

Anamaria Moreira Pinto

A realidade da mutilação do câncer: as repercussões psicossociais dos profissionais de saúde diante das ostomias intestinais – uma visão antropológica

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Kenneth Rochel Camargo Jr.
Co-orientadora: Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro

2004

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

A Realidade da Mutilação no Câncer: *as repercussões psicossociais dos profissionais de saúde diante das ostomias intestinais – uma visão antropológica*

ANAMARIA MOREIRA PINHO

Rio de Janeiro- RJ

Agosto de 2004

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

P654

Pinho, Anamaria Moreira.

A realidade da mutilação no câncer: as repercussões psicossociais dos profissionais de saúde diante das ostomias intestinais - ~~uma visão antropológica~~ / Anamaria Moreira Pinho. - 2004.

120f.

Orientador: Kenneth Rochel Camargo Jr.

Tese (doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social

1. Câncer intestinal - Teses. 2. Ostomizados - Cuidado e tratamento - Teses. 3. Pessoal da área médica - Aspectos psicológicos - Teses. 4. Enterostomia - Teses. I. Camargo Júnior, Kenneth Rochel. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.34-006

*“Neste mundo, tudo que vive tem um começo e um fim.
Entre o começo e o fim é o tempo da vida.
Nascimentos e mortes acontecem sem cessar, com a vida entre os dois.
Isso é verdadeiro para tudo que vive: para plantas, pessoas,
Pássaros, peixes... para todos os animais...
Mesmo para o menor inseto.
Nada do que é vivo existe eternamente neste mundo.
A duração da vida depende das criaturas e da existência que elas levam.
Algumas vezes elas ficam doentes ou se machucam.
Na maior parte do tempo isso é passageiro, mas às vezes elas são gravemente
machucadas ou tão doentes que elas morrem.
É isto pode acontecer quando são jovens ou velhas...
Não se sabe quando“.*
(Mellone & Ingpen)

DEDICATÓRIA

Mais uma etapa da minha missão nesta vida foi concluída: o Curso de Doutorado. Muitas foram as barreiras encontradas, mas todas foram vencidas. No momento em que me encontrava mais desestimulada, o Grande Mestre colocou dois anjos em meu caminho que sem eles este trabalho não estaria concluído: Kenneth e Roseni. O meu muito obrigada a vocês dois que me “adotaram” no momento que eu me encontrava órfã de orientação pedagógica.

Durante quatro anos duas pessoas estavam ao meu lado – como sempre estiveram todos os minutos e segundos de minha vida – ,me dando força, apoio e até mesmo ajudando em que podiam na elaboração desta Tese, mesmo não sendo a área de saber delas: minha mãe e minha irmã. Muito obrigada por tudo que eu tenho e sou na vida. Devo isto, em primeiro lugar, ao Grande Mestre, em segundo lugar a vocês duas e ao meu querido pai, que infelizmente não está presente encarnado em mais esta etapa de minha vida, mas sei que do Plano Astral ele vê tudo, e me conforta nos momentos de aflição.

Agradeço ao José que me deu a jóia mais rara e preciosa de minha vida: Marco Antônio.

À você Marco Antônio, dedico única e exclusivamente este trabalho, que você tenha muito orgulho de sua mãe. Você que ainda dentro da minha barriga já enfrentava uma Banca de Qualificação, ficando quietinho num cantinho só me ouvindo. À você, meu filho querido, o maior e melhor presente que Papai do Céu meu deu, paixão da minha vida.

AGRADECIMENTOS

- Agradeço em primeiro lugar àquele que possibilitou a realização deste trabalho, pois sem ele nunca teria conseguido: muito obrigado meu Grande Mestre Jesus e seus Mentores.
- Agradeço, em especial, ao amigo Enéas que tanto me ajudou na elaboração desta Tese.
- Um agradecimento muito especial àquela que me considera como filha, Júlia Manuela, que no momento mais importante de minha vida estava presente comigo, segurando minha mão: na Sala de Parto.
- Agradeço ao amigo Celso e ao Dr. Linhares, do INCa, que prontamente se dispuseram a me ajudar na fase de Coleta de Dados.
- Aos amigos do IMS, Marquinho, Marcinha do Laboratório de Informática, Márcia, Sílvia, Marcos e todos os outros da Secretaria que, durante quatro anos, ouviram minhas angústias.
- À equipe da Biblioteca do IMS sempre atenta e pronta para me auxiliar.
- À equipe de Enfermagem da enfermaria 4 e 5 do HUPE/UERJ, à equipe de Cirurgia Coloproctológica, em especial ao Professor Dr. Francisco Paulo que muito me ajudou.

- Aos membros da Banca Examinadora e aos suplentes pela participação e aceitação do convite.
- Aos amigos que sempre me incentivaram e me apoiaram.
- Um agradecimento muito especial à pessoa ostomizada, pois foi convivendo com ela que vi o quanto nós, profissionais de saúde, precisamos nos qualificar e., principalmente, fortalecermos emocionalmente para que, juntos, possamos construir um mundo melhor.

RESUMO

Freqüentemente nas manchetes de jornais, assim como na literatura científica, focaliza-se o aumento do número de casos de câncer nos últimos anos. Dentre as variadas localizações, estatísticas do Ministério da Saúde (DATASUS/ 2001)^{*} apontam o câncer colorretal como um dos que apresentam maior incidência de novos casos a cada ano. Programas de Assistência a Ostomizados foram traçados pelas bases governamentais e, cada vez mais, nos deparamos com este tipo de patologia no ambiente hospitalar. Na prática, porém, observa-se que a grande maioria dos profissionais de saúde não está preparada psico-sócio-emocionalmente para assistir a este tipo de clientela. Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo discutir as condições nas quais estes se encontram no desempenho de suas atividades, frente ao cliente mutilado por uma ostomia intestinal. Problemas e propostas foram levantadas no decorrer do estudo, com o intuito de conscientizar os gestores hospitalares da real situação em que se encontram estes profissionais, sua qualidade de vida e como ocorre a influência destes fatores na assistência prestada ao cliente ostomizado que se encontra hospitalizado.

ABSTRACT

Often the newspapers, like the scientific literature, shows the harzardous of the increase of cancer's cases in the lastest years. Between the varied sources, numbers of the Health Ministry (DATASUS/2001) shows that de colo-rectal cancer is the greatest incidence of new cases per year. Ostomies's Assistance Programme would be created by the governant bases and, each more time, we see this kind of ill in hospital environment. In pratice, but, we look the great number of health professionals would not be prepared psycho-social-emotionally to take care of this kind of people. This way, the present study have the objective to discuss the conditions of these professionals, in front of the people mutilated by the intestinal ostomy. Problems and offers wuold be showed in this study, with the purpose to make conscious the hospital's managers of the real situation that we can find these professionals, the life quality way na how these factor influence the assistance to the client ostomized in the hospital.

RESUMEN

A menudo en los periódicos, así como en la literatura científica, hay hablas com foco para el aumento del número de los casos de cáncer en los últimos años. Incluso en las variadas localizaciones, estadísticas del Ministerio de la Salud (DATASUS/2001)* indican el cáncer colonrectal como uno de los que más presentan la mayor incidencia a cada año de nuevos casos. Programas de Asistencia a los "ostomizados" fueron trazados como soporte del gobierno y, cada vez más, se encuentra esto tipo de patología en el ambiente hospitalario. En verdad se puede observar la grande mayoría de profesionales de la salud que no están preparados psicológica, social ni por cuestiones emocional para asistir estos enfermos. Así, esto estudio tiene el objetivo de examinar la materia y las condiciones en que estos profesionales se encuentran mientras hacen sus tareas, delante del enfermo mutilado por una "ostomia" intestinal. Problemas y proposiciones fueran buscadas durante el hecho, con la intención de traer la conscientización a los gestores de los hospitales de la verdadera situación que están estos profesionales, su calidad de vida e cómo ocurre la influencia de estas cuestiones el la asistencia que es prestada a los enfermos "ostomizados" que se encuentran el los hispitales.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	
▪ <i>Apresentação: como tudo começou</i>	01
▪ <i>Introduzindo na Temática do Estudo</i>	03
▪ <i>O Objeto do Estudo</i>	03
CAPÍTULO II	
▪ <i>O Câncer Colorretal: aspectos biomédicos</i>	05
▪ <i>O Câncer: um adoecer silencioso</i>	07
▪ <i>Ostomia Intestinal: a dupla traição</i>	11
1. Entendendo a ostomia intestinal	13
2. A bolsa e a vida	14
3. O papel da equipe de saúde na adaptação do ostomizado à nova situação de vida	17
4. Viver de novo	19
▪ <i>A Estigmatização do Ostomizado</i>	23
1. Câncer: a doença que diferencia	24
▪ <i>Desafiando o inevitável</i>	29
1. Por quê adoeci?	30
2. Vivenciando a mudança corporal	34
CAPÍTULO III	
▪ <i>O despreparo dos profissionais diante da morte</i>	36
1. Afinal, o que é morte?	38
▪ <i>O dia-a-dia dentro de um hospital</i>	41
1. O <i>stress</i> na prática hospitalar	41
▪ <i>Síndrome de Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador</i>	47
1. Mas o que seria essa Síndrome de Burnout?	47
2. Maslach Burnout Inventory (MBI)	54
▪ <i>Máscaras Sociais: encarando o inevitável</i>	56
▪ <i>A Relação dos Profissionais de Saúde com o Indivíduo Enfermo</i>	59
▪ <i>Quando o desgaste psico-emocional dos profissionais ocorre</i>	62

CAPÍTULO IV

- *Abordagem Teórico Metodológica* 66
 - 1. A Pesquisa Etnográfica 67
 - 2. Escolha do Campo e dos Sujeitos 68
 - 3. Coleta dos Dados 71
 - 4. Análise e Discussão dos Dados 72

CAPÍTULO V

- *Análise dos Dados*
 - 1. Aproximação do Campo
 - 1.1 Procedimento de Coleta de Dados 74
 - 1.2 Os Cenários da Pesquisa 74
- *Núcleo Temático I – Distanciamento da assistência ou auto-proteção Psico-emocional?* 76
- *Núcleo Temático II – As dificuldades institucionais: a (des) organização Interferindo na prática – a realidade de um ambulatório* 79
- *Núcleo Temático III – O gostar de fazer* 84
- *Núcleo Temático IV – Vivenciando o stress profissional* 86
- *Núcleo Temático V - As Diversidades da Prática Assistencial* 92
- *Núcleo Temático VI - Entrando em um Universo Distante: o ambulatório* 96
 - VI.a – Enfrentando a mutilação físico-psicológica 100
- *Núcleo Temático VII – A importância da comunicação profissional de saúde-paciente: a relação médico-paciente* 102

CAPÍTULO VI

- *Considerações Finais* 109
- *Sugestões* 114

REFERÊNCIAS CONSULTADAS 116

ANEXOS 129

CAPÍTULO I

APRESENTAÇÃO

Como tudo começou

Desde o período em que era acadêmica de Enfermagem, algo me despertava para o indivíduo portador de neoplasia maligna. Ainda no primeiro ano, realizei um curso sobre Transplante de Medula Óssea no Instituto Nacional do Câncer (INCa), onde aprendi a não somente enxergar a doença propriamente dita, mas o ser humano por trás dela.

Não sei explicar o porque deste fascínio. Talvez por ser uma doença que afeta não somente o físico-biológico, mas principalmente o psicológico, quer seja do indivíduo enfermo, quer seja de seus familiares e da própria equipe de saúde.

Em minha trajetória profissional, deparei-me com situações que sempre me direcionavam para este tema, culminando na época do Mestrado, com um estágio de seis meses como pesquisadora no INCa, com um aprendizado enriquecedor.

Mas, exatamente no momento em que fui exercer o cargo de Chefia de uma Unidade Docente-Assistencial de Cirurgia Geral no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), no ano de 2000, encontrei algo que despertou minha atenção: o elevado número de mulheres que lá se encontravam internadas devido a neoplasia maligna de cólon e/ou reto.

Foi neste período que mais me envolvi como profissional e como pessoa. Vivenciei junto a estas mulheres, momentos de desespero até a aceitação dos estomas intestinais. Foi neste momento que me dei conta de que nenhum de nós profissionais de saúde estamos preparados para lidar com a morte iminente, muito menos com a mutilação física e psicológica. Deparei-me com auxiliares de Enfermagem e médicos indiferentes ao sofrimento alheio; nutricionistas que, em certos momentos, deixavam o emocional falar mais alto e chegavam as lágrimas diante da situação apresentada. Psicólogos que não apresentavam soluções nem direcionamento para os problemas dos enfermos. E enfermeiros... Ah!, enfermeiros. Estes, iguais aos anteriores, também não sabiam lidar adequadamente com a situação: o câncer e o estoma intestinal. Vestiam, assim como os demais, uma “máscara” para se protegerem, para preservar a sua vivência subjetiva.

E foi vivenciando e experimentando esta situação que resolvi escrever esta Tese de Doutorado. Inicialmente, quis me prender apenas aos dados epidemiológicos da doença, assim como as Políticas de Saúde para prevenção e controle da mesma, não esquecendo da assistência ao ostomizado.

Muitas idas e vindas em cima do objeto de estudo foram realizadas. Mas, em determinado momento deparei-me com o seguinte questionamento: o que realmente me incomoda? A identificação e o controle do Câncer Colorretal ou como a equipe de saúde se sente ao cuidar de um indivíduo portador deste tipo de câncer e com um estoma? Foi neste momento que observei que o que me interessava realmente era como os profissionais de saúde lidam quando passam pelo processo de vivenciar a mutilação física do indivíduo enfermo, ocasionada pela ostomia intestinal.

*Estomias e o câncer colorretal
e o papel da equipe de saúde
na assistência ao ostomizado*

Introduzindo na Temática do Estudo

Quando se fala de uma doença crônico-degenerativa – como o câncer - temos o hábito de iniciar um discurso biomédico, cheio de conceitos e preceitos. Aqui não fugiremos a essa regra, mesmo porque faz-se necessário para melhor compreensão do objeto do estudo. Contudo, deve-se sempre ter em mente os aspectos psico-afetivos que envolvem tanto os profissionais quanto os indivíduos a cerca do cuidado da referida doença.

Torna-se muito mais fácil tratar deste aspecto biomédico do que o psico-afetivo. Este último não tem uma lógica, uma receita de bolo a ser seguida a risca. Cada ser, cada cabeça pensa e age de uma maneira. Algo que pode ser agressivo para uns – por exemplo, cuidar de um estoma intestinal – pode ser prazeroso para outros, pois estão ajudando de alguma maneira o próximo.

Vasta literatura pode ser encontrada sobre o CCR¹, como tratar de uma colostomia e assim por diante. Mas pouco ou nada se encontra sobre o estigma da doença e/ou a mutilação sob o ponto de vista dos profissionais que assistem ao enfermo. Não pretendo neste estudo esgotar o assunto; mesmo porque há muito a ser explorado ainda. Pretendo sim dar o “pontapé” inicial no tema que gira em torno dos aspectos psico-afetivos que rodeiam os profissionais ao lidar com este tipo de doença e mutilação. Assim como o que as instituições hospitalares podem fazer para contribuir para o bem-estar psico-social-afetivo destes profissionais, auxiliando na melhoria da qualidade dos serviços por eles prestados.

Objeto do Estudo

Sendo assim, para melhor nortear o estudo, foi traçado o seguinte questionamento:

Como os profissionais de saúde se relacionam com a problemática de assistir/cuidar da pessoa ostomizada em decorrência de um câncer, no espaço hospitalar?

A partir deste questionamento foi elaborado o objetivo abaixo:

Descrever as interações cotidianas dos profissionais de saúde com a a pessoa ostomizada, que se travam no espaço hospitalar.

Destaco que não foi fácil a realização desta Tese. Afinal de contas, lidar com os sentimentos humanos nunca foi fácil. Mas segui este caminho – juntamente com meus orientadores – e no final de tudo espero poder contribuir com um olhar diferenciado aos profissionais envolvidos no cuidado de um indivíduo ostomizado, assim como um apoio psicológico a eles, pois somente quebrando paradigmas pessoais interiores e institucionais é que conseguiremos este *assistir diferenciado*.

Para cadenciar o pensamento, esta Tese está organizada em capítulos, a seguir discriminados:

✓ No primeiro capítulo foi apresentado o objeto do estudo, as questões norteadoras, os objetivos, a justificativa, situando-os no âmbito da trajetória profissional do pesquisador.

✓ No segundo capítulo abordamos os aspectos clínicos do CCR, assim como a mutilação física acarretada pelo estoma intestinal e a estigmatização .

✓ No terceiro capítulo, a morte é abordada nos seus aspectos mais simples, assim como o cotidiano da prática hospitalar e suas conseqüências, como a Síndrome de Burnout.

✓ No quarto capítulo, a metodologia seguida para direcionar as etapas do presente estudo, caracterizando os sujeitos e o tratamento dado aos resultados obtidos.

✓ No quinto capítulo, foram abordados os resultados obtidos através da Coleta de Dados, de acordo com a descrição encontrada na Metodologia do estudo.

✓ No sexto capítulo, algumas considerações e sugestões foram apresentadas em virtude das observações realizadas.

CAPÍTULO II

O Câncer Colorretal: aspectos biomédicos *Importante*

As neoplasias gastrointestinais constituem importante causa de mortalidade por câncer e, devido ao fato dos sintomas aparecerem tardiamente, geralmente são diagnosticadas em estágio avançado.

A sobrevivência destes indivíduos depende diretamente do estágio² à época do diagnóstico, sendo excelente quando este é realizado precocemente. As neoplasias intestinais são frequentemente associadas a certas patologias ou condições consideradas pré-malignas, como o pólipo adenomatoso³ ou a displasia epitelial.⁴ Desta forma, para que o diagnóstico seja precoce devemos detectar e acompanhar estes indivíduos de risco.

O câncer é uma das doenças que mais espoliam o organismo humano devido a terapêutica implementada – que pode ser clínica, cirúrgica ou ambas em sua grande maioria. Trata-se de uma doença que não atinge apenas o plano físico, mas psicológico também, tanto do ser enfermo como de seus familiares.

“o câncer é tido como uma doença crônico-degenerativa⁵ (DCD). Isto quer dizer que ele é uma doença que apresenta uma evolução prolongada e progressiva, exceto se for interrompido em alguma de suas fases. As doenças crônico-degenerativas em geral, caracterizam-se por um longo período de latência; fase assintomática prolongada; envolvimento de múltiplos fatores de risco, com participação importante dos fatores ambientais; e ausência, na quase totalidade delas, da interação entre espécies animais, além da humana, no seu quadro epidemiológico. Além disso, elas acarretam

² Entendemos por **Estadio/estadiamento** a fase na qual o tumor se encontra para que sirva de parâmetro para escolha de uma conduta terapêutica.

³ Entendemos por **pólipos adenomatosos** pequenas lesões localizadas no intestino grosso. Têm alto potencial maligno. São mais comuns nos homens e representam, nos EUA, aproximadamente 40% da população com mais de 50 anos de idade. A localização do pólipo adenomatoso tem importante implicação para programas de triagem, uma vez que sua localização no cólon esquerdo migrando para o direito, tem sido referido como lesões pré-cancerosas colorretais.

⁴ **Displasia epitelial:** termo utilizado para definir processos patológicos diversos. Como lesão pré-neoplásica, a displasia é considerada uma forma de proliferação celular que ocorre nas células epiteliais, caracterizada por perda da polaridade e alterações de forma e tamanho, além da presença frequente de mitoses.

⁵ As **doenças crônico-degenerativas** são aqueles que não possuem cura e com o avançar da idade tendem a piorar o quadro clínico. Dentre elas destacamos a diabetes, o câncer, as escleroses.

alterações patológicas irreversíveis com conseqüente incapacidade residual (...), caso o seu curso não seja paralisado ou interrompido. Curiosamente, o câncer é, na atualidade, a DCD mais temida, mesmo sendo a única que apresenta real possibilidade de cura, principalmente se diagnosticada precocemente.”

Lavor (1995: 07)

Com esta fala, observa-se a importância do câncer no contexto das doenças crônico-degenerativas, com uma representatividade significativa. Segundo Neto (2000: 1)⁶, estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e no Brasil, a neoplasia colorretal foi apontada como o terceiro câncer mais diagnosticado, representando – só nos Estados Unidos - no ano de 2000, cerca de 130 mil novos casos, podendo vir a se transformar na terceira causa de morte naquele país, como mencionado anteriormente.

