito bem hoje amanhã poderá não estar. Ele pode morrer e você tem que ter plena consciência, de que ainda assim você fez o melhor, e que realmente Deus sabe de todas as coisas. A religiosidade é muito importante, as questões familiares e o lazer também têm que ter lazer. Temos que passar esse afeto, coisa de ter fé para os nossos pacientes, independente da religião, isso ajuda a nós e a eles.

TURMALINA Nº17

Como você vê o Paciente Oncológico?

Eu trouxe os olhares dos pacientes, o que representa o paciente oncológico, o olhar das pessoas me diz muita coisa, um olhar mais sofrido e o olhar mais fixo que passa menos sofrimento, no momento que o paciente tem o diagnóstico ou já está com a doença instalada ele fica se questionando, essas figuras aqui são questionamentos, eles pensam como vai ficar a família, no que fez no que ele podia ter feito, no que ele não vai fazer. Nessa foto tem uma pessoa se olhando no espelho,como se quisesse se ver através do espelho ou enxergar algo mais que o espelho pudesse dizer, e tem atrás como se fosse uma família, como se ele tivesse pensando na família, porque na realidade é um turbilhão de pensamentos, e na hora que você cuida do paciente, cada paciente é diferente, você olha , você sente tristeza, você sente medo, e de acordo com o tipo de olhar é que você vai abordar o paciente.

O que é risco para você no cuidado do paciente oncológico?

Como fator de risco eu trouxe uma paisagem negra, nebulosa, às vezes a gente sai daqui muito sugada, eu principalmente saio muito sugada, não sei se por causa da troca de olhares, suga muita energia, e eu fico com medo, de que isto sugando a minha energia eu não possa trazer o melhor tratamento para o paciente, dar o que ele precisa, de apoio, de proteção, nem digo tecnicamente, mas que tecnicamente a gente consegue desenvolver bem é você vê-lo como um indivíduo, se não vira técnico somente.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

Temos alguns profissionais passando por este sofrimento com os seus familiares, eu saio daqui com esta convicção,de que o futuro é aqui e agora, acho que é o que me protege. E busco esta proteção na família, eu chego em casa olho para os meus filhos sorriso, nos planos, a gente vê o futuro no olhar da família e na paisagem porque eu me recarrego muito com paisagem, eu gosto muito de natureza então eu procuro sempre estar sempre vendo uma paisagem, vendo o céu, o mar me recarrega me fortalece.

SANDÂLUS Nº 18

Como você vê o paciente Oncológico?

Como se fosse eu! Uma pessoa como eu! Que hoje está bem, que naquele momento está com a doença, mas que eu tenho que tratá-lo, que vê-lo, que respeitá-lo, que observar as minúcias como se fosse eu! Principalmente porque eu lido com o paciente anestesiado! Então quer dizer, eu sou ele, então eu sou os olhos dele, os sentidos dele, eu tenho que zelar pela proteção dele, eu não posso deixá-lo despido, apesar de ele estar dormindo, poderia, mas não! Principalmente naquele momento ali no centro cirúrgico, na sala de recuperação pós anestésica, em que o paciente, sua vida, está totalmente entregue em nossas mãos e nas mãos dos demais profissionais! Como se fosse eu!

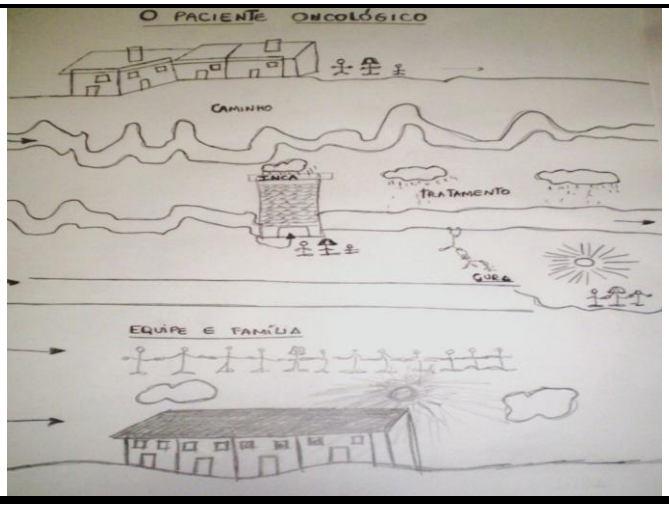
O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