Analisando o Brasil, segundo dados do DATASUS, no período de 2000 a 2003, a taxa de mortalidade por neoplasia maligna do cólon e retossigmoide ficou em torno de 8,4%, sendo a região sudeste a de maior índice como mostra a tabela abaixo:

Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Cólon e Retossigmoide

Região Geográfica	Taxa (%)
Norte	7,02
Nordeste	5,12
Sudeste	10,18
Sul	7,32
Centro-Oeste	7,41
Média Brasil	8,4

FONTE: <http://www.datasus.gov.br>, acesso realizado em 30/08/2004

O Câncer: um adoecer silencioso

No momento em que uma pessoa recebe a notícia de ser portadora de uma neoplasia maligna, muitos sonhos vão gradativamente desaparecendo – senão de uma única vez, sendo substituídos por medos, anseios e incertezas. Não somente para o indivíduo enfermo, mas para a equipe que o assiste, que também perpassa por momentos especiais.

Em trabalhos realizados anteriormente, observa-se como é difícil para o profissional de saúde lidar com a situação *vida/morte* que o câncer impõe.

“ Não existem livros que ensinem como se deve comportar diante de um cliente oncológico. Provavelmente esse fenômeno seja explicável devido ao fato de que é muito difícil escrever sobre as emoções, sobre os sentimentos que nos desafiam.”

Pinho (1997:54)

Os sentimentos que afloram ao cuidar do indivíduo portador de uma neoplasia é algo meio conturbado emocionalmente, difícil de ser resolvido. Imaginem como este se sente ao acordar de uma anestesia a que foi submetido para realizar a cirurgia e observar – por que não dizer, descobrir – que além da cicatriz cirúrgica há um outro curativo no flanco que, no dia seguinte ao ser retirado, ele vê algo estranho, vermelho vivo, saindo uma espécie de muco de sua barriga e lhe falarem que aquilo é uma parte de seu intestino e que a partir daquele momento ele passará a evacuar por aquele burquinho.

Em virtude da existência dessa patologia, existe um número elevado de pessoas que são portadoras de ostomias intestinais⁷ (colo⁸ e ileostomias⁹) para poderem sobreviver e que, em alguma fase de suas vidas, não aceitaram este estoma.

O indivíduo constrói uma vida com sonhos e ideais, até que adoecer. Alguns autores afirmam que qualquer doença é uma ameaça a vida, é um aceno para a morte.

⁷ Ostomias (ou estomas) intestinais são aberturas artificiais na parede abdominal onde uma porção dos intestinos é exteriorizada dando saída às fezes.

⁸ Colostomia é a exteriorização de uma porção do intestino grosso através da parede abdominal. As fezes que aí saem tem característica de (semi-pastosa a pastosa).

⁹ Ileostomias é a exteriorização de uma porção do intestino delgado (ileo) através da parede abdominal. As fezes que aí saem são líquidas e altamente corrosivas para a pele circunvizinha.

Dentre estes, destaca-se Kovacs (1987), que focaliza o medo da morte, afirmando que o homem, de forma geral, se sente sozinho, e a experiência de estar doente é sentida de forma única e pessoal.

O câncer é uma das doenças que as pessoas interpretam como sinônimo de morte, interrompendo a fantasia da imortalidade, pertinente a todo ser humano (Santos, 1980:245).

Desde antes da década de 50 estuda-se a personalidade propensa ao câncer, que se caracteriza por uma tendência a suprimir emoções, especialmente a raiva e a agressividade. Leshan (1992: 21) aponta estudos onde a personalidade dos indivíduos portadores de câncer é analisada. Observou-se que “a história da vida emocional deles (as pessoas com câncer) de algum modo influia no desenvolvimento da doença”. Estudo esse iniciado por Richard Worthington, em 1947, e continuado por Leshan (op cit) por mais 36 anos.

Durante o ano, ele observou que as pessoas que desenvolveram algum tipo de câncer, invariavelmente, haviam passado por fortes abalos emocionais, tais como grandes perdas, desesperanças que acarretariam um *stress* psicológico prolongado.

“A partir de 1955, dezenas de estudos mostraram conclusivamente que a história de vida emocional muitas vezes desempenha realmente um importante papel na determinação da resistência do indivíduo em contrair câncer e na evolução do câncer após seu surgimento”.

Leshan (1992:25)

Tal fato deve-se exclusivamente a depressão do sistema imunológico sofrido pelo estado mental de uma pessoa com predisposição ao câncer. É notório as conseqüências sofridas pelo organismo humano quando este se encontra debilitado imunologicamente: gripes, urticárias, rouquidão, doenças dermatológicas (psoríase¹⁰), gastrites e o câncer de um modo geral.

A pessoa com câncer, desde o diagnóstico e durante todo o tratamento, apresenta reações de desajustamento emocional como depressão e ansiedade, como destaca Nordin (1997:805). Na situação da doença, a internação e possibilidade da cirurgia, quimio ou radioterapia¹¹ causam ansiedade e provocam as reações mais diversas: os indivíduos

¹⁰ Psoríase é uma doença dermatológica – normalmente oriunda de fundo emocional – que tem como característica precípua o descamação da pele.

¹¹ Não será aqui abordado os aspectos que emergem do tratamento quimio ou radioterápicos, tão mutilantes quanto o estoma intestinal, por não constituir atividade laborativa dos sujeitos do presente .

podem apresentar comportamentos regressivos, complicações físicas que requerem adiamentos e queixas freqüentes, muitas vezes infundadas.

Na Psicologia encontra-se, segundo Kluber Ross (1968), reações psicológicas nos indivíduos com o diagnóstico de câncer que são compreendidas pela negação (negação da doença), revolta, barganha (promessas à Deus em troca de cura), depressão e aceitação.

Sendo assim, a equipe de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros) visa a facilitar a identificação do processo de adoecer, proporcionando ao indivíduo condições de enfrentar o adoecimento, buscando alívio ao sofrimento psicológico. Investigar queixas somáticas, que sempre inclui uma linguagem oculta, que traduz algo de mais profundo, escondendo de si mesmo o verdadeiro sentido de suas angústias e sofrimentos.

É exatamente a história clínica dos indivíduos que reflete alterações mal organizadas e complexas, angústias, depressões, dificuldades pessoais e a maneira com a qual se relaciona com o mundo consiste na sua história pessoal.

Assim, o diálogo com um membro da equipe de saúde pode ajudar ao indivíduo a conscientizar-se de seus problemas, medos, fantasias, refletindo o significado desta doença.

Observa-se que, no tratamento do Câncer, conforme a localização do tumor, é indicada a cirurgia para abertura artificial no organismo – a ostomia, que se apresenta como uma das principais causas de problemas emocionais.

O indivíduo cresce formando mentalmente a imagem de seu corpo e esta mudança, que muitas vezes é definitiva, é vivida por ele como experiência traumática e de difícil adaptação.

O ser humano tem que enfrentar desafios e perdas, explorando seus medos e fantasias, provocando novas alterações de estilo de vida. Os ostomizados enfrentam dificuldades com a adaptação da bolsa, preocupação com a higiene pessoal, vestimenta, natação, praia, viagens, com receio de não serem compreendidos e serem discriminados, acabando por se isolarem do meio social, do trabalho e abstendo-se da atividade sexual.

Assim sendo, acredita-se que com o conhecimento da história pessoal de cada um, subsídios serão obtidos para se elaborar tratamentos mais efetivos com a finalidade de

melhorar a qualidade de vida, visto que a ostomia não é uma doença e que o indivíduo deverá voltar a vida normal.

Ostomia Intestinal: a dupla traição

*Autenticidade
Ostomia Intestinal no ponto
Ostomia Intestinal*

O colostomizado, portador de uma neoplasia, sente-se duplamente traído: pelo motivo de ter câncer e de estar mutilado através de uma colostomia. O fato de não mais conseguir controlar as evacuações, muito menos a eliminação de flatos¹², faz com que ele se isole para não ter de passar por situações no mínimo constrangedoras.

Boog et col (1994:34), destaca que o *"ser humano tem capacidade de explorar, entender, decidir, enfrentar desafios e perdas, amputações, mutilações, e transformar esta realidade em alterações no seu estilo de vida"*.

Segundo a Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer - Pro-Onco (1995: 133), em torno do portador de neoplasia maligna, *"giram inúmeras fantasias e metáforas que o identificam com a morte"*, fazendo com que as pessoas experimentem as mais diversas sensações.

Neste momento pode-se observar que a grande preocupação dos indivíduos ostomizados não era a possibilidade de uma quimio ou radioterapia¹³, mas sim quanto a aparência física que iria influenciar diretamente nas atividades do cotidiano, acarretada pelo estoma.

Contudo, deve-se lembrar que estes dois últimos são tão mutilantes quanto o primeiro, quiçá em maior escala. Mas não há a problemática da saída das fezes via parede abdominal.

Isto é algo observado na prática diária, junto ao portador de neoplasia, seja qual for a sua localização. Ainda referendando a mesma fonte (op cit; p.cit), destacamos que:

com o texto

" (...) as formas de tratamento (para o câncer) geralmente implicam ameaça séria à integridade do organismo e de sua função, além de afastar o indivíduo do convívio dos seus, tanto por necessitar de longos e freqüentes períodos de internação para tratamento, como também pela própria estigmatização da doença que pode levar ao isolamento e ao abandono por parte de amigos e parentes."

Pro-Onco (1995: 133)

¹² **Flatos** – eliminação de gases intestinais via retal ou, no caso pela colostomia, sendo neste último caso, ação involuntária.

¹³ **Quimioterapia/Radioterapia** – são tratamentos complementares à base de substâncias químicas e radiações para os clientes portadores de neoplasias (câncer).

O recém-ostomizado preocupa-se principalmente com sua aparência física.

“(...) a imagem do corpo estruturaliza-se em nossa mente, no contato do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia. Sob o privado do inconsciente, entram em sua formação contribuições anatômicas, fisiológicas, neurológicas, sociológicas, etc...”.

Capisano (1992: 179)

O autor (op cit, p. cit), destaca ainda que a “ *imagem corporal não é mera sensação ou imaginação. É a figuração do corpo em nossa mente* ”. Sendo assim, ao lidar com os indivíduos ostomizados – ostomias intestinais neste caso –, deve-se lembrar que além dos aspectos clínico-cirúrgicos e tão importante quanto estes, a aparência física é fundamental, aparência física é fundamental para a boa aceitação da bolsa de ostomia.

Ainda abordando o Pro-Onco, (op cit; p. 134), observa-se que “ *estudos realizados levam a constatação da complexidade que envolve a doença, o paciente, as temidas formas de tratamento, as expectativas de cura e o medo da mutilação cirúrgica e da morte.* ”

Carvalho organizou um livro destinado aos ostomizados para demonstrar-lhes que não estão sozinhos nesta nova situação, em uma mutilação. Destaca-se nesta obra algo muito interessante quando ela descreve:

“(...) o que os preocupa é “ ainda poderei levar uma vida normal?”. Podem ou não ser introvertidos demais para perguntar, mas gostariam de saber, como a sua nova condição de ostomizado afetará a vida sexual, o casamento, sua aparência, sua atração para com os outros.”

Carvalho (1999:15)

Estes aspectos devem ser avaliados constantemente na relação com o indivíduo portador de neoplasia, principalmente para os ostomizados, para que se possa encontrar o melhor meio de contornar os constrangimentos e perdas da nova situação, assim como garantir o fornecimento adequado dos dispositivos¹⁴ pelo governo, pois ele é considerado um indivíduo estigmatizado pela sociedade na qual vivemos.

¹⁴ Os dispositivos para ostomias estão compreendidos pelas bolsas de drenagem das fezes, assim como as placas que aderem à parede abdominal e alguns outros recursos, como pomadas, kits de irrigação.

1. Entendendo a Ostomia Intestinal °

As patologias do trato gastrointestinal levam muitas vezes à realização de uma cirurgia radical resultando em uma ostomia (colostomia/ileostomia) de caráter temporário ou mesmo definitivo.

Essa situação traz à tona uma série de aspectos importantes que deverão fazer parte do planejamento da assistência. O paciente submetido a esse tipo de procedimento agressivo, que altera a sua fisiologia gastrointestinal, auto-estima, imagem corporal, além de outras modificações em sua vida devido a presença de colostomia/ileostomia, tem constituído um desafio para o cuidado pelos membros da equipe de saúde.

O planejamento da assistência ao colostomizado/ileostomizado não requer somente cuidados físicos ou ensinar ao paciente os cuidados de higiene e troca de bolsas de colostomia. É necessário um planejamento da assistência ao longo do período perioperatório com vistas ao ensino pré-operatório, demarcação de estoma, preparo físico pré-operatório propriamente dito, integração das intervenções com a equipe do bloco cirúrgico (Centro Cirúrgico e Centro de Recuperação). Requer ainda a retomada do ensino pré-operatório para o auto-cuidado, envolvendo paciente/família, visando à reabilitação e ao encaminhamento ao Programa de Ostomizados, que é mantido pelo serviço público, para aquisição dos dispositivos e seguimento ambulatorial.

Essa complexidade da assistência a ser prestada ao colostomizado nos remete a necessidade de compreender as modificações que ocorrem em sua vida e como ele vivencia todo esse processo para maior aprofundamento e intervenções mais coerentes na nossa prática clínica.

A colostomia/ileostomia é uma derivação intestinal feita cirurgicamente na porção do intestino grosso e intestino delgado respectivamente, com fixação da alça no abdômen. Sua indicação ocorre na maioria dos pacientes atendidos pela especialidade de Colo-Proctologia em consequência de patologias crônicas como doença de Chagas, doença de Crohn, câncer, dentre outras.

O paciente colostomizado, ao se deparar com o estoma no pós-operatório, passa a lidar com esta nova realidade, quando são suscitados vários sentimentos, reações e comportamentos, diferentes e individuais.

Os aspectos psicossociais certamente determinam o grau de suas respostas a situação de doença e a busca de ajuda ou negação desta situação. Isto está intrinsecamente aliada ao significado que o indivíduo atribui a sua doença.

Aspects émotionnels ressentis par le patient ostomisé

O impacto da presença da ostomia determina uma alteração da imagem corporal, e ocorrem diversas reações a sua nova realidade, dependendo das características individuais e dos suportes sociais encontrados por ele, além da percepção da perda vivida pelo paciente.

2. A Bolsa e a Vida : *Os aspectos emocionais vivenciados pelo indivíduo ostomizado*

Os aspectos emocionais do paciente ostomizado por câncer foram ressaltados por Wanderbrook que define os dois impactos enfrentados pelo paciente: a doença e a ostomia. Essa situação implica em sofrimento, dor, deterioração do corpo ou da vida, incertezas quanto ao futuro, mitos relacionados a ele, medo da rejeição social, dentre outros.

A experiência do colostomizado vai se transformando ao longo do tempo. Logo nos primeiros dias de pós-operatório, este não consegue nem mesmo olhar para o estoma ou elaborar seus sentimentos ou reações para esta realidade. Com o decorrer do tempo, dependendo da evolução da sua doença e as possibilidades de adaptação encontradas, o colostomizado desenvolve estratégias de enfrentamento com as quais passa a lidar com os problemas ou modificações cotidianas ocorridas em função da ostomia. Assim, a pessoa necessita de um tempo pessoal para refletir e adaptar-se a sua condição de ostomizado, que pode levar dias, semanas ou meses. Mesmo quando os pacientes relatam situações de boa adaptação em relação ao uso das bolsas de colostomia, estes são continuamente desafiados pela possibilidade de ocorrência de complicações ou mesmo da recidiva da própria doença. Isto implica que a presença da ostomia passa a ter um significado secundário e perpassa por um discurso que nos dá a idéia aparente de aceitação.

Devemos considerar que o cuidado com o ostomizado envolve o relacionamento interpessoal, constituído de atitudes humanas, que não podem ser previsíveis ou preestabelecidas como uma função essencialmente técnica e são influenciadas por fatores inerentes aos indivíduos envolvidos. Desse modo, os elementos fornecidos a respeito do cuidado sob a ótica de quem o recebe, é de suma importância no planejamento e implementação da assistência pelos profissionais de saúde.

Considerando essas idéias, percebemos a necessidade de maior investimento pelos profissionais, não somente em conhecimentos técnicos e teóricos, mas um maior empenho em aprofundar a sua compreensão sobre a experiência do colostomizado. O desafio destes

é conseguir traduzir essa experiência para o planejamento da assistência, que impliquem em intervenções que realmente possam atender as verdadeiras necessidades do paciente.

A presença da colostomia no período pós-operatório faz com que o paciente tenha que se deparar com a sua nova condição. Modificações fisiológicas gastrointestinais, cuidados com a bolsa de colostomia, surgimento de sentimentos conflituosos, preocupações e dificuldades para lidar com esta nova situação levam os colostomizados a visualizarem as suas limitações e as mudanças ocorridas no seu dia-a-dia.

O aspecto mais enfatizado pelos colostomizados está relacionado ao uso da bolsa de colostomia. Isto é percebido como uma experiência de sofrimento, que traduz os diferentes aspectos psicossociais e culturais envolvidos nesse processo.

A palavra estoma, resultado de uma cirurgia mutilante, leva a uma transformação pessoal, apesar de manter a sua nova condição encoberta sob as roupas, rompe com os seus esquemas anteriores e fazem o paciente sentir-se diferente dos outros indivíduos de seu grupo. A adaptação à condição de portador do estoma e da bolsa coletora é um processo longo e contínuo e está relacionada à doença de base, ao grau de incapacidade, dos valores e o tipo de personalidade individual. Identificam-se como estratégias de enfrentamento passivas utilizadas pelos colostomizados a resignação, revolta, encobrimento e isolamento social.

Estes dados delimitam a vida do colostomizado em antes e depois da colostomia, como se houvesse uma linha divisória. A sua referência passa a ser a sua nova condição centralizando e determinando todos os aspectos da sua vida, utilizando o período anterior para pontuar as suas perdas ou modificações. Percebemos que alguns colostomizados ainda não conseguem elaborar exatamente o significado dessas mudanças e limitações ocorridas provavelmente por ser uma condição muito recente. Observa-se um sentimento de inconformismo gerado pela sua situação de perda como algo insuperável, mesmo ao longo do tempo.

Por outro lado, todos são unânimes em relatar o incômodo causado quando há eliminação de gases, vazamentos e odor de fezes exalado pela bolsa de colostomia. Isto representa sem dúvida alguma, um grande desafio, pois alternativas deverão ser encontradas para minimizar a ocorrência de situações desagradáveis. Esse aspecto envolve não somente aperfeiçoamento dos dispositivos oferecidos no mercado, mas também o aprofundamento e implementação da assistência, assegurando a qualidade de vida do

colostomizado. Para elucidar esta afirmativa, trazemos aqui a fala de um paciente citado no trabalho realizado por Luz (2001):

“Quando percebi depois da cirurgia eu tava com as duas bolsinhas. Não sabia o que estava acontecendo... Ninguém me ensinou como cuidar da bolsinha. “

(um paciente)

Neste relato fica evidente a necessidade e a importância de um atendimento especializado que possa dar suporte profissional aos colostomizados. Este deverá ser contínuo, acompanhando a evolução do paciente. Somente o ensino pré-operatório não garantirá uma melhor assistência e sim o planejamento desta durante todo o perioperatório, pois o paciente poderá ter algumas dificuldades ao longo deste processo.

Nesta fase, o colostomizado mostra-se inseguro e muitas vezes acredita que para realizar o auto-cuidado tenha que ter maior educação formal. O incômodo físico interfere no relacionamento interpessoal, pois alguns colostomizados adotam uma postura de distanciamento e isolamento social. Reconhecem que esta mudança é imposta por eles e que as outras pessoas, na sua maioria, não modificaram o comportamento devido à presença da colostomia. Essas afirmações revelam o agravamento da visão pessimista de si após a colostomia, reforçando a necessidade de manter distanciamento de outras pessoas para evitar ou minimizar sentimentos de rejeição e constrangimento.

Uma outra mudança que ocorre é a necessidade de realização do auto-cuidado. Os pacientes mostram uma disposição favorável para o auto-cuidado. Essa atitude reflete o resultado alcançado pela sistematização do cuidado com o colostomizado, adotado na unidade de internação. Esta sistematização inclui ensino pré-operatório, demarcação de estoma, ensino do auto-cuidado para paciente/família e encaminhamento ao Programa de Ostomizados.

A disponibilidade para o auto-cuidado remete-nos a idéia de que todos fazem questão de realizá-lo, pois representa a possibilidade de independência concreta, que ainda são capazes de fazer algo por si. Estes conteúdos indicam os limites ou a perda da capacidade para o trabalho, definido pelo próprio colostomizado, que se classifica como alguém que está à margem da possibilidade de ser útil a sociedade.

As possibilidades funcionais após o uso da bolsa de colostomia estão associadas à determinação das perspectivas do próprio paciente. Neste momento, de um modo geral, os

AUTO-CUIDADO DO IDOSO COLOSTOMIZADO. NA HOSPITALIZAÇÃO.

colostomizados colocam a impossibilidade de atuarem ativamente na tomada de decisões ou na resolução de seus problemas. Há uma postura de entrega desta responsabilidade a agentes externos como Deus, pelo desenrolar dos acontecimentos e da evolução da sua recuperação. Há uma conotação de dependência, de estar a espera de uma resolução dos seus problemas ou de direcionamento da sua vida em função do poder de realização externa, que foge do seu controle.

3. O papel da equipe de saúde na adaptação do ostomizado à nova situação de vida

Mesmo enfrentando a metástase da doença, onde a possibilidade de morte torna-se mais próxima, um colostomizado consegue vislumbrar uma expectativa otimista da sua situação. O apoio e o estímulo dado pelas pessoas significativas podem ajudar o paciente a superar os seus sentimentos de perda, negação, revolta e falta de esperança. Eles se apegam a esse apoio para modificar e superar as suas limitações.

Após a cirurgia que resulta em colostomia, quando o paciente começa a se recuperar, ele se defronta com as modificações fisiológicas e a necessidade de adaptações para a sua nova condição. Nesse momento, o colostomizado pensa em como reiniciar a sua vida, ou seja, incorporar suas preocupações relacionadas às questões mais práticas para sua vida, como possibilidades de realizar o auto-cuidado e de manter as suas atividades sociais, interpessoais, laborativas e de lazer anteriores a cirurgia; aquisição dos dispositivos, seguimento médico a ser feito e saber lidar com as dificuldades que possam aparecer ao longo do período de adaptação.

Para que o colostomizado possa definir qual caminho seguir ou mesmo a quem recorrer, ele necessita de uma rede de apoio ou suporte social, que permita encaminhá-lo para a resolução dos seus problemas.

A rede de apoio ou de suporte social é definida como uma transação interpessoal que envolve a expressão ou endosso das crenças e valores das pessoas e manutenção de ajuda e assistência. Assim, o colostomizado necessita de diferentes tipos de suporte social, como a família, os profissionais de saúde e a própria estrutura de atendimento destinado a ele. Isto influenciará a sua visão de ser colostomizado.

A influência decisiva do apoio e estímulo dados pelas pessoas significativas torna-se importante para direcionar e superar os seus sentimentos de perdas e ao mesmo tempo conseguir acreditar numa perspectiva melhor para a sua vida.

A relação de confiança estabelecida entre os profissionais e os pacientes passa a ter uma conotação para o colostomizado de que o tratamento é especial. Outro fator decisivo relacionado ao suporte social encontrado pelo colostomizado é a estrutura de atendimento destinado a ele. A existência de Programas de Ostromizados não assegura a eficácia da assistência especializada. Reconhecemos que muitos desses programas têm como atividade apenas a distribuição de dispositivos, descaracterizando a sua proposta inicial. É necessário a atuação de profissionais que possam atender às necessidades dos colostomizados. Além disso, é indispensável a integração dos diferentes níveis de atendimento a saúde. Os objetivos deverão ser definidos e delimitados segundo a complexidade de intervenções envolvida, porém com atuação conjunta dos profissionais destas esferas, permitindo a adequação de ações ao momento vivido pelo colostomizado.

O período inicial de adaptação depende do apoio, estímulo e reforço encontrado nas pessoas ou profissionais que fazem parte do suporte social oferecido a ele, e isso poderá determinar a visão sobre a sua condição de colostomizado, influenciando-o na retomada de sua vida.

As perdas relatadas por estes pacientes estão relacionadas à capacidade produtiva, com a alteração da imagem corporal e da auto-estima. Esta situação é agravada pela transformação do seu círculo de relações interpessoais. Estas transformações são irreversíveis e ao longo do tempo alguns aspectos poderão ser minimizados, porém, necessitarão de um processo de adaptação. Outro aspecto importante é a possibilidade de retorno as suas atividades sociais, laborativas e de lazer anteriores a cirurgia. Estas perspectivas dependem do suporte encontrado na família e na estrutura de atendimento profissional. O uso da bolsa de colostomia representa a mutilação sofrida e tem relação direta com a perda da sua capacidade produtiva. Muitas vezes, o paciente incorpora o estigma social, tendo dificuldades na sua própria aceitação e no seu processo de adaptação.

O paciente necessita de um tempo interno para viver o seu momento de luto, ou seja, rever os seus conceitos, contrapor as suas perdas e encontrar forças para aceitar e trabalhar as suas possibilidades após a colostomia. A visão que o colostomizado tem sobre o uso da bolsa de colostomia, num primeiro momento, aparenta ser algo fácil de

identificar e compreender. Porém, várias questões relacionam os aspectos cotidianos e constituem desafios para a sua adaptação, na nova condição.

A resolução das dificuldades depende dos recursos internos do colostomizado e do suporte social fornecido pela sua família, pelos profissionais e pela estrutura de atendimento oferecido. Para tanto, a compreensão do universo vivido pelo colostomizado torna-se imprescindível para a implementação de uma assistência especializada.

4. *Viver de novo* :

Ao observar-mos a correlação entre adaptação psicossocial à colostomia e resposta psicológica ao câncer, notamos que as características da acomodação ao estoma abdominal, para serem adequadamente compreendidas, não devem ser consideradas isoladamente, mas inseridas no contexto mais amplo representado pelo modo como o sujeito reage ao fato de ser ou de ter sido um doente de câncer.

Pacientes submetidos a colostomia por câncer colorretal requerem, com relativa freqüência, a atenção de um profissional da saúde mental com prática na assistência a doentes internados em hospitais gerais. No entanto, a literatura médica que trata dos aspectos psicológicos relativos à colostomia não leva suficientemente em conta que os indivíduos em questão são originalmente doentes de câncer. Ela se restringe, em geral, ao problema da colostomia em si.

Uma leitura atenta dessa bibliografia permite sua divisão em três categorias. Na primeira, os autores analisam as dificuldades de adaptação com base no significado que ânus, controle esfinteriano, fezes e flatos têm para os indivíduos operados. Na segunda, as pesquisas se voltam para a avaliação da qualidade de vida do colostomizado, comparando-a quer com a do período anterior à cirurgia, quer com a de pacientes cuja retirada do tumor preservou o esfíncter anal. Na terceira categoria, os trabalhos não diferenciam colostomizados por carcinoma e por patologias não neoplásicas ou colostomizados e ileostomizados.

Isso poderia ser compreendido se pensarmos na histórica relevância, atribuída pela psicanálise, ao significado que ânus e controle dos esfíncteres têm na constituição da personalidade e na socialização do sujeito. No entanto, em se tratando de colostomizados, a relativa desconsideração da subjetividade implicada no convívio com a neoplasia leva à omissão de um aspecto primordial do esforço de adaptação à mutilação física – justamente o de acomodação a doença, cujo tratamento motivou a própria mutilação.

Abordamos a reação ao câncer com base em uma adaptação das categorias empregadas por Greer, Morris e Pettingale. Embora esses autores as utilizem para o câncer de mama, sua transposição para casos com malignidade em outras localizações é relativamente simples. Elas são supostas mutuamente excludentes e foram chamadas de negação, estoicismo, aflição e enfrentamento.

Consideramos como resposta de negação, quando o sujeito afirma desconhecer seu diagnóstico ou os motivos da cirurgia; evita, de modo manifesto, abordar o tema do câncer; e exterioriza marcada desconsideração pelos riscos da doença, mormente nos casos em que a cirurgia é protelada por considerável período. A avaliação de estoicismo se sobressai diante de uma atitude conformista e passiva diante da enfermidade. A doença é encarada como uma fatalidade, como uma obra inelutável do destino, frente a qual nada se resta fazer, senão resignar-se. Como aflição classificamos os casos em que as preocupações relativas ao câncer monopolizam o discurso do indivíduo, ou quando o assunto da doença desperta nele um afeto manifestamente angustiante.

Já a reação de enfrentamento é considerada quando existe uma história de busca ativa de informações sobre o diagnóstico, a cirurgia e as possibilidades terapêuticas, com o sujeito se contrapondo à doença com decidido “espírito de luta”.

A desconsideração da reação psicológica ao câncer na acomodação à colostomia se destaca facilmente na análise da literatura. Nos trabalhos que reúnem colostomizados por câncer e por patologias não cancerosas, ou colostomizados e ileostomizados por causas diversas, a própria maneira de agrupar os pacientes evidencia que seus autores não acham que o diagnóstico de neoplasia seja relevante para o estudo da adaptação ao estoma. O mesmo acontece nos trabalhos de inspiração psicanalítica. Neste sentido, o artigo de Sutherland, Orbach, Dyk e Bard (conforme nota anterior), muito citado na literatura, é paradigmático. Embora entrevistem detalhadamente 57 colostomizados por adenocarcinoma de reto ou reto-sigmóide, os autores não conferem qualquer relevância às repercussões do câncer no psiquismo dos doentes. Eles explicam o que consideram fato estabelecido – fatores psicológicos fazem o “invalidismo” provocado pela colostomia ultrapassar as limitações impostas pela cirurgia – unicamente no significado, crenças e valores, conscientes ou inconscientes, vinculados a limpeza e controle esfínteriano. Restringem, assim, a compreensibilidade da adaptação a colostomia, ao estresse pela mudança na forma e no funcionamento do corpo, sem nada dizer sobre a causa de tal alteração. Quanto aos autores que comparam a qualidade de vida antes e depois da

colostomia, a omissão do precedente do câncer certamente contribui para se chegar a conclusões bastante díspares. Druss, O'Connor, Prudden e Stern¹⁵ e Druss, O'Connor e Stern, por exemplo, não vêem maiores problemas na reabilitação do colostomizado. Já Rubin e Devline Devlin se posicionam totalmente contrários a cirurgia. Eles afirmam que a vida com estoma é um desastre e aconselham o cirurgião a evitar a “abominável colostomia”. Idêntica desigualdade se constata nos que comparam a qualidade de vida de operados de carcinoma retal com e sem a preservação do esfíncter anal. Assim, MacDonald & Anderson destacam o alto custo psicológico e social do estoma, assinalando que os colostomizados são mais propensos a estar deprimidos, socialmente isolados e estigmatizados do que pacientes que tiveram o ânus mantido. Grundmann, Said e Krinke também acharam que a qualidade de vida era melhor após ressecção do que após excisão do reto. A excisão resultou em sentimentos de inferioridade, em depressão e em distúrbios sexuais. No entanto, para Wirsching, Drüner e Hermann a comparação de colostomizados com não colostomizados não é desapontadora, havendo razões para se supor que os primeiros podem levar vida normal. Embora visitassem amigos menos frequentemente (contato ativo) e fossem menos ao cinema e ao teatro (lugares onde há proximidade com pessoas e impossibilidade de se afastar por longo período), os colostomizados não recebiam menos visitas (contato passivo) e não iam menos a restaurantes.

O que se pode perguntar é até aonde nos leva a questão de saber se a adaptação à colostomia é mais ou menos favorável. Dado que a mutilação física é uma imposição que não oferece alternativas, nada resta ao sujeito senão adaptar-se. Caberia aos membros da equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas) ajudá-lo a achar a melhor acomodação possível, com um mínimo de sofrimento. Mas esta acomodação não pode logicamente estar desvinculada da maneira do sujeito lidar com o câncer, visto que a modificação corporal é uma exigência do tratamento da doença.

Nos pacientes que reagem ao câncer com aflição, a correlação com a resposta à colostomia (minimização) é estabelecida com base na seguinte interpretação: ao comparar a desmedida ameaça que subjetivamente pressentiam na doença com o prejuízo do estoma, os indivíduos eram levados a desconsiderar toda a relevância do último. Frente ao intenso medo da malignidade, a colostomia perdia qualquer importância.

¹⁵ *Acta Chir Belg*, 1987, vol. 87:355-7.

Assim, a aparente não-adaptação ao estoma dos indivíduos, pode ser considerada antes uma consequência necessária do estilo de reação a doença do que uma real intolerância à colostomia.

Já nos pacientes com resposta ao câncer de estoicismo, a correspondência com a adaptação ao estoma é estabelecida por uma interpretação mais linear. Se conseguem manter-se impassíveis diante do tumor, com maior razão ainda se mostrariam resignados com a seqüela da sua retirada cirúrgica. Uma vez tratados, da maioria desses indivíduos não se poderia esperar outra coisa senão aceitação e conformismo pela mutilação sofrida. Quanto aos sujeitos que vêem o câncer como enfrentamento, o caráter funcional e prático adquirido pela adaptação ao estoma é explicado do modo como se segue. É lícito supor que a atitude mental adotada diante da doença proporcionou condições para a aquisição de um conhecimento racional e eficiente do conceito de malignidade, levando o sujeito a concluir que a cirurgia era condição *sine qua non* para a sobrevivência. Uma tal elaboração da realidade, se bem sucedida, pode servir para controlar a angústia e contrapor-se a preconceitos e temores infundados relacionados ao câncer, dando lugar a comportamento positivo e eficiente no tocante à deficiência física. Nestes casos, então, o padrão de adaptação ao estoma poderia ser visto como um desdobramento quase natural da resposta a neoplasia.

A Estigmatização do Ostimizado *

Para falar do estigma de ser ostomizado, é necessário definir o que se entende por “estigma”. A palavra **Estigma** teve sua origem na antiga Grécia, que significava

conceito de estigma

“(...) sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os representava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou um traidor – uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que deveria ser evitada especialmente em lugares públicos.”

Goffman (1988:11)

Com isso observa-se que uma pessoa estigmatizada é aquela que possui um atributo depreciativo, levando em consideração um padrão pré-estabelecido pela sociedade.

Goffman (op cit, p. 27) ao relacionar estigma e identidade social, enfatiza que, na maioria das vezes, o indivíduo estigmatizado ou se retrai ou torna-se agressivo quando tenta relacionar-se socialmente. O autor ainda destaca que caso os considerados “normais” mostrem-se interessados e sensíveis pela situação do estigmatizado ou se ocorre o inverso, simplesmente ignora-se o “defeito” dele, onde serão feitas cobranças impossíveis de serem cumpridas.

Não raro se vêem associações de pessoas estigmatizadas pela sociedade: associações de diabéticos, alcóolatrás, ostomizados e assim por diante. Estas têm por finalidade a tentativa de unir as forças de seus associados para vencerem o estigma da sociedade.

“ Essas associações são, quase sempre, o ponto máximo de anos de esforço por parte de pessoas e grupos situados em diversas posições e constituem um objeto de estudo exemplar enquanto movimentos sociais.”

Goffman (op. cit., p. 31)

Com a passagem acima, observa-se a importância das associações para os indivíduos estigmatizados, pois elas sempre serão o modo pelo qual eles se sentirão mais a vontade e terão condições de discutir aspectos inerentes.

Com esta breve exposição, observa-se como é doloroso ser portador de um câncer, principalmente para aquele que tem um estoma intestinal, convivendo com a morte diariamente, quer seja pelo tratamento implementado, quer seja pela própria gravidade da doença.

in nave página 34

1. Câncer : a doença que diferencia

Os indivíduos portadores de câncer, por influências impostas pela própria sociedade, vivem com um estigma particular e tendem a vivenciar experiências similares de aprendizagem relativas a sua condição e a sofrer mudanças análogas na concepção do eu, que não sejam apenas causa mas também efeito do compromisso com uma seqüência semelhante de ajustamentos pessoais, segundo Goffmann (1988:15).

Quando se aborda o tema de estigmatização, observa-se que aqueles que nele se enquadram, numa fase avançada da vida passam por uma reorganização radical da visão do seu passado. Tais indivíduos têm conceitos formados acerca do normal e do estigma muito antes de serem obrigados a se considerar como deficientes. Portanto, é muito provável que se consigam identificar como tal, com mais facilidade para se auto censurarem, como foi observado com Goffmann (op. cit., p. cit.).

Discutir a questão do estigma em nossa sociedade não tem sido uma tarefa simples, pois o problema do diferente é remetido a uma perspectiva de patologia. E mais, o indivíduo estigmatizado tem sido encarado a partir de uma perspectiva médica preocupada em distinguir o “são” do “não-são” ou do “insano”.

Dessa maneira, certas pessoas apresentariam características de comportamento “anormais”, sintomas ou expressão de desequilíbrios e doença. Tratar-se-ia, então, de diagnosticar o mal e tratá-lo. O “mal” seria uma entidade atribuída ao indivíduo, definido ou como fenômeno endógeno ou mesmo hereditário.

Quando se menciona o estigma pela “anormalidade” corporal, ou seja, ao corpo deficiente, ao corpo que apresenta a ausência de algo . Para Amaral (1992, 24), “(...) *do ponto de vista biológico, o desvio está presente no corpo quando há falta ou excesso de alguma coisa.*“. Enfatiza ainda que

“(...) o fato é que (seja da ótica de quem a vive, seja da ótica de quem a vê) a deficiência, do ponto de vista psicológico, jamais passa em ‘brancas nuvens’. Muito pelo contrário: ameaça, desorganiza, mobiliza. Representa aquilo que foge ao esperado, ao

simétrico, ao belo, ao eficiente, ao perfeito ... e, assim como quase tudo que se refere à diferença, provoca a hegemonia do emocional sobre o racional.”

Amaral (op. cit.,p.60)

Assim, o indivíduo portador de uma ostomia intestinal, apresenta-se como algo que representa uma ameaça para as pessoas que a portam e para as não deficientes, que não sabem como lidar com pessoas que apresentam uma diferença significativa.

Quanto a isso, Goffman observa que:

“A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontrados.”

Goffman (1988:11)

Dessa maneira, segundo o autor acima (op. cit., p. 07), o estigma refere-se à *“(...) situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena e, conseqüentemente, promove uma generalização e a desumanização do portador de algum tipo de diferença significativa - uma deficiência”*.

Historicamente, essa diferença significativa (a deficiência) está associada a uma situação de desvantagem. Ou seja, refere-se à condição de uma situação de desequilíbrio. Explicando melhor, a idéia de desvantagem só assume a conotação de pertinência, quando leva em consideração um determinado indivíduo em relação aos seus pares e inserido num grupo específico .

Esses aspectos acabam gerando, segundo Amaral (1992:09), a deficiência secundária, que é *“(...) aquela não inerente necessariamente à diferença em si, mas ligada também à leitura social que é feita dessa diferença”*. Dessa maneira, incluem-se aqui, portanto, as significações afetivas, emocionais, intelectuais e sociais que o grupo atribui a dada diferença.

Vale destacar que para Amaral (op. cit., p. cit.) a deficiência primária *“(...) engloba o impedimento (dano ou anormalidade de estrutura ou função – o olho lesado, o braço amputado, a perna paralisada)”*. Essa refere-se, efetivamente, à deficiência propriamente dita, ou seja, restrição, perda de atividade, seqüela – o não enxergar, o não

manipular, o não andar. Trata-se, portanto, de fatores intrínsecos, das limitações em si, envolvendo a diade pessoa e corpo.

Atualmente, reconhece-se que a deficiência secundária é a responsável principal no impedimento do desenvolvimento do indivíduo, pois aprisiona-o na rede das significações sociais, com seu rol de conseqüências, como atitudes, preconceitos, estereótipos, que acaba por legitimar a diferença e, conseqüente, exclusão. O estereótipo refere-se à concretização de um julgamento qualitativo, baseado no preconceito podendo ser, também, anterior a experiência pessoal.

Em relação à deficiência podemos verificar que o preconceito, na maioria das vezes, está baseado em atitude comiserativa, resultante do desconhecimento, este considerado a matéria-prima para a perpetuação das atitudes preconceituosas e das leituras estereotipadas da deficiência – seja esse desconhecimento relativo ao fato em si, às emoções geradas ou às reações subseqüentes.

Em relação a pessoa com deficiência, os preconceitos podem ser indiretamente deduzidos com segurança face às práticas de exclusão tão freqüentes em nossa sociedade, como a restrição do acesso a escola e ao mundo do trabalho.

O preconceito em relação a questão da deficiência,

“(...) pode estar lastreado na aversão ao diferente, ao mutilado, ao deficiente – os estereótipos daí advindos serão: o deficiente é mau, é vilão, é asqueroso ... Ou o preconceito pode ser baseado em atitude de caráter comiserativo, de pena, de piedade: o deficiente é vítima, é sofredor, é prisioneiro ... e assim por diante”.

Amaral (1992:120)

Para o sujeito deficiente, a sociedade lhe atribui o empobrecimento da razão esclarecida e tende a reduzi-lo a uma alteridade, ao outro opaco, pois no limite, na conduta preconceituosa, não há sujeitos verdadeiros, porque não há reflexão que permita ao sujeito, devolver ao objeto aquilo que dele recebeu.

Quando analisamos a condição de ser deficiente, os atributos do sujeito como discernimento, escolha, decisão parecem estar fora de foco. Pois, se o sujeito é deficiente, torna-se reduzido a essa deficiência, o que o impede de exercer seu papel social de indivíduo.