O processo de seleção que há pouco tempo ocorreu no INCA. Esse processo não foi muito adequado na seleção de profissionais de enfermagem, nos enfraquecendo muito no trabalho de toda equipe. O processo de compras, por licitações, isso demora isso gera muita dificuldade. Distancia entre a ação e a decisão, a ação está aqui e muitas das vezes a decisão está em Brasília, essa distancia nos enfraquece. A política e mudanças de governo. Quantidades de chefias. Fragmentação de tarefas - eu faço isso eu só faço aquilo! E por último o Individualismo.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

A democracia dentro do meu ambiente de trabalho. O aprendizado que nós temos isso nos fortalece muito! A comunicação entre pares e superiores. A “autonomia” eu acredito que temos muito! O conhecimento do que fazemos. A credibilidade de nosso trabalho. Os equipamentos e materiais muitos deles para a terapia que prestamos, eles nos facilita muito. O nosso dever cumprido. O nosso relacionamento. Solucionar problemas somos muito bons nisso. E o nosso trabalho em equipe, exemplificou um caso de bom resultado pelo trabalho de toda equipe de enfermagem em solucionar um problema.

LILI Nº 19



Como você vê o paciente Oncológico?

Na casa dele, com a família. Ele descobre que tem a doença, e começa a seguir um caminho tortuoso. Chegando até o INCA tudo é escuro. A família fica "pendurada", durante o tempo do tratamento, e ele carrega junto à família! Depois do tratamento a coisa começa a clarear aí ele começa em um caminho, mais seguro mais retinho. Aí aparece o Sol, que dá uma iluminada, é época da cura, ele já consegue o tratamento isso é conseguido através do trabalho em equipe e da família. Essa junção de equipe e família dá a ele a volta à vida, que é a casa já com Sol, cor, com nuvens.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

Para mim o risco ou o que enfraquece é a morte, independente se a gente tem experiência ou trabalha a muitos anos no INCA. Acho que a morte nós ainda não conseguimos resolver em nossa cabeça. Ansiedade todos nós sofremos disso, a ansiedade de ver o paciente melhorar de ver o paciente se recuperar. Tristeza, a gente vê muita tristeza. Solidão a gente vê quando eles passam, e são largados no hospital pelas famílias. E novamente a morte, uma coisa muito difícil!

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico.

A facilidade é que o cuidado fortalece e regenera tanto o paciente quanto o profissional, ele estimula ambos, faz amigos, cura, traz realizações, para ambos. Isso tudo é uma forma de fazer amigos, fazer uma equipe se unir e ser feliz com o que faz.

FADINHA Nº20

Como você vê o Paciente Oncológico?

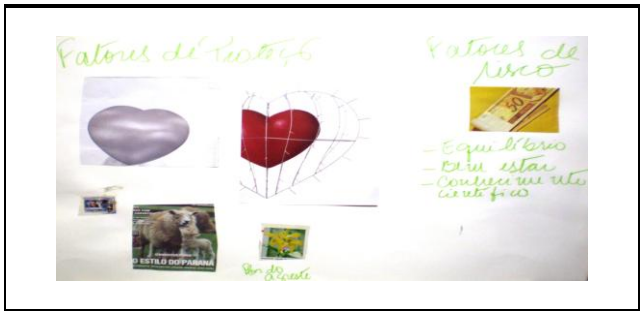
Com rosto na verdade sem face, sem expressão, sem olhar, às vezes um olhar vazio, às vezes um olhar tão longe da realidade, sem expectativa, tanto física, emocional, espiritual, nesse momento a fé, o amor, os valores que ele numa vida inteira preservou pode sustentado. Quando a gente perde a nossa saúde, aí sim, a gente se encontra num mar completamente revolto, e sozinho, e que a gente começa a mergulhar, a gente começa a ser sugado por uma força que a gente nem conhece e que vai cada vez mais se afundando