Viver com uma doença estigmatizante, como o câncer, deu margem a um processo de significação, gerado pela percepção sobre a doença, possibilitando a reformulação de pré-concepções e a elaboração de novos conceitos sobre ter uma doença incurável.

A experiência de viver com a doença e seu tratamento, gera sentimentos e atitudes que refletem um grau de incerteza a partir da revelação do diagnóstico e das suas concepções a respeito desta. Sendo assim, este tipo de doença constitui-se em uma interpretação e um julgamento sobre as impressões sensíveis produzidas pelo corpo, sendo considerada, portanto, não um fato mas uma significação, conforme afirma Alves (1993:263).

A seguir, transcrevemos uma carta de uma estudante de Enfermagem americana, onde ela aborda a visão do indivíduo enfermo. De forma clara e concisa demonstra a ambigüidade a que todos nós estamos sujeitos, uma vez que ao mesmo tempo em que somos "cuidadores", somos "cuidados".

"Sou uma estudante de Enfermagem. Estou morrendo. Escrevo isto para vocês que são e se tornarão enfermeiras, na esperança de que, ao partilhar meus sentimentos, vocês sejam capazes de ajudar melhor os que passam por minha experiência.

Agora, estou fora do hospital. Talvez por um mês, seis meses, ou, quem sabe, um ano... Mas ninguém gosta de conversar sobre estas coisas. Realmente, ninguém gosta de falar sobre nada. A Enfermagem está progredindo, mas seria desejável que progredisse mais rapidamente.

Ensinaram-nos a não sermos muito otimistas, a omitir a rotina do "tudo ótimo", e nos saímos bem. No entanto, as pessoas, as circunstâncias, são abandonadas num solitário e silencioso vazio. Com o abandono do "tudo ótimo", os profissionais da saúde são deixados apenas com sua vulnerabilidade e temor. O moribundo ainda não é visto como pessoa. Assim, torna-se impossível a comunicação.

Ele é o símbolo do que todo ser humano teme, do que todos teremos que enfrentar um dia, como sabemos, pelo menos academicamente. Que diziam, em enfermagem psiquiátrica, do encontro da patologia com patologia, em detrimento tanto do paciente quanto do enfermeiro? E havia tanta coisa a se conhecer sobre os sentimentos pessoais, antes de poder ajudar alguém com seus próprios sentimentos... Como isto é verdade! Mas, para mim, o medo é hoje, e a morte é agora. Vocês entram e saem do meu quarto, dão-me medicamentos, checam minha pressão.

Será por que sou uma estudante de Enfermagem ou simplesmente um ser humano que percebo seu medo? E o medo de vocês aumenta o meu. Por quê estão apavoradas? Eu sou a única que está

morrendo... Sei que vocês se sentem inseguras, não sabem o que dizer ou fazer.

Mas, acreditem em mim, por favor! Se vocês se importam, não podem estar erradas: isso é o que realmente procuramos. Podemos perguntar pelos porquês, mas, na realidade, não esperamos respostas. Não fujam... Esperem... tudo o que eu gostaria é de ter a certeza de que haverá alguém para segurar a minha mão quando eu precisar. Estou com medo. A morte pode ser rotina para vocês, mas é novidade para mim. Vocês podem não me ver como única. Mas eu nunca morri antes. Uma vez é absolutamente única. Vocês falam baixinho a respeito da minha juventude. Mas, quando se está morrendo, ainda se continua jovem? Tenho muitas coisas que gostaria de partilhar com vocês. Na verdade, não tomaria muito de seu precioso tempo, pois vocês estão aqui, de qualquer forma. Se ao menos pudéssemos ser honestos, aceitar nossos temores. Tocar-nos. Se vocês realmente se importassem, perderiam muito de seu profissionalismo se chorassem comigo? Como pessoa. Então, talvez não fosse tão difícil morrer...num hospital...com amigos por perto.”

Orlando (1978:39)

Desafiando o Inevitável

Como já foi mencionado anteriormente, viver com uma doença crônico-degenerativa é algo que afeta não somente o doente mas também sua família. Reznik e Dall' Agnol (2000), enfatizaram que a *“vivência de uma enfermidade provoca muitas reações e sentimentos, pois o paciente e a sua família terão que se adaptar aos diversos estágios que a enfermidade impõe.”* Isto se deve não somente pela notícia da doença, mas principalmente as limitações impostas por ela.

Alguns autores, como Leshan (1992), enfatizam que as pessoas pré-determinam o seu modo de vida, adquirindo posturas de modo que venham a satisfazer suas necessidades materiais. Aspectos importantes como o auto-conhecimento, o resgate de alguns princípios e valores, só são buscados a partir do momento da vivência de uma patologia como o câncer, conforme é destacado:

“(...) não devemos nos esquecer nunca que também podemos encontrar sentido na vida quando nos confrontamos com uma situação sem esperança, quando enfrentamos uma fatalidade que não pode ser mudada. Porque o que importa, então, é dar testemunho do potencial especificamente humano no que ele tem de mais elevado e que consiste em transformar uma tragédia pessoal em triunfo, em converter nosso sofrimento numa conquista humana. Quando já não somos capazes de mudar uma situação – podemos pensar numa doença incurável, como o câncer que não pode mais operar – somos desafiados a mudar a nós próprios.”

Frankl (1991: 101)

De acordo com esta citação, observa-se que por mais desafiadora que seja a situação, todos nós devemos encontrar um ponto de equilíbrio de modo que se possa contornar a situação apresentada.

Em estudos realizados com enfermos oncológicos, observou-se que estes interpretavam o câncer como um sinal de alerta para que deixassem de lado as coisas que machucavam e angustiavam e comesçassem a fazer outras que proporcionassem prazer e bem-estar (Simonton, 1994). Embora na prática sejam encontradas pessoas portadoras deste tipo de patologia negociando a vida com uma Entidade Superior, de acordo com a crença de cada uma delas, nos deparamos com outras que “aceitam” a doença e sofrem verdadeiras mudanças no seu cotidiano enquanto pessoas. Contudo, Kóvacs (1998),

ressalta que o câncer ainda hoje é visto como uma doença que causa dor, sofrimento e degradação do ser humano, vindo a acarretar – como já mencionado – sentimentos diversos como raiva, desespero, perda das habilidades funcionais e vocacionais, frustração e incertezas quanto a um futuro não tão longíquo assim.

Assim como Simonton e Kóvacs, Remen (1993) aponta que a doença vivenciada pelo indivíduo – qualquer que seja seu grau de complexidade – assim como todas as outras experiências humanas, faz parte de um processo contínuo de aprendizado e crescimento pessoal. Neste momento, com estas citações, identificamos algo singular: **o viver e o morrer com câncer**. Alguns autores apresentam aspectos biológicos da doença propriamente dita. Outros, discorrem sobre como é viver com um câncer, analisando o ponto de vista do indivíduo.

1. Por quê adoeci?

A possibilidade do câncer é configurada pelos indivíduos quando procuram compreender o processo de adoecimento e tentam dar significado a ele. Nessa fase, já aparecem sinais de preocupação com a possibilidade da volta da doença, quando então retomam conceitos baseados nas experiências vividas.

Assim, ocorre o levantamento de hipóteses sobre a causa da doença, identificando pessoas da família que a tiveram.

Na busca por respostas para a causalidade da doença, a percepção sobre a possibilidade da recorrência não se dá num instante pontual na vida do indivíduo, porque ela é produto de toda a sua história, que é constituída por processos de interação e de comunicação com os outros.

A preocupação com a recorrência, nessa fase onde se busca compreender a causa da doença, é explicitada quando experiências negativas anteriores a ela ou conceitos sobre a mesma são compartilhados cultural e socialmente.

Os indivíduos portadores de um câncer, qualquer que seja sua localização, tentam explicar o aparecimento da doença como decorrente de uma condição interna ao organismo, deixando transparecer a possibilidade de sua volta, apresentando uma indefinição do agente que desencadeia o processo mórbido.

Nesse contexto, encontrar uma causa para a doença pode ter uma importante implicação, fazendo com que o indivíduo passe a conhecer melhor sua situação,

propiciando-lhe domínio e controle sobre futuras recorrências. Dessa forma, a atribuição causal pode ser importante porque, freqüentemente, determina os tipos de estratégias adotadas para seu ajustamento e alterações do seu estilo de vida.

Sendo assim, observa-se que as emoções e as imagens suscitadas pelo câncer relacionam-se à idéia dos movimentos de um caranguejo. Simbolicamente se faz essa associação por ter esse animal hábitos noturnos, viver em profundidades invisíveis e se deslocar de maneira mal ordenada e imprevisível. Para seu crescimento e desenvolvimento faz inúmeras vítimas e as neutraliza sem aviso prévio e sem lhes deixar escapatória.

A representação do câncer expressa uma visão assustadora e temerosa, demonstrando o temor que ele representa na vida do indivíduo. O ocultamento dos sinais e sintomas físicos que dificultam o diagnóstico precoce é percebido como o lado sombrio da doença, deixando embutida a possibilidade de sua recorrência, visto ser ela imprevisível, fazendo com que o sofrimento encontrado na experiência de cada indivíduo também é revelado como algo que marca profundamente sua vida, da mesma forma que é incorporada como parte do processo de adoecer.

Algo que muito perturba os portadores de câncer é a iminência do sofrimento, e, por conseqüência, o medo da morte. A dor e a morte são indissociáveis, e tal afirmativa vem ao encontro do conceito *não é porque caiu doente que o homem morre; é, fundamentalmente, porque ele pode morrer que o homem adoecer*. (Ferreira, 1994:101)

Entende-se que o medo da morte faz com que a possibilidade da dor, seja muito mais valorizada. O conceito culturalmente construído de que a pessoa com câncer tem dor é percebido quando o câncer recidiva no período "livre da doença", ou seja, quando ocorre ausência de qualquer sinal ou sintoma identificado.

Durante o processo de descoberta, negação e aceitação da doença, o indivíduo enfermo faz comparações com outras enfermidades tidas como severas, tais como a AIDS, que, na atualidade, é uma doença com significações éticas, morais e sexuais. Simbolicamente, as imagens suscitadas tanto pela AIDS como pelo câncer revelam o seu caráter de finitude, pois ambas evoluem em estágios, deixando evidente a fragilidade do sistema imunológico do indivíduo para combatê-las e a ineficácia das abordagens terapêuticas. Nesse processo de significação, onde o futuro é incerto, parece que a morte é iminente.

Nesse processo, os indivíduos apresentam sentimentos de culpa decorrentes da falta de cuidado consigo mesmo, assim como a incerteza à possibilidade da recorrência da doença. Este sentimento de culpa também é explicitado quando, em seu processo de reflexão, passam a crer que a doença poderia ter sido identificada anteriormente, e para amenizarem esse sentimento tentam externalizar o processo de identificação da doença, diminuindo sua responsabilidade por não terem percebido as alterações corporais, uma vez que a incerteza com relação a doença pode tê-la feito avançar o suficiente para não responder ao tratamento. Nesse caso, a incerteza pode não favorecer a incorporação de estratégias positivas para o enfrentamento da mesma e o perigo da possível volta da doença pode imobilizar o indivíduo, tornando-o incapaz de utilizar seus recursos pessoais para lidar adequadamente com o câncer.

Na construção da experiência pessoal, o impacto psicológico do câncer merece destaque. Com o surgimento da Psico-Oncologia onde se observa o comportamento psicológico e os fatores sociais da prevenção do câncer, tratamento e melhorando a qualidade de vida dos portadores de câncer em todos os seus estágios através de aconselhamento e programas educacionais. A identificação precoce dos pacientes que se encontram doentes é importante para aderência ao tratamento e controle da doença. É igualmente importante o reconhecimento e diagnóstico das desordens psicológicas comuns, tais como ansiedade e sintomas depressivos, que normalmente ocorrem.

Iniciando com este discurso destaca-se a importância de assistir holisticamente os portadores de câncer devido a especificidade da patologia. Henry David, psicoterapeuta do *Transnational Family Research Institute*, nos Estados Unidos, vivenciou o câncer de um tipo raro que o obrigou a se submeter a forma mais agressiva do tratamento: radioterapia e quimioterapia coadjuvante. Foi esta experiência que o levou a escrever no ano de 1999 um artigo denominado *Coping with cancer: a personal odyssey*, onde descreve a trajetória desde a descoberta até o início do tratamento, assim como todos os percalços vivenciados.

David (1999:294) revela que ao descobrir-se canceroso a primeira reação foi de desespero, o “não saber o que fazer”. Mas devido a sua formação psicanalítica rapidamente se recuperou do impacto e pôs-se a pesquisar sobre o seu tipo de câncer, uma vez que era raro (era o segundo caso de carcinoma de Merkel – um tipo de melanocarcinoma – em 6000 pacientes atendidos pelo oncologista indicado). Entrou em contato com diversos especialistas (oncologistas e patologistas) solicitando material

bibliográfico a cerca do câncer para que ele pudesse melhor compreender e poder auto-ajudar-se na cura e/ou estacionamento da doença.

Foi neste momento que David deparou-se com o primeiro obstáculo: os médicos achavam que pelo fato dele ser o “paciente” não deveria obter maiores informações acerca da patologia, pois este era um *saber médico* inacessível a qualquer outra pessoa. Pediram, então, que seu médico pessoalmente solicitasse os artigos e, se ele achasse conveniente, os forneceria.

“ (...) patient participation in the treatment decision process is somewhat unusual in oncology practices. (...) It was so strong that many physicians followed the dictum that patients should not be told of their diagnosis.”

David (1999: 294)

Foi com muita insistência que David conseguiu finalmente os artigos que muito lhe ajudaram a entender a realidade de viver com câncer, uma vez que ele não trabalhava com este tipo de clientela. Ao apresentar ao seu médico os referidos artigos, o mesmo ficou surpreso pois nunca nenhum de seus pacientes havia tomado aquela atitude.

As pessoas portadoras de câncer têm o direito, dentro do seu nível de conhecimento e até mesmo a aceitação da realidade, de saber o que está se passando com elas e participar ativamente das decisões terapêuticas, uma vez que isto influencia diretamente na adesão ao tratamento. Pois bem, depois que David descobriu a real situação em que se encontrava, além de aderir ao tratamento implementado, fez questão de discutir com seu médico todos os passos que deveria seguir até a cura e /ou estacionamento da doença. Este não se demonstrou, a princípio, sensibilizado com o posicionamento de David, pois ele se considerava o detentor do saber científico, não admitindo interferência, segundo relata David. Mas, finalmente, ele cedeu, o que tranqüilizou David e o fez adquirir forças novas para combater a doença.

Uma das técnicas utilizadas por David para que ele mantivesse o controle emocional naquela situação foi a realização de um diário onde registrava todos os dias a evolução do tratamento e como estava se sentindo, não biologicamente falando, mas sim como pessoa, sobre o seu destino, seus anseios, suas expectativas de vida.

Foi lendo artigos de Jimmie C. Holland, o precursor da Psico-Oncologia, que David sentiu-se fortalecido em continuar sua luta diária contra o câncer. Holland enfatizava que a Psico-Oncologia tem o objetivo de assistir não somente ao doente, mas a

sua família e até mesmo aos profissionais que o assistem. Sendo assim, destacam-se dois pontos principais nesta ciência:

- O impacto psicológico do câncer para o paciente, família e cuidadores
- A influência cultural, psicológica e de fatores comportamentais no risco do câncer e na sobrevivência.

A adaptação a nova vida, ou melhor dizendo, a nova e temporária condição de viver, é um caminho árduo que deve ser percorrido não somente pelo doente mas pela família também, pois é desta que o enfermo tira suas forças para lutar contra o câncer. Embora as pessoas não tenham idéia, mas o sucesso de muitos casos de cura do câncer vem do equilíbrio familiar, do amparo dos entes queridos para vencer uma batalha...talvez a pior batalha da vida de uma pessoa: vencer a dor, a estigmatização, a mutilação física e emocional, a morte.

“Patient-derived factors depend largely on maturity at the time of illness and past experience in coping with stress. Cancer-derived factors constitute the clinical realities: disease stage at time of diagnosis, cancer site, symptoms, prognosis, types of treatment required and their impact on function, altered body structure and image (such as mastectomy and temporary loss of hair), and the psychological sensitivity of the treatment team.”

David (1999: 295)

2. Vivenciando a mudança corporal

Algo que se torna marcante no doente de câncer é a mudança corporal. Ela pode ocorrer devido ao tratamento conservador através da quimioterapia e/ou radioterapia ou ainda através do tratamento invasivo, compreendido pelas cirurgias, em sua grande maioria mutilantes, com a extirpação de órgãos (intestinos, útero, próstata) ou de membros (mamas).

Talvez esta seja a pior de todas as transformações vivenciadas pela pessoa que tem um câncer. É preciso muito controle emocional para que a ansiedade e a depressão, irmãs do câncer que sempre caminham juntas, não “adotem” a pessoa e lhes venham causar mais malefícios.

“In my experience, maintaining a positive attitude, self-esteem, and close relations with family members helped to ward off depression. The strong belief that I would overcome this cancer was important in maintaining a sense of control and in dealing with treatment side effects.”

David (1999: 295)

“ An example of coping was dealing with the loss of body hair. Being totally bald for a time did not stop my social life or activities in public places.”

David (op. cit., p. cit.)

Contudo, observamos em nossa prática profissional, que o câncer colorretal, na maioria das vezes, vem mutilar grosseiramente este indivíduo. Mas quantos são os autores que escrevem sobre o comportamento de médicos e enfermeiros – assim como os demais membros da equipe de saúde - ao assistirem estes indivíduos mutilados por este tipo de câncer? Como se sentem e/ou atuam estes profissionais no momento de dar a notícia a uma pessoa que ela tem um câncer e que será submetida a uma cirurgia que mudará totalmente seus hábitos de vida? Quais são as técnicas/métodos adotados por estes profissionais para adaptar o indivíduo a nova vida?

Infelizmente são raros os trabalhos apresentados de forma clara e concisa sobre o assunto. Lidar com o pensamento – porque não dizer, com o “ **eu interior**” – de cada um é algo muito complicado de se fazer.

in para página 59

CAPÍTULO III

O despreparo dos profissionais diante da morte

O despreparo dos membros da equipe de saúde é significativo no que se refere a morte. Há necessidade de maior elucidação para estes profissionais do que é o morrer, para que observações como as constatadas pelos sociólogos americanos sejam minimizadas.

“ A sensibilidade de uma família destroçada pela espera e desmoralização de enfermeiras e médicos que não encontraram durante a espera uma fórmula mágica de reverter a trajetória. (...) uma melhor formação psicossociológica permitira ao pessoal do hospital domesticar a morte, encerrá-la num novo ritual (...). “

Pitta (1994: 37)

Segundo Brim (1960), há uma grande dificuldade por parte dos médicos em lidarem com seus sentimentos como impotência, culpa, raiva, tristeza. A impotência faz reviver os medos da destruição, vulnerabilidade e separação. Faz também com que o profissional entre em contato com sua própria finitude e mortalidade.

Klafke (1991) fez um estudo sobre a relação dos médicos cancerologistas com os seus pacientes terminais e verificou como a negação da morte é incorporada pelos primeiros, dificultando a comunicação em relação ao tema. Destaca os sentimentos dos médicos ao se defrontarem com a impossibilidade de curar a doença ou aliviar os sofrimentos de seus pacientes, dentre os quais destacamos a culpa, o medo, a impotência e até mesmo a raiva, sentimentos estes que podem acarretar o afastamento de seus pacientes.

Ziegler (1977) fez uma análise muito interessante sobre o poder da medicina nos dias atuais, usando o termo “*tanatocratas*” para aqueles que têm a decisão sobre a vida e a morte. Na exacerbação desta atitude vemos com frequência profissionais tomando decisões sem consultar o paciente e seus familiares.

Vemos a equipe médica oscilar entre uma mentalidade de onipotência, acreditando que tudo pode com o grande desenvolvimento da tecnologia e o sentimento de frustração, tanto por não poder salvar uma vida como por não conseguir eliminar ou aliviar o

sofrimento dos pacientes sobre seus cuidados. Lidar com dor, sofrimento abre uma ferida no ego colocando o profissional diante do incompleto e não terminado, conforme destaca Torres & Guedes (1987). Às vezes o mais difícil não é lidar com a morte e sim acompanhar o paciente vivo que está morrendo.

Assim como os médicos, os membros da equipe de Enfermagem também apresentam particularidades quando falamos de morte.

A Enfermagem tem como destaque a preocupação em cuidar do paciente, o que envolve o olhar, a escuta, a percepção e a disponibilidade para atender as necessidades dos pacientes que assistem. Além dos procedimentos técnicos deve (ou deveria) haver a preocupação com o alívio do sofrimento, tendo como meta a melhoria da qualidade de vida nas dimensões física, psíquica, social e espiritual.