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

O desequilíbrio para o enfrentamento da doença. Eu tendo que ter um equilíbrio muito grande, eu tenho que estar muito bem por que eu só vou passar alguma coisa para o paciente. Com a doença, de certa forma, ele ficou com o coração, com todos os valores cercados de espinho, às vezes ele tem uma mágoa, às vezes ele cria um rancor, um sentimento tão negativo, que nós temos que tentar de tudo para que ele retire isso. A falta de dinheiro para mim é um risco.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

Minha ginástica, eu gosto muito do verde, eu gosto muito do mar, da minha crença, da fé, da minha religiosidade, eu procuro me restabelecer para estar podendo passar isso para ele. Principal é o amor, com a minha dedicação, com o meu profissionalismo. O conhecimento é muito importante. Carinho, um aconchego, de estar chamando ele pra gente, e mostrar a ele, que mesmo em lugares muito áridos, muito insanos, consegue nascer flores, ver uma beleza dentro dessa realidade. Temos que estar sempre renovando, temos que estar sempre procurando nos fortalecer eternamente nas nossas crenças, para a gente poder estar sempre renovado e pronto, pra atender o próximo.



GIRASSOL DA RÚSSIA Nº 21

Como você vê o paciente oncológico?

Como alguém que não sabe o que vai acontecer com ele. Ele se entrega totalmente ao risco. Passivo, esperando o que vai acontecer com ele. Na expectativa do desconhecido. Ele se vê em um momento muito pensativo, o que vai acontecer comigo? Medo do desconhecido. Com necessidade do carinho e de amor da família e da equipe, para que juntos possamos vencer este obstáculo da doença.

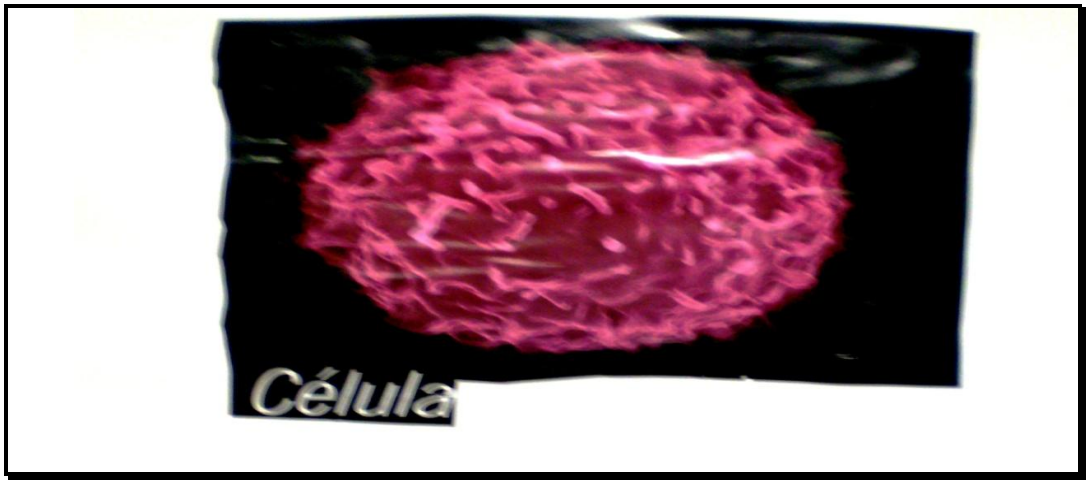
O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

Eu me entrego totalmente ao risco, esperando o que é o que será que vai me acontecer e a expectativa do desconhecido. A falta de harmonia, a falta de equilíbrio nos momentos difíceis, de estar ali sempre dizendo vamos continuar, que vai ser possível. E a falta de material adequado, isto traz um grande transtorno, o equipamento, a falta do respirador, a família, os familiares trazem um desequilíbrio muito grande para a equipe porque eles querem coisas que nós às vezes não podemos oferecer, quer atenção, querem respostas que às vezes é difícil, nós não temos muitas das vezes essas respostas.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

È o carinho e amor da família, qual de nós não precisamos de uma família, de uma equipe junto de nós para vencermos estes obstáculos que a doença nos traz. Eu preciso de uma equipe unida, que me dê apoio que me dê carinho, atenção, porque esse profissional é muito importante neste momento. Experiência do grupo, a equipe que a gente tem sempre que estar passando para o colega a experiência, a importância do equilíbrio da equipe, à equipe treinada a tecnologia de ponta que temos, tudo isto é um fator de proteção acho que agente tem que estar junto neste momento. O lazer a dança é muito importante me dá proteção.