Para os membros da equipe de enfermagem surgem dificuldades no lidar com os problemas advindos do contato diário, pois esses profissionais – como já mencionado – são os que estão mais próximos do paciente e seus familiares, provocando um *stress* de difícil resolução. O sentimento gerado nessas situações traduz-se em impotência, frustração, culpa, irritação, entre outros, sendo que, muitas vezes, esses sentimentos precisam ser abafados, pois podem interferir na eficácia dos cuidados.

É notório que os pacientes buscam a equipe de Enfermagem para falar de suas questões mais íntimas, fazendo perguntas que suscitam situações constrangedoras, tanto pelo fato das respostas não estarem disponíveis quanto por trazerem consigo a possibilidade da eclosão de sentimentos intensos. Uma das situações mais comuns é a comunicação do agravamento da doença e da proximidade da morte. Recai sobre a Enfermagem, principalmente sobre o enfermeiro, vivenciar situações de desespero e ansiedade dos familiares diante do sofrimento e da possível morte do ente querido. Estes buscam no enfermeiro respostas, querem a confirmação de esperança de cura do doente, sobrecarregando a equipe de um modo geral que tem que dar conta de um número elevado de atividades.

Um fato que não podemos esquecer é que o profissional de Enfermagem tem como atividade realizar exames e intervenções bastante invasivos e dolorosos, recebendo queixas dos pacientes e familiares por estas situações, sentindo-se agredido, sem ter a possibilidade de externar sentimentos que resultem dessa experiência. Além disso, pacientes e familiares podem nutrir sentimentos ambivalentes à equipe, que são expostos em primeiro lugar a Enfermagem. Esses mesmos pacientes e familiares podem expressar

agradecimentos, mas também raiva pelo sofrimento infringido e culpabilização pelo agravamento da doença.

O enfermeiro, em contato com esses diversos sentimentos vividos pelos pacientes e seus familiares pela aproximação da morte, está diante de um conflito de como posicionar-se frente ao sofrimento e a dor, que nem sempre pode aliviar, tendo também de elaborar perdas de pacientes, principalmente daqueles com quem estabeleceu vínculos mais intensos. Este convívio com a dor, perda e morte traz ao enfermeiro a vivência de seus próprios processos internos, de sua fragilidade, vulnerabilidade, medos e incertezas, que nem sempre encontram espaço de compartilhamento. Todas estas situações podem levar a uma sobrecarga, conhecida como a Síndrome de Burnout.

1. Afinal, o que é a morte?

Não pretendemos tratar da **morte** neste estudo, pois muito já se tem escrito. Apenas realizar esta breve abordagem sobre a temática pois esta se encontra amplamente incorporada quando se fala de câncer.

Mas como se pode falar do trabalho hospitalar sem falar, mesmo que rapidamente, da morte? Vida e morte andam lado-a-lado, “*face-a-face*”, dos profissionais de saúde. Esta assertiva fica clara na obra de Ana Pitta (1994) intitulada “*Hospital: dor e morte como ofício*”.

As atividades desempenhadas pelos profissionais de saúde podem vir a desencadear, distúrbios nas mais diversas instâncias orgânicas e psíquicas, como é afirmado abaixo:

“(…) a permanente exposição a um ou mais fatores que produzam doenças ou sofrimento no trabalho hospitalar, decorre da própria natureza deste trabalho e de sua organização evidenciados por sintomas e sinais orgânicos e psíquicos inespecíficos. As determinantes principais desse sofrimento que agem dinamicamente e eficientemente entre si e com outras estaria no próprio objeto de trabalho, ou seja, a dor, o sofrimento e a morte do outro, e nas formas de organização desse trabalho essencial e diuturno.”

Pitta (op. cit., p. 18)

Lidar com a morte é uma dificuldade histórica no Ocidente. O homem foi preparado para viver, gozar os prazeres da vida. A morte na Antigüidade era vista como

o fim de tudo o que era construído pelo homem, o fim de uma existência e de seus feitos . Atualmente a morte é vista como a continuidade de uma empreitada: a vida. Hoje, a morte pode ser retardada através da aparelhagem específica, encontrada nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), onde o homem tem o poder de “controlar”, “determinar” o período de existência de um ser. Assim, a morte pode ser evitada... talvez temporariamente, mas chegará o dia em que nada poderá retardá-la.

Pitta (op cit., p.28) destaca que “ *na Idade Média, a morte estava nas salas de visitas; hoje, ela se esconde em hospitais, nas UTIs¹⁶, controlada por guardiões nem sempre esclarecidos de sua penosa e socialmente determinada missão: o trabalhador da saúde.*”

A referida autora (Pitta, 1994: 30), destaca um trabalho realizado por dois sociólogos americanos com a equipe de saúde sobre a presente temática: a morte no ambiente hospitalar. Eles apontam a dificuldade dos membros integrantes da equipe de saúde em lidar com a morte. “ *Chegam a identificar uma “dying trajectory”, ou seja, uma trajetória defensiva do pessoal do hospital (...)*”, gerando conflitos pessoais e interpessoais, não poupando nem “ *a dignidade do doente, pobre coisa eriçada de tubos que não consegue resistir.*”

Negar a morte é uma das formas de não entrar em contato com experiências dolorosas. A grande dádiva da negação e da repressão é permitir que se viva num mundo de fantasias onde há a ilusão de imortalidade. Se o medo da morte estivesse constantemente presente não conseguiríamos realizar sonhos e projetos. No ser humano existe o desejo de se sentir único, criando obras que não permitam que seja esquecido, dando a ilusão de que a morte e a decadência não ocorrerão, conforme aponta Becker (1976).

Negar a morte pode dar a idéia de força e controle; entretanto, uma perda seguida de precária ou má elaboração do luto, não se permitindo a expressão da tristeza e da dor - tem trazido graves conseqüências como a maior possibilidade de adoecimento. É por isto que a depressão é, atualmente, a doença que mais afeta os profissionais da área de saúde mental (Pessini, 1997). O luto mal elaborado está se tornando um problema de saúde pública, dado o grande número de pessoas que adoecem em função de uma excessiva carga de sofrimento sem possibilidade de elaboração. Esse mal também está afetando os profissionais de saúde que cuidam do sofrimento alheio e que, muitas vezes, não têm

¹⁶ UTI/CTI – Unidade de Tratamento Intensivo/ Centro de Tratamento Intensivo

espaço para cuidar de sua própria dor, levando a seu adoecimento.

Historicamente houve grande alteração na maneira de lidar com a morte, como pode ser visto nos trabalhos de Aries (1977). A imagem da morte vem acompanhada da idéia de fracasso do corpo, dos avanços na área médica, das grandes mudanças sociais e da secularização dos ritos funerários.

A morte no final do século XX e início do século XXI normalmente não ocorre mais no leito, em domicílio, com a pessoa rodeada de familiares - passa a acontecer nos hospitais, nas UTIS, tendo como companhia não as pessoas queridas, mas tubos, máquinas e profissionais atarefados. A morte, que era um evento público, passa a ser solitária, portanto muito assustadora; ela, que fazia parte da vida, passa a ser um acontecimento estranho, perturbador, que deveria ser combatido com todas as armas.

Segundo Pessini (1997), existem dois paradigmas vinculados à ação de saúde: o curar e o cuidar. No paradigma do curar o investimento é na vida a qualquer preço, no qual a medicina de alta tecnologia se torna presente, e as práticas mais humanistas ficam em segundo plano. No paradigma do cuidar há aceitação da morte como parte da condição humana, leva-se em conta a pessoa doente e não somente o mal, enfatiza-se a multidimensionalidade da própria doença, a dor total, como preconiza Saunders (1991).

Ao priorizar-se, no hospital, salvar paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou de uma doença incurável pode fazer com que o trabalho da equipe de saúde seja percebido como frustrante, desmotivador e sem significado. Esta percepção pode ser agravada quando os procedimentos a serem realizados, fora de possibilidade de cura, não são compartilhados com toda a equipe, sendo este fato apontado como uma das razões principais para o *stress*.

Por outro lado, não conseguir evitar ou adiar a morte, ou mesmo não ser possível aliviar o sofrimento, pode trazer ao profissional a vivência dos seus limites, impotência e finitude, o que pode ser extremamente doloroso.

Pitta (1994) enumera algumas das defesas que profissionais de saúde apresentam diante das ansiedades provocadas pelo trabalho, dentre as quais aponta:

- fragmentação da relação profissional/paciente;
- despersonalização e negação da importância da pessoa;
- distanciamento e repressão de sentimentos;
- não assumir responsabilidade pelas decisões.

O dia-a-dia dentro de um hospital

Não raramente se encontram pessoas que dizem que o ambiente hospitalar é um palco de teatro – frio e inóspito – onde cada elemento tem seu papel coreografado de acordo com as situações. Ao analisar tal fato, observa-se a sua veracidade. Por exemplo, durante uma situação de emergência como uma parada cardiorrespiratória, médicos e enfermeiros assumem papéis ensaiados, cada um executando um passo para atingir o objetivo final: **salvar uma vida**.

Assim como também acontece com os procedimentos realizados no Centro Cirúrgico, onde uma indumentária específica é utilizada (gorros, capotes , máscaras...).

“(...) o cotidiano é a matriz social na qual realiza a vida. Este cotidiano não é asséptico mas reúne tudo de caótico no mundo humano. (...) é necessário se deter nas **insignificâncias** da vida de todo o dia e não abstrair-se delas.”

Motta e col. (1995:58, grifo nosso)

Quando a autora (op cit) diz que o “*quotidiano é a matriz social da qual realiza a vida*”, identifica-se a importância dos atos repetidos executados pelos membros da equipe de saúde no momento de assistir a um indivíduo enfermo.

1. O Stress na prática hospitalar

Um grupo de pesquisadores liderados por Jose Catalan (1993) realizou um estudo no Westminster Hospital e no Charing Cross Hospital no período de 1990 a 1993, onde os sujeitos eram médicos e enfermeiros que atuavam com pacientes HIV + e em Oncologia, com o objetivo de avaliar o grau de comprometimento psicológico destes profissionais. Foi identificado um conjunto de fatores que apresentavam significativa relevância no surgimento/ incremento do nível de *stress* nesses profissionais.

Com uma população de 41 profissionais¹⁷, os autores apontaram que mais de 30% dos sujeitos apresentavam níveis elevados de morbidade psicológica e 50% relatavam distúrbios laborais relacionados ao *stress*.

¹⁷ Os autores não quantificaram distintamente os médicos e os enfermeiros.

Catalan et col. (op. cit., p. 425) afirmam que já é conhecido o risco de distúrbios psicológicos nos profissionais de saúde, especialmente nos que cuidam de pessoas portadoras de doenças graves, assim como vivenciar/experimentar múltiplas mortes no cotidiano profissional.

Na população estudada, os autores apontavam que os enfermeiros apresentavam muito mais distúrbios psicossomáticos do que a equipe médica, fato este acarretado pelo maior envolvimento nos cuidados com as pessoas doentes, ter mais atribuições que os médicos e permanência maior com o enfermo.

Analisando a sintomatologia apresentada pelos sujeitos, Catalan et col. (op. cit., p. 433) apontam um grau elevado de manifestações da Síndrome de Burnout nestes profissionais, onde se destacam, dentre os sintomas sugestivos da referida Síndrome, a ansiedade e os distúrbios gastrointestinais e ortopédicos como os de maior prevalência.

Os autores enfatizam que os profissionais que atuam na oncologia tratam de pessoas com diferentes tipos de câncer, condições biofísicas e sócio-econômicas as mais diversas, uma variedade enorme de prognósticos, assim como longos períodos de remissão da doença, o que vem retardar a cura, uma vez que a cada remissão, nova série de quimioterapia/radioterapia tem que ser realizada, espoliando mais ainda o organismo debilitado. Estes e outros fatores influenciam no desgaste emocional e na despersonalização dos profissionais deixando-os vulneráveis a doenças, assim como na diminuição da realização profissional em virtude da constante corrida contra o tempo, ou seja, correr contra a morte.

Após a identificação dos fatores desencadeantes do nível de *stress* nos profissionais do estudo, os autores promoveram discussões para abordar os meios utilizados pelos sujeitos para minimizar a incidência dos fatores estressores. A maioria deles informou procurar grupos de apoio sobre os aspectos emocionais no cuidado com o paciente. A religião também foi apontada como um ancoradouro para estes profissionais.

Concluindo o estudo, os autores apontam uma possível solução para a redução do nível de estressores sofridos pelos profissionais de saúde ao assistirem o cliente oncológico: o apoio dos serviços de saúde mental pertencentes às próprias instituições onde atuam estes profissionais.

“The mental health services could play an important role in carrying out research in this field and in providing practical help to deal with staff's difficulties.”

Catalan et col. (1993: 425)

Semelhante ao estudo citado, McCaughan e Parahoo (2000), pesquisaram em um hospital público na Irlanda do Norte as percepções das enfermeiras acerca dos aspectos educacionais e assistenciais ao cuidar dos pacientes oncológicos, aspectos estes relevantes e que merecem uma abordagem mais detalhada.

Um destes pontos foi o fato de que nem sempre a morte é o ponto crucial deste tipo de doença, mas sim o trajeto percorrido pelo enfermo desde a descoberta até o ponto final: a cura ou a morte. Caminho este árduo e tortuoso, que afeta física e psicologicamente não somente o ser doente e seus familiares, mas também os profissionais envolvidos.

“ For many, cancer does not result in death; for those who die of it, it is the end point of an often traumatic process. The periods between prediagnosis and cure, remission, and recurrence or death, are ones in which the sufferer undergoes experiences unique to the individual.”

McCaughan & Parahoo (2000:421)

Com o desenvolvimento tecnológico, as indústrias farmacêuticas têm criado uma gama variada de medicações para o tratamento e controle do câncer, não significando necessariamente, bem-estar físico aos seus usuários, uma vez que algumas drogas tornam-se cada vez mais agressivas, como o caso do Vepesid[®], utilizado no tratamento das leucemias, onde pode vir a ocasionar hipotensão severa evoluindo para choque.

Em virtude do aumento de sobrevida prometido pelos novos protocolos, cada vez mais as enfermeiras, assim como a equipe médica que atuam em oncologia tornam-se mais tecnicistas, com o intuito de atender a demanda de novidades da indústria farmacêutica e das tecnologias da engenharia clínica.

As referidas autoras (op. cit., p. cit. .) destacam que as enfermeiras se vêem tão absorvidas nos cuidados do corpo físico, desenvolvendo e implementando a assistência, que mal têm tempo - e até mesmo preparo profissional - para assistir este doente sob o ponto de vista psicológico e emocional. Enfatizam ainda, a necessidade deste ser visto de forma holística o que irá contribuir com que ele se recupere/supere esta doença de forma mais tranqüila.

“ The challenge for nurses is in meeting the mental, social, cultural, spiritual and developmental needs arising for patient's emotional responses to their diagnosis, social and role limitations, loss of physical and/or mental abilities, complexities of treatment, and the impact of cancer in family and friends. These are the balance of care and treatment, which, so far, has been skewed towards meeting physical needs. People with cancer should be treated as people first, and the disease should not be the primary focus. A person's needs are not as fragmented as professionals make out, and it is up to the individual informed by professional expertise and evidence, to decide if, what and when help is required and how patient's need can be met.”

McCaughan & Parahoo (op. cit., p. cit.)

Com base nestas observações, identificou-se ainda que as enfermeiras também não estavam preparadas para trabalhar com a morte, assim como apresentavam sérios problemas de comunicação com estes doentes, quer seja por pena deles, quer seja por desconhecimento da abordagem a ser tomada, criando um distanciamento às vezes prejudicial ao doente.

“(...) the professional in meeting the psychosocial needs of cancer patients is inhibited by ineffective communication practices which include the use of distancing strategies and avoidance by health professionals”

Parle et col. (1997:231)

Neste estudo realizado por McCaughan e Parahoo, os sujeitos apontaram alguns aspectos que lhes incomodavam no momento de assistir ao doente oncológico. Dentre eles destaca-se:

- Falta de tempo para cuidar holisticamente: os sujeitos referem gastar muito tempo realizando procedimentos técnicos deixando a assistência psicológica de lado.
 - Falta de conhecimento e destreza: os cursos de graduação de um modo geral, não enfatizam o tratamento do câncer, assim como sua etiologia deixando uma lacuna no aprendizado.
-

- Dilemas éticos: falta de informação pelos doentes e familiares
- Competência em cuidar de pacientes com câncer: neste item os sujeitos destacaram o despreparo psico-emocional frente a morte e as mutilações sofridas pelos doentes o que vem influenciar negativamente na assistência.
- Necessidade de educação continuada

“ Not having enough knowledge about cancer and caring for these people as a whole.”

“Worried in case the patient asks questions that I cannot answer, e. g. Will I die?”

“The highest demands were for dealing with social and psychological problems of cancer patients (...).”

Concluindo o estudo, as autoras fizeram algumas considerações importantes:

- **Competência técnica** - as enfermeiras que compunham os sujeitos referiam competência técnica no desenvolvimento das atividades assistenciais, o mesmo não ocorrendo quando se tratava de preparo emocional e psicológico.
- **Competência psicossocial** – a área psicossocial foi apontada como a que os sujeitos sentem-se menos competentes em auxiliar os pacientes a compreender o adoecer de câncer, com um futuro incerto e aceitação da doença.
- **Falta de tempo** – este foi apontado como um dos fatores impeditivos de proporcionar conforto psico-emocional aos portadores de câncer que se encontram internados, sentar e ouvi-los.

Em virtude do despreparo profissional em assistir o doente sob o aspecto psico-sócio-emocional, os sujeitos fazem uso de artifícios para proteger-se do envolvimento emocional, uma vez que torna-se difícil conversar com os doentes sobre a mutilação física e psicológica, assim como a morte.

“ Talking to people about body image, sexual and spiritual matters or death and dying is not easy or comfortable at the best of times.”

McCaughan & Parahoo (2000:425)

Como observado em ambos os estudos, os fatores estressores sempre estão presentes no ambiente hospitalar acarretando interferências no desempenho dos profissionais, nos levando a ter em mente os efeitos sobre o organismo humano da Síndrome de Burnout, que pode afetar o trabalhador em variáveis níveis que vão desde o biofísico até o psico-emocional.

Síndrome de Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador

Cristina Maslach, professora de Psicologia da Universidade da Califórnia, dedicou seus estudos aos aspectos sociais e de saúde inerentes às atividades profissionais. Logo após o término do curso de pós-doutorado na Universidade de Stanford, no ano de 1971, iniciou uma série de pesquisas onde focava o desenvolvimento das relações de trabalho. Durante este período, ela identificou a existência de relações entre as atividades pessoais, sociais e variáveis contextuais do local de trabalho que influenciavam consideravelmente no nível de *stress* vivenciado pelos profissionais estudados. No ano de 1996, juntamente com outros pesquisadores, Maslach elaborou alguns parâmetros que viriam caracterizar a Síndrome de Burnout, que nada mais é do que o *stress* sofrido no ambiente de trabalho.

1. Mas o que seria essa Síndrome de Burnout?

“A Síndrome de Burnout é uma resposta ao estresse ocupacional crônico e caracterizada pela desmotivação, ou desinteresse, mal-estar interno ou insatisfação ocupacional que parece afetar, em maior ou menor grau, alguma categoria ou grupo profissional. Trata-se de um conjunto de condutas negativas, como por exemplo a deterioração do rendimento, a perda da responsabilidade, atitudes passivo-agressivas com os outros e perda da motivação, onde se relacionariam tanto fatores internos, na forma de valores individuais e traços de personalidade, como fatores externos, na forma das estruturas organizacionais, ocupacionais e grupais. A Síndrome de Burnout traz conseqüências não só do ponto de vista pessoal, senão também do ponto de vista institucional, como é o caso do absenteísmo, da diminuição do nível de satisfação profissional, aumento de condutas de risco, inconstância de empregos e repercussões na esfera familiar.”

Ballone (2002: 12)

Como visto, a Síndrome de Burnout é caracterizada pela presença incipiente de fatores estressores que vêm afetar o profissional como um todo. Dentre todas as profissões, segundo Borges et col. (op. cit., 2002: 190), os profissionais de saúde, assim como os educadores, seriam os mais atingidos pela síndrome devido às características das

atividades desenvolvidas. Ajudar outras pessoas sempre foi reconhecido como objetivo nobre, onde o exercício dessas profissões implica numa relação com o cliente permeada de ambigüidades, como conviver com a tênue distinção entre envolver-se profissional e não pessoal e/ou emocionalmente na ajuda ao outro. Sendo assim, a Síndrome de Burnout caracteriza-se pelo esgotamento emocional acompanhado da redução da realização profissional e despersonalização do outro, manifestações psicossomáticas, prejuízo nas relações interpessoais, além daquelas do ambiente de trabalho, absenteísmo e queda da qualidade dos serviços da organização.

Borges et col. (op. cit., p.191), assim como Cristina Maslach, apontam a Síndrome de Burnout estando caracterizada como uma síndrome multidimensional onde coexistem três fatores: *Exaustão Emocional, Despersonalização, Diminuição da Realização Pessoal*.

A exaustão emocional estaria centrada na fadiga e na redução dos recursos emocionais necessários para lidar com a situação estressora, enquanto que a despersonalização refere-se a atitudes negativas, ceticismo, insensibilidade e despreocupação com respeito a outras pessoas. A diminuição da realização pessoal seria caracterizada na percepção de deterioração da auto-competência e falta de satisfação com as realizações e os sucessos de si próprio no trabalho.

O processo tem início com a baixa realização pessoal e esgotamento emocional em paralelo. Posteriormente, em resposta a ambas, como uma estratégia de afrontamento ou defensiva instala-se a despersonalização. A partir daí o profissional pode vir a desenvolver sintomatologia somática necessitando de intervenção clínico-psicológica. Tal sintomatologia pode ser assim definida:

1. Esgotamento emocional, com diminuição e perda de recursos emocionais;
2. Despersonalização ou desumanização, que consiste no desenvolvimento de atitudes negativas, de insensibilidade ou de cinismo para com outras pessoas no trabalho ou no serviço prestado;
3. Sintomas físicos de estresse, tais como cansaço e mal estar geral;

4. Manifestações emocionais do tipo: falta de realização pessoal, tendências a avaliar o próprio trabalho de forma negativa, vivências de insuficiência profissional, sentimentos de vazio, esgotamento, fracasso, impotência, baixa auto-estima;

5. É freqüente irritabilidade, inquietude, dificuldade para a concentração, baixa tolerância à frustração, comportamentos paranóides e/ou agressivos para com os clientes, companheiros e para com a própria família;

6. Manifestações físicas: Como qualquer tipo de estresse, a Síndrome de Burnout pode resultar em Transtornos Psicossomáticos. Estes, normalmente se referem à fadiga crônica, freqüentes dores de cabeça, distúrbios do sono, úlceras digestivas, hipertensão arterial, taquiarritmias, e outras desordens gastrintestinais, perda de peso, dores musculares e de coluna, alergias, etc. ;

7. Manifestações comportamentais: probabilidade de condutas aditivas e evitativas, consumo aumentado de café, álcool, fármacos e drogas ilegais, absenteísmo, baixo rendimento pessoal, distanciamento afetivo dos clientes e companheiros como forma de proteção do ego, aborrecimento constante, atitude cínica, impaciência e irritabilidade, sentimento de onipotência, desorientação, incapacidade de concentração, sentimentos depressivos, freqüentes conflitos interpessoais no ambiente de trabalho e dentro da própria família.

Gil- Monte e Peiró (1997:27) em estudo realizado sobre a Síndrome de Burnout, após analisarem um grupo de profissionais de educação e da saúde, apresentaram os fatores causadores em dois grandes grupos: *facilitadores e desencadeadores*.

- **Facilitadores**

Seriam as variáveis de caráter pessoal que têm uma função facilitadora ou inibidora da ação dos estressores sobre o indivíduo.

- **Desencadeadores**

Seriam os estressores percebidos como crônicos no ambiente de trabalho.

DESENCADEADORES	FACILITADORES
<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente físico de trabalho e conteúdo do posto: a) <i>Nível de ruído, vibrações e iluminação</i> b) <i>Conforto físico percebido</i> c) <i>Turnos</i> d) <i>Riscos e perigos percebidos</i> e) <i>Sobrecarga percebida</i> f) <i>Previsibilidade percebida das tarefas ou de seu controle</i> <ul style="list-style-type: none"> • Relacionados ao desempenho dos papéis, às relações interpessoais e desenvolvimento da carreira. • Relacionados a adoção de novas tecnologias e aspectos da estrutura organizacional, incluindo as questões referentes ao acesso do processo decisório 	<ul style="list-style-type: none"> • Variáveis demográficas: a) <i>pontuações masculinas mais elevadas em despersonalização</i> b) <i>variações inconsistentes por gênero</i> c) <i>incidência maior entre jovens</i> d) <i>menor incidência entre casados</i> <ul style="list-style-type: none"> • Variáveis de personalidade: a) <i>maior propensão entre os empáticos, sensíveis, humanos e idealistas</i> b) <i>locus de controle externo</i> c) <i>sentimentos de auto-eficácia</i> d) <i>centralidade do trabalho</i> <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de estratégias de afrontamento utilizadas • Apoio social

FONTE: BORGES, Livia Oliveira et col. – *A Síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativos em hospitais universitários*. In: **Psicologia: reflexão e crítica**. Vol.15(1):189-200, 2002

Frente a este quadro, conclui-se que as principais causas da Síndrome de Burnout têm como base o excesso de trabalho, a falta de controle sobre as atividades exercidas, a falta de reconhecimento profissional pela organização e valores conflitantes.

Quando se fala em excesso de trabalho, aborda-se não somente o aspecto quantitativo mas também a necessidade de aprimoramento da qualidade do serviço prestado, assim como a diversidade de tarefas impostas.

Gil et col. (2002), em estudo realizado em uma instituição psiquiátrica no município do Rio de Janeiro, identificaram os fatores laborais que contribuem para com o aumento do nível de *stress* nos profissionais de saúde, principalmente na equipe de Enfermagem.

As autoras apontam que cerca de 93% da população estudada apresenta problemas a nível laborativo assim descritos:

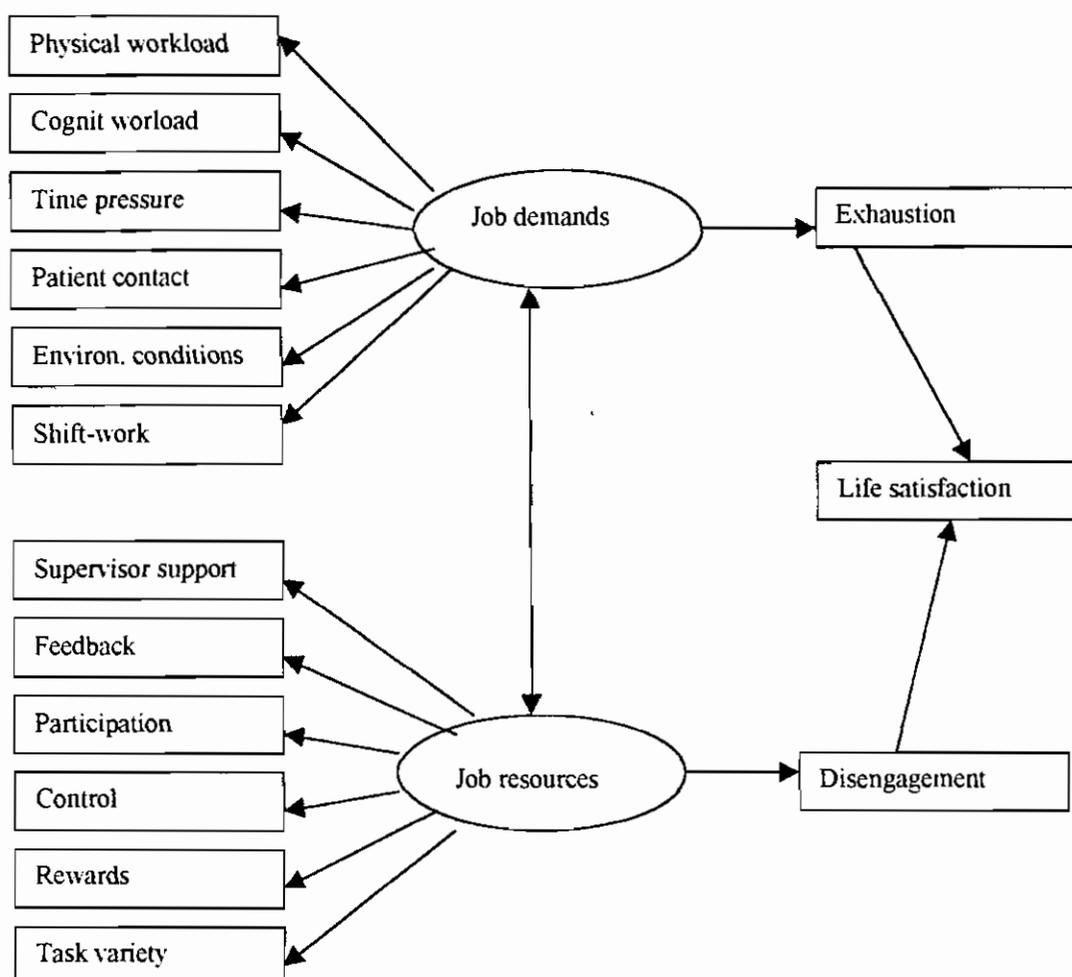
- carga de trabalho pesada
- proporção inadequada de pacientes por profissionais
- turnos rotativos

- manipulação de substâncias tóxicas
- presença de fatores de risco de diferentes naturezas (ruídos, odores, etc.)

Referem ainda que dentre as condições de trabalho que perturbam o desenvolvimento das ações assistenciais, a ausência de apoio administrativo, recursos materiais deficientes e insuficientes são fatores que apresentam grande representatividade no desencadeamento de *stress* nos membros da equipe de Enfermagem, chegando, em casos mais extremos, a dar origem a casos de Burnout.

Estudo semelhante realizado por Borges et col. (2002, op. cit.) sobre a Síndrome de Burnout e os valores organizacionais, discorre sobre a indiferença das organizações frente a problemática apresentada por seus profissionais, e destaca a necessidade de implementação de medidas preventivas caracterizadas pela valorização dos seres humanos.

Este e muitos outros estudos foram realizados sobre a Síndrome de Burnout em virtude dos problemas encontrados relacionados aos trabalhadores das mais variadas categorias profissionais. Chegou-se a um consenso que os problemas vivenciados eram os mesmos, independente da região demográfica. Por tal motivo, Demerouti et col. (2000:457) realizaram uma pesquisa focada na satisfação pessoal de enfermeiras alemãs. Ao final desta elaboraram o fluxograma abaixo onde demonstravam os passos pelos quais as referidas enfermeiras seguiam até desenvolver a Síndrome de Burnout.



FONTE: DEMEROUTI, E.; BAKKER, A. B. ;NACHREINER, F. & SCHAUFELI, W. - *A model of Burnout and life satisfaction amongst nurses.* In: *Journal of Advanced Nursing*, vol. 32 (2): 454-464, 2000

Como a Síndrome de Burnout é caracterizada por um *stress* crônico, em tese, qualquer tipo de doença psicossomática pode se manifestar no paciente ansioso e estressado. Além disso, do ponto de vista emocional, o *stress* está intimamente relacionado à depressão, à Síndrome do Pânico, aos transtornos da ansiedade e às fobias. Isso tudo sem contar com uma vasta lista de sintomas (não doenças) que acompanham a pessoa estressada, como se pode observar abaixo.

Lista 1	SINTOMAS POSSÍVEIS NA DEPRESSÃO
Dores sem causa física	cabeça, abdominais, pernas, costas, peito e outras incharacterísticas
Alterações do sono	insônia ou sonolência excessiva
Perda de energia	desânimo, desinteresse, apatia, fadiga fácil
Irritabilidade	Perda de paciência, explosividade, inquietação
Ansiedade	apreensão contínua, inquietação, às vezes medo inespecífico
Baixo desempenho	alterações sexuais, memória, concentração, tomada de decisões
Queixas vagas	tonturas, zumbidos, palpitações, falta de ar, bolo na garganta

Lista 2	SINTOMAS AGRAVADOS OU DETERMINADOS PELAS EMOÇÕES
Cardiologia	Palpitações, arritmias, taquicardias, dor no peito
Gastroenterologia	Cólicas abdominais, epigastralgia, constipação e diarreia
Neurologia	Parestesias, anestésias, formigamentos, cefaléia, alterações sensoriais
Otorrino	Vertigens, tonturas, zumbidos
Clínica Geral	Falta de ar, bolo na garganta, sensação de desmaio, fraqueza dos membros, falta de apetite ou apetite demais
Ginecologia	Cólicas pélvicas, dor na relação, alterações menstruais
Ortopedia	Lombalgias, artalgias, cervicalgias, dor na nuca
Psiquiatria	Irritabilidade, alterações do sono (demais ou de menos), angústia, tristeza, medo, insegurança, tendência a ficar em casa, pensamentos ruins

Lista 3	DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS
Cardiologia	Hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, arritmias...
Gastroenterologia	Doença de Crohn, polipose, diverticulose, insuficiência hepática...
Neurologia	Enxaqueca, seqüelas de AVC, hidrocefalias, epilepsia...
Otorrino	Labirintopatias, síndromes vertiginosas, zumbidos...

FONTE: BALLONE, G. J. - *Síndrome de Burnout*. In: *Psiquweb Psiquiatria Geral*. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html>>, acesso em 27/05/2004

As conseqüências do *stress*, porém, não se limitam ao indivíduo estressado. Numa comunidade relativamente fechada, como é o trabalho ou o lar, pode ocorrer o fenômeno da “contaminação” emocional. Isso acontece com um pouco mais de freqüência nestes

ambientes. Através da contaminação emocional, os circundantes passam a sentir-se ansiosos devido a ansiedade do doente. Isso acontece também em relação à irritabilidade, depressão e mau humor.

Há ainda, sobretudo, a perda da qualidade no ambiente do trabalho por parte de quem está estressado. O bom senso e a tolerância são profundamente comprometidos e podem provocar demissões (seja pedindo ou facilitando para recebê-la) indevidas. A convivência com o estressado fica assim seriamente comprometida, tanto no lar como no emprego. Essa é a consequência de quem esgotou sua capacidade de adaptação e, conseqüentemente, sua tolerância, paciência, interesse, bom senso, determinação, persistência e a maioria dos atributos conquistados através de árduo aprendizado.

2. Maslach Burnout Inventory (MBI)

Durante anos diversos pesquisadores, dentre eles Dale e Weiberg (1990), Westman e Etzion (1995), Pines (1996), Schaufeli e Greenglass (2001), estudaram maneiras de aferição da Síndrome de Burnout. Várias escalas foram elaboradas mas foi a *Maslach Burnout Inventory* (MBI), elaborada por Maslach, Jackson e Leiter (1996) que melhor se adaptou no referido processo, uma vez que várias categorias profissionais se adequavam aos parâmetros adotados.

O MBI contém itens que abordam os três principais aspectos da síndrome que são Exaustão Emocional (EE), Diminuição da Realização Pessoal (DP) e a Despersonalização (PA), conforme já foi mencionado.

O instrumento de avaliação de Maslach contém 22 perguntas que abordam desde os sentimentos e atitudes dos profissionais. Valores de 0 a 6 são atribuídos de acordo com a frequência dos acontecimentos e após a avaliação quantitativa pode-se atribuir ao profissional o grau de acometimento. O referido instrumento de avaliação encontra-se nos anexos.

Como observado, o trabalho no ambiente hospitalar é algo que apresenta seus momentos de altos e baixos. O primeiro, compreendido pelo sucesso na recuperação da saúde do indivíduo enfermo, e o baixo, no enfrentamento cotidiano da morte e das dificuldades organizacionais . Se os profissionais de saúde não tiverem um meio para se auto-protger destas dificuldades, acabam tendo que ser socorridos. Para que estes promovam esta “auto-proteção”, alguns criam mecanismos que lhes serve de “casca” para

o equilíbrio emocional. Seria lgo semelhante à indumentária utilizada pelos atores nos palcos dos teatros. Seriam as “máscaras sociais”.

Máscaras Sociais: encarando o inevitável

A teatralidade desempenhada por médicos e enfermeiros no momento de dar a um enfermo e seus familiares o diagnóstico de câncer, é compreendido como um modo de auto-proteção frente à situação apresentada. Motta (op cit, p. 60), “*analisa a teatralidade subterrânea como matriz, amálgama, onde se dão as relações humanas. É neste sub-solo que estabelecem as relações de afeto e onde circula o saber de um grupo social*”, grupo este formado pela equipe de saúde.

Médicos e enfermeiros, assim como os demais membros da equipe de saúde, devem estar bem preparados no momento de orientarem um indivíduo com um diagnóstico de câncer colorretal, principalmente se há a possibilidade deste vir a ser portador de um estoma intestinal, onde sua integridade física – conseqüentemente, psíquica – será afetada. “Máscaras” devem ser colocadas de modo que o **eu emocional** de cada membro da equipe de saúde não venha a sobrepujar o **eu profissional**, impedindo assim a forma correta de agir diante da situação apresentada.

É o encontro do ponto de equilíbrio. Maffesoli (1984: 117), afirma que os profissionais de saúde muitas vezes apresentam atitudes não-lógicas, fazendo uso de “máscaras” e até mesmo ironizando determinadas situações como maneira de se protegerem da “manifestação do trágico”.

Contudo, não se pretende justificar com este discurso posturas adquiridas por determinados médicos e enfermeiros – e porque não dizer, demais profissionais de saúde. Vimos sim, apresentar as “técnicas” utilizadas por estes profissionais para lidar com difíceis situações como a mutilação física.

“(...) o riso dionisíaco é uma modulação da angústia humana assim também a máscara e a couraça de que os atores se revestem na tentativa de esconder a trágica finitude do espetáculo.”

Motta (1995: 61)

“(...) a teatralidade é outro elemento igualmente relevante encontrado na análise realizada no cotidiano da equipe de saúde. A necessidade do ser humano de proteger-se, de conservar sua estabilidade, de não revelar, por inteiro, seus sentimentos e fragilidades, lança mão de vários papéis que lhe permitam viver e

conviver no seu dia-a-dia, atuando ativamente na teatralidade do gênero humano “.

Motta (1995:62)

A seguir transcrevemos, na íntegra, um texto que muito me chamou a atenção, pois é uma representação do nosso cotidiano de médico e enfermeiro que assistem ao indivíduo ostomizado.

“Recentemente testemunhei um exemplo (...) durante uma palestra dada por um cirurgião a uma classe de estudantes de Enfermagem. O tema da palestra se referia a um procedimento denominado ileostomia. Essa cirurgia é realizada quando o tratamento médico de uma grave doença do intestino grosso não apresenta resultados e exige a remoção cirúrgica do intestino grosso e a ligação do intestino delgado à superfície do corpo, por onde ele se esvazia dentro de um pequeno saco plástico. O paciente aprende a cuidar da sua condição: ele aplica o saco com um material especial na abertura do intestino delgado e o esvazia por uma abertura situada na parte inferior.

O cirurgião fez uma excelente palestra, descrevendo a patologia e a anatomia do procedimento. Enquanto falava, mostrou um torso de plástico em tamanho natural que se encontrava sobre a mesa ao seu lado. No abdome dessa peça existiam diversas aberturas que representavam as várias formas de ileostomia e colostomia.

Enquanto descrevia os objetivos e as técnicas dos cuidados após a realização da cirurgia, observei a platéia.

Muitos estudantes estavam sentados de pernas e braços cruzados. A maioria dos rostos estava impassível, mas os olhos pareciam agitados. À medida que ele se aproximava do final da descrição, os jovens começaram a se mexer nas cadeiras, obviamente ansiosos por deixar o recinto.

O cirurgião notou o desconforto deles e compreendeu-o quando era estudante, também passara por tudo isso. “Para encerrar a palestra”, disse ele, “pedi a um de meus pacientes que se submeteram a uma ileostomia que viesse falar um pouco de sua experiência.”

Com isso, uma jovem vibrante levantou-se da platéia e caminhou para o palco. Ela também ficou ao lado do torso de plástico, e uma centena de pares de olhos foram involuntariamente atraídos para seu abdome: porém, não permaneceram nesse local por muito tempo. A história dela era profundamente comovente. Descreveu os dez anos de doença, da dor e diarreia constantes, da severa perda de peso e fraqueza. Falou de um período sem compromissos sociais, sem energia para fazer nada, a não ser atravessar mais um dia e ir para a cama. Serenamente, discorreu sobre a sua solidão e a aceitação de que a doença se tornasse uma barreira entre ela e outras pessoas.

Compartilhou a resistência que opusera à cirurgia quando ela foi sugerida pela primeira vez. Sim, ela queria ficar boa, mas não

naquelas condições. Falou dos meses de reflexão que antecederam sua decisão de submeter-se à cirurgia e finalmente sua conclusão de que não desejava viver daquela maneira, que, para ela, só o fato de estar bem valia a pena, sob quaisquer condições. Então, descreveu a vida atual. A ausência de dor. A volta à escola, a participação nos esportes, o amor pela dança.

Descreveu o noivo com afeto, e falou da sua compreensão e orgulho que sentia dela. Só então ela se voltou para o torso e mostrou a ileostomia em seu abdome. “Eu não sei como vocês vêem isso”, disse ela, “mas para mim é como uma porta de entrada para a vida. Algumas vezes penso no dia de minha cirurgia como se fosse o dia do meu nascimento.”