MARGARIDA Nº22



Como você vê o paciente oncológico?

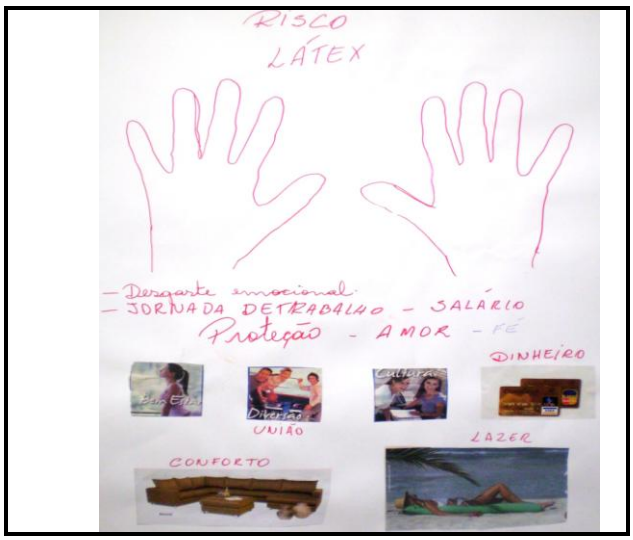
Eu vejo um paciente oncológico como uma célula como um todo, é muita coisa que engloba o paciente oncológico, é a doença o sentimento, família, mas é tudo isto que já foi falado por todos. É uma pessoa, um paciente, é um ser humano é o sofrimento, é tudo como um todo, é um ser que sofre.

O que é risco para você no cuidado do paciente oncológico?

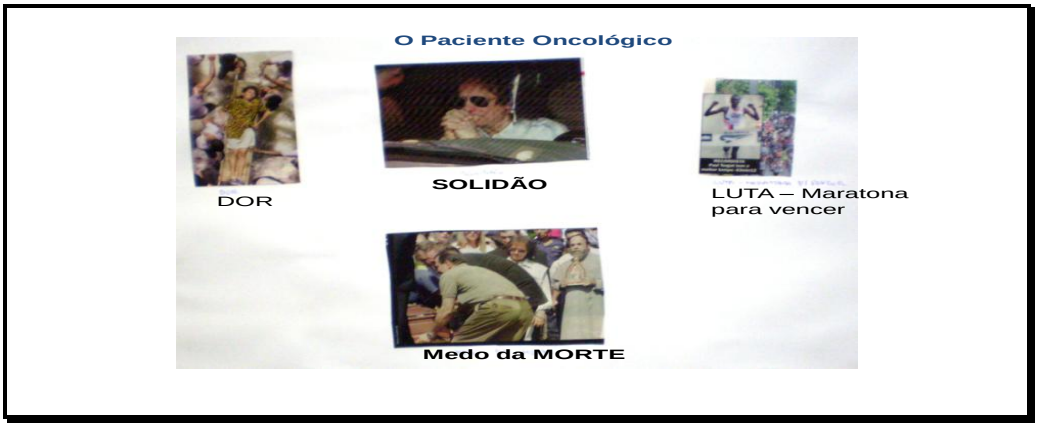
O meu risco quando cuido do paciente oncológico é o látex que é o meu maior risco, é botei também o desgaste emocional, jornada de trabalho (40 horas de trabalho), salário, foi o que eu considero como fator de risco, é que quando fala em látex é um problema sério, mas passou (estava emocionada e chorou).

O que é proteção para você no cuidado do paciente oncológico?

Eu coloquei, amor fé, bem estar, união de todos nós, cultura, dinheiro, conforto e lazer.



VIOLETA BRANCA Nº23



Como você vê o paciente oncológico?

Representa entre uma figura à dor, eu vejo o paciente com dor mesmo, e uma equipe sempre cuidando tentando melhorar este estado dele. A solidão eu acho que a doença é uma coisa solitária, mesmo que tenha a família em volta, os amigos, mas é o paciente é muito solitário. O medo da morte sempre constante desde que ele recebe o diagnóstico, a morte aquele medo está ali presente o tempo inteiro, e ao mesmo tempo eu vejo aqui também como uma maratona uma luta para viver, e ele fica o tempo todo durante o tratamento correndo atrás da saúde dele, pra trazer de volta.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

Desestímulo, é medo do que vamos encontrar aqui a cada dia de trabalho. O que eu vou encontrar naquele meu dia, aquele paciente, ou mesmo aquele funcionário, no meu caso, como ele vai estar, uma equipe doente, desgastada, e quem esta trabalhando começa a se desgastar e aumentar o trabalho, e a convivência com a morte constante, quem trabalha com o paciente oncológico esta constantemente com a morte em volta,eu acho que é um fator de risco.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico

Uma equipe é unida, solidária, eu acho que isto é importante, uma equipe forte, um ajuda ao outro, no emocional, a religião é importantíssima, acho que qualquer que seja ela, acreditar em alguma coisa em um Deus fortalece agente, a família sempre é o equilíbrio é o que nos dá o equilíbrio no dia a dia, quando agente volta para casa, o amor, e eu encontrei a figura do Dr Kogut, e eu acho que uma gerência assim é que agente confie, que seja participativa nos ajuda, nos da estimulo para vir trabalhar, confiança, esperança, acho que a gerência é importante neste sentido, portanto um fator de proteção.

BEIJA FLÔR Nº24

Como você vê o paciente Oncológico?

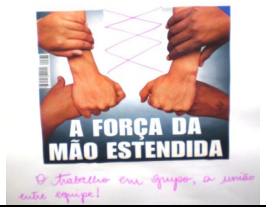
Quando eu vejo um paciente chegar à primeira vez na instituição, eu vejo no rosto dele estampado é pavor, dor, solidão, medo, carência. A carência de tudo, de afeto, de informação, de respostas positivas. A gente sabe que nem sempre a gente tem essa resposta positiva para dar, mas você tem que maquiar a resposta, e convencê-lo que você está ali para fazer o melhor para ele. Então eu o vejo assim como numa corda bamba. No limite entre a vida e a morte e desesperado atrás de soluções. Quem tem um diagnóstico de câncer tem quase um atestado de óbito nas mãos, é isso que é vendido, é essa mesmo a realidade. Então eu o vejo como uma pessoa desesperada e apavorada.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

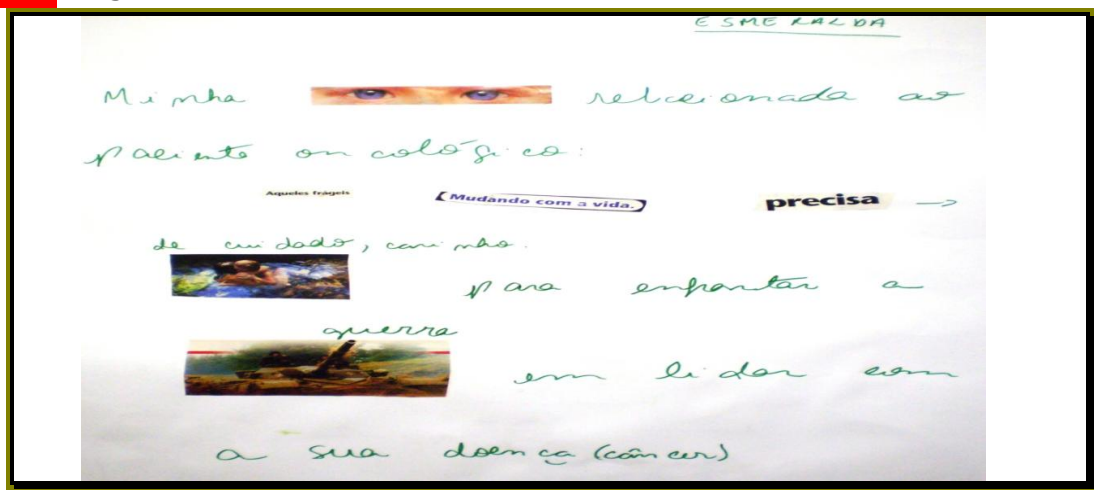
Eu coloquei a figura do Ritler, mas embaixo está escrito "Cuidado com a propaganda enganosa" ,então uma propaganda enganosa no nosso caso, esbarra na burocracia, esbarra no nosso trabalho, não só da gerência, como na assistência ao cliente, isso é o maior empecilho, para mim isso é que me mata é a falta de coerência, às vezes das informações de nossos superiores que a gente tem, não digo da minha chefia, mas a minha também é subordinada. Então a gente recebe essas informações truncadas, até essa informação final chegar, passar por filtros, isso atrapalha muito o seu e o meu trabalho.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