Remen (1993:194)

A Relação dos Profissionais de Saúde com o Indivíduo Enfermo

“Com o tempo, comecei a pôr em prática o que a profissão exige, que não é só trabalhar com a vida, com a saúde. Enfermagem é trabalhar também com a morte.”
(Autor Desconhecido)

No momento em que uma pessoa é admitida em uma unidade de internação hospitalar, ela perde a sua identidade pessoal e passa a ter uma identidade patológica, ou seja, passa a ser tratada pelo órgão doente/patologia.

Teixeira & Figueiredo (2001: 138), destacam que *“o profissional e o cliente deparam-se , constantemente, com as contradições do cotidiano: vida e morte, alegria e tristeza, saúde e doença.”* E são exatamente estas condições que fazem da equipe de saúde as pessoas mais capazes de atender ao indivíduo com câncer e, principalmente, ao mutilado por uma colostomia. Contudo, deve-se sempre ter em mente que médicos e enfermeiros também são pessoas como todas as outras e que também possuem um limite para o desgaste emocional.

Os autores acima aponta que a relação “enfermeiro-paciente”¹⁸ dá-se por manifestos de afetividade e simplicidade, como *“beijos, abraços, toques...”*, de modo a aproximar o profissional do indivíduo enfermo, facilitando assim a execução da terapêutica implementada.

“Ocorrem também algumas brincadeiras para quebrar a seriedade, ou seja, procura-se diluir a tensão da prática instrumental. Este relacionamento amistoso favorece a integração entre os sujeitos no campo educativo, que vai além da competência técnica e científica. É nessa relação que se cria o vínculo e se garante permanência do cliente no tratamento. O relacionamento é individualizado, pois a abordagem diferencia-se conforme o nível de desenvolvimento psicológico e pedagógico.”

Teixeira & Figueiredo (2001:138)

¹⁸ Utilizo o termo “enfermeiro-paciente” pois é o mesmo usado pelo autor.

O indivíduo com câncer tem suas potencialidades que devem ser respeitadas e avaliadas constantemente pelos profissionais de saúde. Valle (1997:59), afirma que “a certeza de seu próprio ser ter que morrer leva o homem à angústia; é por meio dela que ele se sente em presença do nada, da impossibilidade de existir.” Sendo assim, a maioria dos profissionais que atuam com estes indivíduos “exigem ter sucesso em seus atos, mesmo sabendo que na vida cotidiana convivemos o tempo todo com erros e acertos”, como afirma Teixeira et col. (op. cit).

O envolvimento emocional, como apresentado até o momento, está intimamente ligado a Assistência de Enfermagem. Tal fato deve-se a permanência por um período de tempo maior do profissional enfermeiro ao lado do indivíduo enfermo.

A partir do momento que este enfermo submete-se a um procedimento cirúrgico-anestésico, saindo deste com um estoma intestinal, são os enfermeiros que assumem o processo de reabilitação do indivíduo. Este é, talvez, o momento mais difícil para o enfermeiro, pois ele “revela a formação de um profissional que aprendeu a agir sobre o corpo físico e demonstra, ao mesmo tempo, o quanto é difícil lidar com o corpo que fala do desejo, das emoções.” (Teixeira et col., 2001)

Alguns autores (Carvalho, 1985; Silva, 1996 e Damasceno, 1996), apresentam a formação tecnicista, instrumentalista e racionalista dos enfermeiros - e enfatizamos que o mesmo acontece com os demais profissionais de saúde - como fatores impeditivos para que estes profissionais tenham condições de atuar na dimensão social e emocional em seu cotidiano.

O enfermeiro que atende o indivíduo com câncer precisa ter a compreensão de valores, lidar com as emoções.

“Lidar com as emoções implica ter sensibilidade, de saber ouvir e ter uma percepção que vai além da formalidade. É importante saber ler a emoção nas expressões dos sujeitos, nos atos e no tom da voz. Não é perceber por perceber, mas a sensibilidade de entender o não-dito, de captar as dimensões, por vezes inconscientes, que o sujeito traz em seu discurso, que fala de suas vivências, de suas sensações corporais. Além do mais, é importante que nos conheçamos e saibamos expressar nossos sentimentos de modo construtivo, pois o indivíduo que desconhece suas próprias emoções, dificilmente perceberá as emoções do outro.”

Teixeira & Figueiredo (2001:140)

Em estudo realizado em Oncologia Pediátrica, observa-se a postura adquirida por alguns enfermeiros para se **protegerem** das situações difíceis do cotidiano, tais como o sofrimento e a dor física e emocional da criança e da família.

“ Muitas vezes, para não se envolverem emocionalmente, mostrando uma face insensível e fria aos seus pacientes: dão cuidados impessoais a eles e a seus familiares, centram-se em tarefas e rotinas mecânicas para conseguirem um afastamento psicológico de algo que pode levá-los a se depararem com sua própria fragilidade.”

Valle (1997:144)

Esta é uma opção que alguns profissionais de saúde tomam para lidar com a situação vida-morte, mais morte do que vida, sempre presente quando se atende a um indivíduo com câncer. Valle (op. cit), aponta o desgaste emocional e físico dos enfermeiros que trabalham com câncer, enfatizando que *“os sentimentos e as fantasias sobre tão temível doença podem estar presentes no seu trabalho cotidiano, interferindo em seu fazer e pensar.”*

Analisando esta observação de Valle, podemos concluir que os profissionais de saúde de um modo geral ao apresentarem este tipo de comportamento – que aqui chamamos de “máscaras” – já denotam o surgimento da Síndrome de Burnout, pois este seria considerado o estágio inicial das manifestações que compreende a criação de técnicas de distanciamento da situação agressora. Por outro lado, podemos também identificar que agindo desta forma encontramos um mecanismo de auto-defesa dos profissionais para o não envolvimento psico-emocional com o ser enfermo.

Apesar de neste capítulo me prender a figura do profissional enfermeiro, quero destacar que o mesmo ocorre com os demais profissionais de saúde. Contudo, talvez pelo fato de ser enfermeira tenha uma facilidade maior de discorrer sobre o tema, ou melhor, situando a atuação deste profissional. A entrada no campo, no entanto, demanda o estranhamento deste conhecimento familiar para que, inconscientemente, não venha a construir pré-conceitos acerca da realidade encontrada, assim como dos sujeitos envolvidos no estudo.

Afastamento da realidade (estranhamento) pelo profissional de saúde

mesmo mal. Uns mais silenciosos, talvez com medo/receio de serem discriminados pelos colegas de trabalho ou até mesmo a organização – é o “funcionário problema”, poliqueixoso.

Exemplificando o quanto este “desgaste” influencia negativamente na vida das pessoas, quer sejam elas portadores de câncer e seus familiares, quer sejam profissionais de saúde, o autor citado menciona um caso de uma de suas clientes que chegou ao grau extremo de desgaste (Síndrome de Burnout).

“(…) estava tornando-se cada vez mais irritável no trabalho e começando a cometer erros. Passou a dirigir seu carro com insegurança e tivera diversos pequenos acidentes (...). (...) sempre fora esbelta e agora estava com excesso de peso.”

LeShan (op. cit., p. 139)

Os profissionais de saúde também enfrentam todas as difíceis mudanças que o doente e os familiares passam; em face disto é recomendado que estes se permitam que suas emoções aflorem, dando lugar a momentos de não estarem tão “bem controlados” como lhes é imposto. O autor (op. cit.) destaca que os profissionais de saúde que trabalham em Oncologia estão seguindo um estilo de vida por eles escolhido, não sendo algo temporário, “ *mas um aspecto permanente de sua vida*”. Sendo assim, medidas devem ser adotadas para evitar o “desgaste” do profissional. Estes devem aceitar conscientemente os mesmos fatores, igualmente aplicáveis ao doente com câncer, como parte integrante de sua profissão. Devem ter a mesma preocupação, firme e amorosa, por todos os aspectos de sua pessoa – o físico, o mental, emocional e espiritual. Todos devem ser coincidentemente examinados para determinar o aspecto que necessita de maior apoio naquele momento, deixando um pouco de lado o altruísmo e sendo realmente verdadeiro consigo. O profissional que tenta ser “forte” emocionalmente, está enganando a si mesmo e com esta atitude pode acarretar dificuldades em seu trabalho e causar danos ao *se eu* e aos doentes.

“Nosso próprio luto e tristeza por aqueles que morrem, nossa ansiedade por evitar mais dor e perda, a necessidade de enfrentar nossa própria mortalidade e de estarmos ativamente preocupados durante longos períodos com as importantes questões da existência e significado da vida humana – tudo isso contribui para nossa necessidade pelo tipo de auto-exame claro que a psicoterapia oferece.”

LeShan (op. cit. , p. 143)

Com este discurso observamos a importância do apoio de um especialista para os assuntos relacionados com as emoções. Em outros estudos, como por exemplo os de Simonton e Remen, foram apontados a necessidade de apoio psicoterápico aos profissionais de saúde que cuidam de pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas, dentre elas o câncer e a AIDS. Estes tipos de patologias em que os doentes permanecem um tempo demasiado longo internados no ambiente hospitalar, tendo seus corpos invadidos pelo tratamento agressivo, sofrendo mutilações físicas e emocionais, sendo estigmatizado pela sociedade, afeta significativamente o profissional que se vê obrigado a ser o agente causador do sofrimento através da implementação/ execução do tratamento. É muito doloroso para nós profissionais de saúde, principalmente enfermeiras como é o meu caso, ser a pessoa que vai causar a dor física na punção venosa para instalar uma quimioterapia, que por si só já vai causar mal-estar físico, quiçá a morte, uma vez que existem drogas que podem levar a parada cardíaca enquanto estão sendo infundidas.

É muito triste ver olhinhos que vão perdendo o brilho ao fitarem a “tia “ chegando com a bandeja de material para punção venosa e lhes falar que vai colocar uma “borboletinha no bracinho para dar o remedinho para acabar com o bichinho que faz dodói.” E amanhã você chegar no hospital e saber que aquela criança que permaneceu durante anos com você, tratando de uma leucemia, morreu.

São por estas e outras situações não menos desgastantes que o profissional de saúde necessita sim de apoio psicoterápico para ter condições de melhor desenvolver suas atividades assistenciais, embora a maioria (por que não dizer, a totalidade) das organizações não vejam necessidade deste tipo de amparo: o profissional é visto apenas como uma mão-de-obra que é paga para exercer suas funções, sem direito sequer de reivindicar um socorro.

“Não acredito que qualquer terapeuta deva praticar a profissão com pessoas com câncer, em tempo integral. Deveriam tratar de uma

variedade de outros tipos de paciente. Igualmente, outros profissionais que atuam na área de enfermidades fatais devem ter outros interesses, nos quais estejam emocionalmente envolvidos. Tudo o que eu disse sobre o psicoterapeuta também se aplica, até certo ponto, aos outros profissionais envolvidos. A enfermeira do serviço de oncologia, o atendente do hospital, os que trabalham em asilos, o oncologista – e seus pacientes -, todos irão se beneficiar ao considerarem suas concepções.”

LeShan (op. cit. , p. 144)

CAPÍTULO IV

ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA

A abordagem teórico-metodológica do estudo foi definida considerando-se a necessidade de apresentar e discutir os aspectos mais relevantes dos procedimentos que nortearam a pesquisa. Sendo assim, optamos por trabalhar com a **pesquisa qualitativa**.

Neste tipo de pesquisa, a realidade é subjetiva e múltipla de acordo com a observação dos participantes do estudo e o pesquisador interage com o que está sendo pesquisado, o que pode apresentar uma valoração parcial e superestimada. A linguagem é informal e metodologicamente utiliza o processo indutivo, com diversos formatos e categorias que podem surgir durante a investigação. Estas categorias estão relacionadas ao contexto em que o estudo está sendo realizado e possibilitam o desenvolvimento de padrões e teorias para sua compreensão que dependem de verificação para determinar sua precisão e segurança.

A pesquisa qualitativa é oriunda da fenomenologia, onde esta última

“ (...) enfatiza os aspectos subjetivos do comportamento humano e preconiza que é preciso penetrar no universo conceitual dos sujeitos para poder entender como e que tipo de sentido eles dão aos acontecimentos e às interações sociais que ocorrem em sua vida diária.”

André (2002:17-18)

Fazendo uso desta abordagem, os dados foram obtidos por meio do contato direto com a situação estudada, quando houve a captação paralela de informações especificamente relacionadas ao objeto da análise dos estudos, as suas origens e seus determinantes. Por isso, a atenção foi centrada no cotidiano, na experiência, além da compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana.

1. A Pesquisa Etnográfica

A Pesquisa Etnográfica é

“(…) a principal preocupação da etnografia é com o significado que têm as ações e os eventos para as pessoas ou grupos estudados. Alguns desses significados são diretamente expressos pela linguagem, outros transmitidos indiretamente por meio de ações.”

André (op. citp., 2002:19)

Os antropólogos ao fazerem uso da **Etnografia**, visam ao estudo de uma determinada cultura e/ou sociedade. Nesta abordagem nos deparamos com uma peculiaridade da Etnografia: a condição precípua da permanência do pesquisador por um período demasiado longo dentro do grupo social estudado. Desta forma, o que realmente é realizado são estudos do tipo etnográfico, e não a Etnografia propriamente dita, como afirma André (op cit., p. 28).

Para a validação de um estudo tipo etnográfico, faz-se necessária a realização de algumas técnicas – ou etapas – que irão subsidiar o pesquisador na obtenção dos dados propostos. Estas técnicas baseiam-se na Observação Participante, na Entrevista e na Análise Documental. As técnicas a serem utilizadas no presente estudo serão vistas detalhadamente mais adiante.

Ao abordarmos a observação participante queremos enfatizar que esta é assim denominada em virtude da aproximação que o pesquisador tem com o objeto estudado, afetando-o e por ele sendo afetado. No tangente às entrevistas, aspectos não evidenciados durante a observação serão abordados profundamente com o intuito de esclarecer os problemas encontrados.

A análise documental é outro aspecto importante no estudo tipo etnográfico pois contextualiza o fenômeno abordado, assim como complementa as duas outras já citadas.

Ainda discorrendo sobre o estudo tipo etnográfico, observa-se que ocorre “*interação constante entre o pesquisador e o objeto pesquisado*”, onde o primeiro “(…) é o instrumento principal da coleta e na análise dos dados” (André, op cit., p. cit).

Analisando o discurso da referida autora, destacamos algumas características fundamentais na pesquisa etnográfica, sendo que duas delas estão intimamente ligadas com o presente estudo. A primeira delas estaria centrada na preocupação que o pesquisador tem acerca do sujeito: “ (..) é a preocupação com o significado, com a

maneira própria com que as pessoas vêm a si mesmas, as suas experiências e o mundo que as cerca.”. (André, 2002:28)

Outra característica marcante no estudo, que foi referendada por André, é o trabalho de campo. Para conhecer melhor a problemática do estudo, foi necessário a permanência do pesquisador no cenário/campo de estudo. Através da observação do objeto e da realização das entrevistas, o pesquisador tem condições de analisar os dados/informações adquiridas e, posteriormente, agrupá-las em categorias propiciando assim melhores condições de discussão dos dados.

“ O pesquisador aproxima-se de pessoas, situações, locais, eventos, mantendo com eles um contato direto e prolongado (...). O período de tempo em que o pesquisador mantém esse contato direto com a situação estudada pode variar muito, indo desde algumas semanas até vários meses ou anos.”

André (2002: 29)

2. Escolha do Campo e dos Sujeitos

O Cenário do estudo se deu em uma unidade de internação cirúrgica masculina de um hospital universitário localizado no município do Rio de Janeiro.

Inicialmente o cenário escolhido, inclusive por recomendação da Banca de Qualificação, seria uma instituição nosocomial especializada em Oncologia no Estado do Rio de Janeiro, sendo esta referência nacional.. Deu-se início à aproximação com a referida instituição. Como já havia coletado os dados de minha Dissertação, por ocasião do Mestrado, acreditei que não haveria empecilhos para realizar o mesmo no Doutorado.

Contudo, esta não foi a realidade encontrada: lá chegando encontrei novas rotinas para a autorização de pesquisa. A primeira delas era a quantidade demasiada de documentos necessários para a instauração do processo que seria encaminhado para a Comissão Ética e a Comissão de Pesquisa Técnica. Após a apresentação da documentação solicitada – o que levou cerca de 15 dias para juntar todas as certidões – fui informada que teria que aguardar nova data de entrega dos documentos pois o prazo daquele mês já havia sido encerrado. Decorridos 20 dias, apresentei a documentação e me foi exigido a participação de um co-orientador pertencente a instituição que se responsabilizasse pela pesquisa, porém este deveria ser obrigatoriamente médico da

especialidade de coloproctologia, com título de Doutor, além de outros pré-requisitos. Encontrado tal profissional – e apresentado novamente toda a documentação referente a pesquisa e ao co-orientador (cerca de mais 15 dias), foi dada entrada no processo para autorização da Coleta de Dados. Passaram-se no total seis meses desde o passo inicial e, finalmente, veio a resposta negativa para a autorização da pesquisa. O Projeto de Tese teria que sofrer mudanças para atender às necessidades da instituição, assim como o co-orientador apresentado não foi aceito. Todo o processo teria que ser reiniciado e mais cerca de oito meses para conclusão deste, podendo ou não ser aceito novamente. Quatorze meses com a Tese praticamente parada, sem mencionar que havia um agravante na situação que impedia prosseguir neste processo: eu estava grávida de cinco meses, e tratava-se de uma gravidez de risco.

Como não podíamos aguardar o tempo requerido, eu e meus orientadores optamos por recorrer à idéia inicial: coletar os dados na instituição onde exerço minhas atividades laborais.

Pensei que teria dificuldades em coletar os dados por ser conhecida pela equipe, o que poderia haver interferência de minha parte ou até mesmo dos sujeitos se “fecharem” com medo de se exporem. Qual foi a minha surpresa quando nada disso ocorreu. Acredito que pelo fato de ser conhecida da equipe eles se sentiram mais a vontade para expor seus medos, anseios, angústias, assim como atuaram com toda espontaneidade, o que poderia não ocorrer com uma pessoa estranha.

A opção pela enfermaria masculina deu-se pelo fato de eu já ter chefiado a enfermaria de cirurgia feminina e não me sentir a vontade retornando a ela para coletar dados.

A equipe de Enfermagem lotada na enfermaria é composta por uma enfermeira chefe, uma enfermeira residente de acordo com o Programa de Residência de Enfermagem Cirúrgica, um número variado de médicos residentes dos Programas de Residência de Cirurgia Geral e Coloproctologia, e uma equipe de quatro auxiliares de enfermagem em regime de plantão diurno de 12x 60 e três auxiliares no plantão noturno.

Devido a dinâmica assistencial, optamos pela coleta de dados somente no período diurno. Sendo assim os sujeitos da equipe de enfermagem que participaram do estudo foram no total doze elementos, devido às férias e/ou licenças de alguns e negativa de um em participar do estudo. Destes doze sujeitos, cinco foram entrevistados para complementar dados que ficaram obscuros durante a observação do campo. A coleta de

dados teve duração de seis meses, dentre os quais quatro foram realizados na enfermaria e dois no ambulatório.

Os sujeitos foram inicialmente convidados a participar do estudo, onde os objetivos e a metodologia lhes foram explicados. A aceitação em participar deste era firmada através do Termo de Compromisso. Para manter o anonimato dos sujeitos, pseudônimos foram apresentados aos sujeitos e estes adotaram os nomes de flores.

A observação do campo procedeu de modo a não inibir os sujeitos assim como interferir na prática assistencial. Devido a amplitude arquitetônica da enfermaria, foi possível nossa permanência em locais estratégicos para que realizássemos a observação.

A enfermaria de Cirurgia Geral Masculina do hospital universitário cenário de nosso estudo, possui 24 leitos, sendo apenas três reservados a Cirurgia Coloproctológica. Atuando na Unidade temos cerca de 04 auxiliares de Enfermagem que trabalham em regime de escala de plantão 12x60, ou seja, trabalham 12 horas consecutivas e descansam outras 60 horas, totalizando 24 funcionários, uma enfermeira chefe, enfermeiras residentes do 1.º e do 2.º ano do programa de Enfermagem Cirúrgica, uma assistente social, residentes de Nutrição, médicos residentes do 1.º, 2.º e 3.º ano dos programas de Cirurgia Geral e de Coloproctologia. Cada residente médico tem um objetivo pré-determinado a ser cumprido ao final de cada ano do curso. No primeiro ano, normalmente, encontramos recém-formados, onde lhes são passados nesse período as noções básicas de cirurgia Geral e Coloproctológica. No segundo ano, estes médicos já atuam como primeiro cirurgião nas cirurgias orificiais (hemorróidas, fissuras anais, cistos pilonidais, dentre outras), enquanto que no terceiro ano do curso de Residência Médica em Cirurgia Coloproctológica, os médicos atuam como primeiro cirurgião de cirurgias de grande porte, tais como, retiradas totais ou parciais de intestinos (colectomia, hemicolectomia direita, etc.) e demais cirurgias complexas.