E o que facilita o trabalho de todo mundo é a união. Se eu tenho que atender o paciente oncológico, eu não posso atender de uma maneira num setor e de outra em outro! Tem que haver coerência, tem que haver união, principalmente entre o nosso grupo, que é um grupo maior, que é um grupo mais representativo dentro de qualquer instituição dentro da saúde, e é o grupo que tem mais dificuldade dessa união.



ESMERALDA Nº25



Como você vê o Paciente Oncológico?

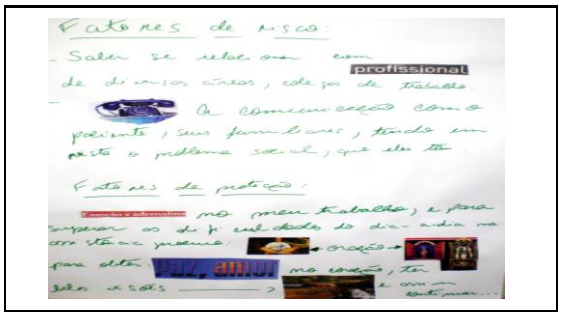
Eles são frágeis, eu os vejo como criaturas frágeis mudando com a vida, muita coisa muda, e precisa de cuidado e de carinho. Ele precisa de carinho, para enfrentar a guerra e a lidar com a sua doença, porque a guerra é relacionada a tudo, porque ele pensa, ele vem com um passaporte para a morte, ele já vê o câncer como um passaporte para a morte, é isso que ele pensa, é uma guerra que ele vai enfrentar daqui para frente. Então essa é a minha visão.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

Saber se relacionar com profissionais, de diversas áreas. Questões de materiais, tecnologia, mas o relacionamento interpessoal é muito difícil. Competição, ao invés, de ajuda. A comunicação, não só assim com os pacientes seus familiares, tendo em vista os problemas sociais que eles têm, o relacionamento que agente vai ter com ele, e também essa comunicação com esses profissionais. Isso é um fator de risco muito grande, importantíssimo que gera grande estresse aumentando nossa adrenalina.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

A oração, pra mim é muito importante. Rezar muito, rezo mesmo em todos os momentos, principalmente quando acordo, quando vou dormir, na minha religião, e durante também no trabalho, isso me ajuda muito, e pra obter paz e amor, mesmo em uma situação difícil do dia em lidar com os colegas, lidar com pacientes, familiares, agente consegue ainda no final disto tudo ainda sorrir. É paz e amor no coração e ter belas visões. A natureza e o dinheiro, porém a gente não está aqui só para ganhar dinheiro não, mas também, para dar um pouquinho para as pessoas que precisam.



ÁGUIA Nº 26

Como você vê o Paciente Oncológico?

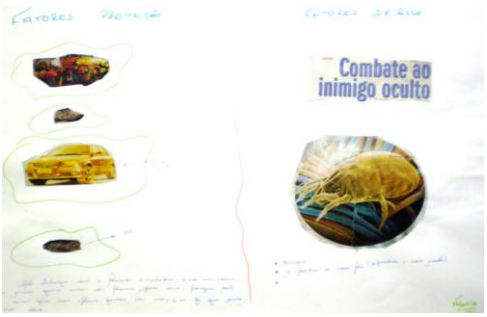
Eu peguei o olhar desse bebe meio que perdido no horizonte, mas ele esta tentando se achar, eu vejo o nosso paciente oncológico dessa forma, quando ele recebe o diagnóstico de que ele está com câncer, eu vejo como um ser que precisa de cuidado, de proteção, de atenção, ele precisa ser ouvido e fazer com que ele consiga interagir, porque isto é muito difícil. Ajudar a perder o medo do desconhecido, porque é um processo novo em nossa vida, é algo desconhecido , e tudo que é desconhecido nos causa medo. E muitas das vezes ele perde um pouco da identidade, o paciente cirúrgico, ou até mesmo os clínicos, que fazem algum tipo de tratamento eles podem perder um pouco da identidade, porque as vezes usam um dispositivo,cirurgias mutiladoras e eles acabam perdendo muito daquilo que ele preservou a vida inteira .