O outro cenário onde os dados foram colhidos foi o Ambulatório da especialidade de Cirurgia Coloproctológica para que se possa captar informações valiosas para o estudo, através da observação da visita pós-operatória dos indivíduos atendidos.

A equipe que atua na enfermaria é formada por auxiliares de Enfermagem, divididos em escala de plantão 12x60, uma enfermeira chefe com 40 horas semanais, um número variável de enfermeiros residentes do primeiro e do segundo ano, residentes médicos (R1,R2 e R3) do programa de Cirurgia Coloproctológica e/ou Cirurgia Geral, uma assistente social que atende exclusivamente a esta unidade de internação, uma

nutricionista residente e um número variado de internos de Enfermagem, Medicina e Nutrição.

Destes, foram sujeitos do presente estudo os enfermeiros, médicos, nutricionistas, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem, quer sejam eles *staffs*¹⁹ ou residentes.

3. Coleta dos Dados

Ao se tratar de Pesquisa do tipo Etnográfica, na Coleta de Dados se faz necessário o uso da técnica da **Observação Participante**, pois acredita-se que “ *o pesquisador tem um grau de interação com a situação estudada, afetando-a e sendo por ela afetado.*” (André, 2002:28).

Nesta técnica o pesquisador registra o comportamento e as falas dos sujeitos em um Diário de Campo, onde dados importantes para posterior análise merecem destaque especial.

Foram também realizadas entrevistas com alguns dos sujeitos observados com o intuito de melhor caracterizar o objeto do estudo. A entrevista tinha como questionamento central os sentimentos que afloravam nos sujeitos ao assistir a um cliente ostomizado. De acordo com a fala de cada um dos sujeitos entrevistados, houve um desdobramento da questão principal com o intuito de melhor elucidar o estudo.

Devido a dinâmica dos cuidados prestados na unidade de internação, tanto a observação do campo quanto as entrevistas foram realizadas apenas no período diurno, de segunda-feira a sexta-feira, pelo fato de ser exatamente neste período que ocorrem com maior frequência os cuidados específicos com os clientes ostomizados internados na enfermaria, assim como o atendimento no ambulatório.

¹⁹ Entende-se por *staff* ao profissional que compõe o corpo técnico-administrativo da instituição, geralmente nomeado por concurso público, sendo o responsável por toda a equipe dentro da categoria profissional naquela unidade.

4. Análise e Discussão dos Dados

Para análise e discussão dos dados buscamos suporte teórico na literatura existente sobre os aspectos psico-afetivos dos profissionais de saúde e dos indivíduos, envolvendo o ambiente de trabalho.

Procuramos analisar os discursos construindo categorias, dentro do processo psico-social que surgiu das falas dos sujeitos, assim como da observação do campo.

Após os dados terem sido coletados, o pesquisador inicia o processo de análise, talvez o mais complexo de todos os passos. Apesar de o pesquisador ir sistematicamente analisando os achados conforme os observa, é no final que este tem que organizar todo o material de modo sistemático para que apresente considerações válidas.

“A análise está presente em vários estágios da investigação, tornando-se mais sistemática e mais formal após o encerramento da coleta de dados. Desde o início, no entanto, nós fazemos uso de procedimentos analíticos quando procuramos verificar a pertinência das questões selecionadas frente às características específicas da situação estudada.”

Ludke & André (1986: 45)

Mediante o exposto, optamos pela identificação temática que possibilitasse a construção de categorias – a partir daqui denominadas de Núcleos Temáticos - onde os discursos e a observação do campo foram analisados. Cumpre salientar de forma mais sistemática que os Núcleos temáticos construídos baseiam-se no seguinte:

Núcleo Temático I – Distanciamento da assistência ou auto-proteção psico-emocional?

Núcleo Temático II – As dificuldades institucionais: a (des) organização interferindo na prática

Núcleo Temático III – O gostar de fazer

Núcleo Temático IV – Vivenciando o *stress* profissional

Núcleo Temático V – As diversidades da prática assistencial

Núcleo Temático VI – Entrando em um universo distante: o ambulatório

VI. a – Enfrentando a mutilação físico-psicológica

Núcleo Temático VII – A importância da comunicação profissionalde saúde-paciente: a relação médico-paciente

CAPÍTULO V

ANÁLISE DE DADOS

1. Aproximação do Campo

1.1- Procedimento de Coleta de Dados

Para se obter uma visão mais ampla da situação em que se encontram os profissionais de saúde que atuam na Cirurgia Geral da instituição onde os dados foram coletados, procedemos a Coleta de Dados em dois locais distintos de acordo com a atuação dos sujeitos. Foi utilizada a técnica de Observação Etnográfica na enfermaria, onde a equipe multidisciplinar atua como um todo. A seguir o mesmo ocorreu no Ambulatório da especialidade de Coloproctologia. Para preencher lacunas que surgiram durante esta fase de Coleta de Dados, foram realizadas entrevistas adicionais com a equipe na enfermaria, sendo estas gravadas em fita magnética e posteriormente feita a transcrição e categorização desses dados. Destaco que todos os profissionais que foram abordados para conceder a entrevista prontamente se dispuseram a colaborar, com exceção de um. Em todos os casos foram obtidas a autorização formal de todos os sujeitos participantes, através do Termo de Consentimento, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Item IV, o Ministério da Saúde (anexo I). Destacamos também que nos foi emitido parecer favorável pelo Comitê de Ética da referida instituição para a realização do estudo.

1.2 – Os Cenários da Pesquisa

Caracterizando a instituição cenário do estudo, alguns pontos se fazem primordiais mencionar. O hospital estudado está integrado a uma universidade pública e possui cerca de 650 leitos distribuídos em várias especialidades clínicas e cirúrgicas, sem mencionar as unidades ambulatoriais e diagnósticas que se localizam em blocos anexos.

Devido ao grande quantitativo de cirurgias realizadas na instituição do estudo, assim como ao grande volume de atendimentos no ambulatório, os médicos cirurgiões – de um modo geral – permanecem pouco tempo nas enfermarias cirúrgicas, assistindo aos

enfermos basicamente no pré-operatório para garantir o sucesso do procedimento cirúrgico-anestésico, assim como no pós-operatório com visitas diárias no período da manhã para avaliação da cirurgia e preparação para a alta. Os cuidados prestados aos enfermos estão centrados na Assistência de Enfermagem, sendo o enfermeiro da unidade o responsável por solicitar a presença do cirurgião caso ocorra alguma intercorrência.

Assim como os residentes médicos, encontramos residentes enfermeiros que também estão se especializando na área cirúrgica, com papéis distintos dos médicos, mas com os mesmos objetivos: o bem-estar do indivíduo cirúrgico.

Núcleo Temático I – Distanciamento da assistência ou auto-proteção psico-emocional?

Voltando ao cotidiano da enfermagem, a passagem de plantão da equipe de Enfermagem (que ocorre às 7:00 e às 19:00 horas) , a rigor, deve ocorrer com a presença de todos os auxiliares de Enfermagem do serviço noturno e do serviço diurno, do enfermeiro chefe e dos enfermeiros residentes, leito por leito, para que possam ser checados a permeabilidade das infusões venosas, drenagens e outros aspectos importantes. Contudo, na prática, isto raramente ocorre. Observamos que, após este encontro, os profissionais vão até a copa para tomar café. Por volta das 8:00 - 8:15 da manhã eles se dirigem até os pacientes para prestar os cuidados necessários. Nesse meio tempo os médicos residentes chegam. Os médicos staffs só chegam mais tarde, rapidamente, e fazem o round²⁰ uma vez por semana.

Os pacientes da Procto, assim como os demais, recebem tratamento impessoal por parte de alguns auxiliares de Enfermagem, que atuam mecanicamente. Olham para bolsa de colostomia com certo ar de repugnância e comentam com os outros pacientes que a bolsa daquele está cheia.

Não presenciamos o fato a ser relatado, mas o mesmo nos foi dito por um auxiliar. Caso o paciente solicite o esvaziamento da bolsa, um sonoro *um minutinho só* ecoa pela enfermagem. Contudo, na maioria das vezes, nos deparamos com auxiliares de Enfermagem carinhosos e atenciosos com estes pacientes; que realizam a higiene da bolsa com cuidado e atenção.

Outro fato nos intrigou bastante: um determinado profissional, ao ser entrevistado, referiu sentir-se violentado pela colostomia do paciente, não gostar nem um pouco de assistir a este tipo de clientela, dentre outras coisa que veremos em sua fala.

"Ah! é a pior coisa para mim. Mesmo sendo o paciente, eu achava horrroso lidar com aquela bolsa de colostomia".

(Cravo)

²⁰ Denomina-se **ROUND** a reunião realizada nas enfermarias com a presença dos professores, enfermeira chefe da unidade, médicos e enfermeiros residentes, nutricionistas, onde é discutido cada caso isoladamente. Este encontro nas enfermarias de cirurgia ocorre uma vez por semana.

"(...) até mesmo porque lidar com o próprio doente... eles não são mais aqueles quietinhos não... eles agora são rebeldes, exigentes, te tira do sério, muito, muito, muito. Às vezes você é amiga dele e por trás de você ele vai dizer para o colega que você maltratou ele, e você fez tanto bem".

(Cravo)

Mas, na prática, encontramos totalmente o oposto. Mostrou-se uma pessoa carinhosa, atenciosa demonstrando gostar do que faz. Ressaltamos então, a dissociação entre discurso e prática neste caso, o que será explorado mais tarde, na discussão.

Este tipo de sentimento é comumente encontrado em membros da equipe de Enfermagem em virtude da longa permanência com o **ser enfermo**.

"A situação de trabalho suscita sentimentos muito fortes e contraditórios na enfermeira: piedade, compaixão e amor; culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir esses sentimentos fortes, inclusive inveja ao cuidado oferecido ao paciente. De modo tocante, Menzies pontua sentimentos e ansiedades profundos e intensos que o trabalhador de um hospital enfrenta na sua rotina de trabalho, que se prende fundamentalmente em assumir os cuidados de pessoas doentes (...). A principal responsabilidade no exercício dessa tarefa costuma recair com maior intensidade sobre (...) o Serviço de Enfermagem que deve prover de cuidados contínuos os pacientes internados, durante as vinte e quatro horas do dia, dia após dia, até o desfecho esperado, um amplo leque de possibilidades que vai da cura à morte".

Pitta (1994:61)

Com isso observamos que as condições laborativas a que são submetidas os profissionais de saúde vêm contribuir com o desgaste profissional/pessoal/emocional, surgindo assim insatisfações nas execuções das tarefas, aumentando o risco de acidentes de trabalho, chegando ao ponto destes profissionais apresentarem distúrbios psico-emocionais que necessitam de afastamento das atividades laborais e posterior readaptação/relocação em outras unidades assistenciais dentro da instituição (até mesmo relocação em unidades de apoio, como, por exemplo, Central de Esterilização, transporte, dentre outras).

Podemos destacar ainda, de acordo com o observado e as próprias falas dos sujeitos que, ao buscarmos suporte na literatura, encontramos o estudo realizado por Catalan et col. (1993), como citado anteriormente, onde é enfatizado que pelo fato de

assistir os doentes oncológicos, os profissionais de saúde apresentam um desgaste emocional importante o que pode, a médio e longo prazo, vir a acarretar a despersonalização destes profissionais deixando-os vulneráveis a doenças, isto sem mencionar o elevado nível de *stress*. Em estudo semelhante realizado por McCaughan & Parahoo (op. cit., 2000), as autoras observaram que os sujeitos – as enfermeiras que atuavam em oncologia – não possuíam preparo psico-emocional para assistir os pacientes e que ao protegerem-se da situação usavam estratégias de esquiva para evitar dialogar com os pacientes acerca da mutilação e da morte.

Corroborando com os autores supra, não podemos nos esquecer de Maffesoli (op. cit., 1984) e Valle (op. cit., 1997) que também aponta as atitudes não-lógicas, onde determinadas situações são ironizadas, e os profissionais apresentam uma face fria e insensível aos pacientes, agindo mecanicamente como parte dos recursos utilizados para ter condições de “atuar” no cotidiano da assistência em Oncologia.

Um exemplo prático foi o observado de que os pacientes são tratados com distanciamento por parte de alguns membros da equipe de saúde que atuam naquela unidade, talvez como um modo de preservar a identidade pessoal.

"Somos assim: os robôs, os profissionais frios, né, nós estamos ali, com o nosso emocional dez, tinindo, que a gente tem de cuidar. Não é assim, né".

(Violeta)

Núcleo Temático II – As dificuldades institucionais: a (des) organização interferindo na prática: a realidade de um ambulatório

Novo dia, nova equipe, novas esperanças surgiam de poder observar os sujeitos atuando. Ao chegarmos na unidade às 8:00 horas da manhã, o plantão já havia sido passado e a equipe de Enfermagem terminava de tomar o café, enquanto que alguns poucos residentes médicos saíam apressados para o Centro Cirúrgico. Os residentes naquele dia estavam trabalhando em regime de plantão, pois estavam em greve por melhores condições de trabalho. Durante o mês de nossa permanência na enfermaria, não encontramos nenhuma enfermeira residente. Fomos informados de que todas estavam de férias, uma vez que pelas novas normas da Residência as férias eram coletivas. Em virtude disso, observamos que a enfermeira chefe da unidade estava sobrecarregada de atividades: prestar assistência aos pacientes ostomizados, assim como àqueles em estado mais grave, realizando todos os curativos cirúrgicos mais complexos, resolvendo os problemas burocráticos (que não são poucos) e com os serviços de apoio (roupa, farmácia e raios X, dentre outros).

Constatamos a mesma rotina diária: a secretária arrumando os prontuários de alta para que fossem enviados à cobrança, os auxiliares de Enfermagem arrumando as roupas de cama e demais materiais para iniciar os banhos dos doentes, enquanto outros conferiam as prescrições e preparavam as medicações para serem administradas. Neste dia na enfermaria havia 11 pacientes. A equipe era composta por dois auxiliares de Enfermagem e a enfermeira chefe.

Apesar do quantitativo de pacientes, cinco deles eram muito trabalhosos, pois eram considerados terminais e com feridas cirúrgicas infectadas, demandando muito tempo na realização dos curativos. Isso tudo sem mencionar a permanência de cinco longos anos de um determinado paciente - um jovem hoje com 26 anos - que “mora” naquela enfermaria, em coma, traqueostomizado, gastrostomizado, vegetando²¹, abandonado por sua família.

Nesse momento questionamos a enfermeira sobre onde estavam os outros auxiliares que constavam na escala, foi aí que ela nos informou que um se encontrava de

²¹ Este termo é utilizado para descrever o estado de coma profundo em que se encontra este jovem rapaz.

férias e o outro havia se aposentado, o mesmo se repetindo nos demais plantões, sem contudo, haver reposição de pessoal para preencher as lacunas existentes. Em momento algum – durante o período de nossa permanência na unidade – nenhum funcionário teceu qualquer comentário sobre a falta de pessoal, mas podemos observar em suas faces o cansaço com a sobrecarga de serviço, elevado grau de insatisfação devido ao excesso de trabalho, falta de recursos materiais para execução das tarefas, assim como a preocupação em atender satisfatoriamente a todos os internados. Algo que devemos ressaltar é que alguns dos auxiliares de Enfermagem ali presentes já vinham de um plantão noturno em outra instituição hospitalar ou, ao término da jornada de trabalho naquele cenário, iriam para outro emprego à noite, ou seja, de um modo ou de outro iriam trabalhar 24 horas ininterruptas.

Sentimos que a exaustão emocional e o desgaste físico pairavam no ar. A total inadequação dos insumos necessários para assistir aos pacientes internados gerava um mal-estar geral. Ao questionarmos sobre as condições em que se encontrava a instituição, a enfermeira informou-nos que a situação era caótica com falta de recursos e que, com exceção da Cirurgia Coloproctológica, a Cirurgia Geral não estava fazendo procedimentos de grande porte (estômago, baço, fígado, pâncreas, dentre outros) por dois fatores primordiais:

1o. Falta de material (inclusive anestésicos) no Centro Cirúrgico;

2o. Elevado número de pacientes terminais internados na enfermaria, ocupando o leito e diminuindo a rotatividade.

Destacou ainda que a equipe de Enfermagem – dentre todas as categorias profissionais - era quem mais estava sofrendo os reflexos da crise financeira em que se encontrava a instituição, pois não havia material suficiente para prestar os cuidados necessários. Quando falamos do trabalho da equipe de Enfermagem, devemos lembrar que

“Os atos e técnicas socialmente mais qualificados, herdados, por sua vez, dos atos médicos, ficam com a Enfermagem de nível superior- os enfermeiros, que chefiam e supervisionam, por sua vez, a Enfermagem de nível médio e elementar , auxiliares e atendentes,

que executam o trabalho menos qualificado, expondo-se mais tempo aos enfermos.”

Pitta (op. cit., 1994:138)

Diante desta problemática, referendamos o estudo realizado por Gil et col. (op. cit., 2002) onde os autores apontam que as condições de trabalho influenciam diretamente no desenvolvimento das ações assistenciais o que pode vir a desencadear fatores estressores nos profissionais de saúde. Estes, normalmente, encontram-se submetidos a constante pressão psico-emocional devido as características das atividades desempenhadas. As dificuldades organizacionais/institucionais que se apresentam a cada dia vem agregar outros fatores estressores que poderiam ser facilmente evitados quando se possui uma estrutura organizacional preocupada e mobilizada para a solução dos problemas.

Como comentado anteriormente, Borges et col. (op. cit., 2002), a Síndrome de Burnout está intimamente relacionada com a indiferença das organizações frente a problemática apresentada pelos profissionais. Ainda no mesmo estudo, os autores destacam a urgente necessidade de implementação por parte destas organizações de medidas preventivas caracterizadas pela valorização dos seres humanos.

Sobre o abordado acima, vale ressaltar que – em sua maioria – os sentimentos apresentados pelos profissionais são exacerbados única e exclusivamente pelas condições precárias a que todos nós, profissionais da saúde, somos submetidos. É o desrespeito dos gestores para com a vida humana, quer seja do enfermo, quer seja de quem cuida. A falta de medicações e material para a prestação de uma assistência mínima causa um estado de *stress* irreversível no profissional, que se vê acuado diante de uma situação catastrófica: salvar uma vida ou amenizar um sofrimento.

Posturas institucionais como estas levam os bons profissionais ao desestímulo, pois os maus profissionais agradecem pois assim menos eles fazem. Infelizmente, esta é uma triste realidade que nos deparamos todos os dias quando entramos em certos hospitais públicos.

Na prática encontramos profissionais – principalmente do nível médio (auxiliares de Enfermagem, dentre outros) – aos quais não é questionada a preferência de local para exercer sua atividade laborativa.

Alguns autores como Bianchi (1990), dentre outros, enfatizam que

freqüentemente encontramos membros da equipe de Enfermagem lotados em unidades que não lhes são afins, pelo contrário, lhes causam até certa insatisfação, como se fosse um castigo. Isto vem acarretar profissionais atuando contrariados, aumento do índice de absenteísmo, sem mencionar os distúrbios psico-emocionais que não raramente ocorrem, chegando ao clímax com a Síndrome de Burnout.

"Isso tudo a gente chega a um certo momento da profissão que a gente tá baqueado. A gente tá emocionalmente desgastado quanto fisicamente muito desgastado".

(Orquídea)

Mello Filho (op. cit., 1992), destaca a importância do ambiente de trabalho no bom desempenho das atividades exercidas pelos profissionais, o que vai influenciar diretamente na qualidade do trabalho.

“ O trabalho também pode ser fonte de satisfação, realização, subsistência, mas freqüentemente se torna uma verdadeira prisão, em decorrência das más condições em que é realizado o trabalho, da desatenção a programas de prevenção e promoção da saúde. Daí a necessidade de resgatar a dimensão coletiva do fenômeno estresse, sobre o enfoque de uma Medicina Psicossomática realmente efetiva..”

Mello Filho (1992: 106)

A correta alocação dos profissionais poderia contribuir para uma melhor prática, com uma assistência de qualidade ao ser enfermo.

Camargo Jr. (op. cit.), aponta o prontuário como um fator estressante durante o atendimento ambulatorial, pois:

“Não raro, entretanto, prontuários não estão disponíveis no momento da consulta, pelos motivos mais variados (e absurdos), fazendo com que o médico, por vezes, atenda os pacientes sem dispor do registro