O que é risco para você no cuidado ao Paciente Oncológico?

Um bichinho, porque pensei assim a doença, combater o inimigo oculto que é a doença,. Então,o que muitas das vezes nos atrapalha, é a política do nosso país, nós temos muitos percalços, que nos atrapalham.

O que é proteção para você no cuidado ao Paciente Oncológico?

Quando eu saio daqui, eu quero ter certeza do meu dever cumprido. Eu tenho muita fé em Deus,através da fé em Deus, e assim eu procuro canalizar as minhas energias para as coisas que mais gosto. Flores, adoro ganhar flores, então penso em flores, eu penso em jóias. Penso nessas coisas boas.



MULHER ELÁSTICA Nº 27

Como você vê o paciente Oncológico?

Um paciente desesperado, naquele primeiro momento de diagnóstico! Depois esse mesmo paciente começa a questionar. O que? Por quê? Como? Às vezes faz perguntas que você não consegue responder! E em outras situações, a gente troca de posição com esse paciente. Às vezes ele te da lição de vida, te responde perguntas, e alguns, que depois de passar por essas duas fases, se tornam verdadeiros campeões! Outros chegam aqui como campeões, se desesperam e depois fazem perguntas! Então, essa é a forma que eu vejo! E às vezes, a gente vai tentar consolar, mas aí ele tem uma espiritualidade, uma vivencia, uma coisa assim tão grande, que ele responde as suas perguntas, e consola você! É isso, a gente aprende, a gente aprende muita coisa!

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

A má qualificação dos profissionais, que aconteceu nesse último processo seletivo público. Aí você observa que por uma falta de compromisso e interesse dessas pessoas. Outra coisa que também me enfraquece muito é na hora de lhe dar com o desespero do paciente e dos familiares diante da morte iminente, para mim é muito difícil! A impotência diante de casos teoricamente tratáveis, mas sem boa evolução. As complicações com o paciente e ele não consegue superar! Isso me frustra muito, pois quando ele chega à gente vê o diagnóstico e fica feliz, pois naquele caso tem uma condição melhor, aí ele não responde ao tratamento, isso gera uma frustração!

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

O material disponível em quantidade e qualidade. Quem tem outro emprego, vê o quanto aqui é bom!; A boa interação entre as equipes multiprofissionais. O constante investimento da instituição no aperfeiçoamento dos profissionais, o investimento de nossa chefia no nosso aperfeiçoamento, de nossa participação de várias vertentes de nossa profissão. A gente está lá na cabeceira, na gerencia,dando aulas, levantando dados, pesquisando, e uma coisa leva a outra, vai para a enfermaria, vê o paciente, volta e rever os dados que você levantou em seu setor, e então você tem a resposta ! Isso para mim é muito estimulante e eu gosto muito! O retorno de alguns pacientes já em controle, embora o nosso paciente chegue com aquele desespero, dizendo que vai morrer, e claro, que temos um índice alto, mais muitos não morrem, e eles voltam lá em nossa enfermaria para nos ver! E isso é muito bom! Isso é muito bom para mim!

FELICIDADE Nº 28

Como você vê o paciente Oncológico?

No primeiro momento que ele tem a notícia de que esta com o diagnóstico de câncer, ele se sente no ar , por isto eu trouxe o astronauta, que ele fica sem chão, então ele flutua, para saber onde ele se encontra, e no decorrer do tratamento onde tem uma incógnita, se ele vai ter cura ou não, se ele vai ter sucesso nos tratamentos. Eu acredito que ele seja um sobrevivente. Muitas vezes a cada etapa do tratamento ele sobrevive, porque não sabe até que ponto vai parar de existir.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

A corrida do dia a dia, algumas pessoas que dependem de dois ou três empregos, na corrida, não podendo parar para dar uma atenção especial ao paciente, muitas vezes ele quer só é se fazer ouvir, e nós temos muita dificuldade também de parar, então eu considero isto como um fator de risco, não só para o profissional que muitas das vezes perde esta capacidade de ouvir. A intolerância das pessoas, do profissional, dos acompanhantes, dos pacientes, e tudo isto se torna um fator de risco, porque, a tendência é você adoecer. O maquinário hospitalar que é um fator de risco, a partir do momento que você não o tem, tanto o profissional como o paciente ele sofre por ele saber que existe tecnologia que não pode ser utilizada.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

A família, que se você não tiver uma base familiar não consegue trabalhar numa instituição como o INCA. Amigos, a presença de amigos dentro da própria instituição e também fora dela. As reuniões que temos nos finais de semana, festas, confraternizações, celebrações, todo o tipo de comemorações é muito bom.

LÁBIOS E MEL Nº29

Como você vê o paciente oncológico?

Como uma caixinha de surpresa. Um paciente assustado, com medo, totalmente dependentes e às vezes até alegre, mesmo com a sua doença. Com atenção e carinho o paciente poderá superar barreiras e se tornar um guerreiro, que a cada dia vença a sua luta e ao fim consiga a cura ou pelo menos uma morte digna.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

Ausência e Omissão de muitas pessoas que trabalham com a gente, não só no fazer, mais o por não fazer, te trazendo insegurança, por você não poder contar com essa equipe. A falta de comprometimento de muitas pessoas que estão ali, sem realmente ter vontade de estar e de atender o paciente; A segregação de tarefas prejudica; O tempo, o tempo que nem sempre a gente tem e que é necessário para atender da melhor forma o nosso paciente.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico.

É o reconhecimento dele, verbal e não verbal. Alegria , a alegria que eu acho, traz para o ambiente uma forma mais leve de se tratar, uma doença tão difícil, que te traga tanta coisa negativa. A espiritualidade, que eu acho que tem que estar sempre presente e seus valores. O comprometimento de toda equipe, para que o paciente atinja o melhor ali dentro, tenha o melhor atendimento. A estrutura que tem por traz da gente desde a administração de nossa chefia . O amor entre todo mundo. A união, acho que isso já vem desde sua família.

GIRASSOL Nº 30

Como você vê o paciente Oncológico?

O paciente oncológico pra mim é também representado por uma criança que acabou de nascer, só que uma criança especial que ela vai se renovando a cada segundo de vida. É esse bebezinho que eu represento o paciente oncológico, o ser que chegou e para as mãos da gente, que temos que proteger, que temos que ajudar, um ser vulnerável, dependente de nós.

O que é risco para você no cuidado ao paciente oncológico?

Os meus fatores de risco maiores é o meu cansaço, é o meu cansaço por que eu saio muitas das vezes daqui, a gente é sugada e se dá também , para mim muito difícil esse cansaço, E a outra coisa, este é o principal fator de risco pra mim, quando a gente já teve um familiar e acometido por esta doença , tem uma hora que a pessoa está sozinha, sozinha consigo mesma, eu passei uma experiência com um familiar , mas teve uma hora que eu não consegui enfrentar o olhar dessa pessoa, é um olhar em direção a ela mesma, ao fundo dela, e acho que a gente vê isto nos nossos pacientes, moribundos ou não, a gente vê. Penetrar no mundo deles , este limiar é que eu não sei muito bem separar.

O que é proteção para você no cuidado ao paciente oncológico?

É minha fé em Deus, primeira coisa, sem isto não poder ia transmitir para os pacientes aquilo que eu procuro transmitir, a força e o carinho. A força dos colegas que eu tenho no hospital do câncer, no meu ambiente de trabalho, é o que me fizeram continuar caminhando e ajudando os pacientes, que eu tenho paixão por estes pacientes e também tenho paixão pelo que eu faço, adoro estudar, mas eu adoro cuidar, acho que cuidar para mim vem em primeiro lugar, e também a força no meu núcleo familiar, que hoje é pequeno , que é meu pai , meu marido, meu pai tem um problema muito sério e eu chego em casa tenho que ser enfermeira,no trabalho e enfermeira em casa.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo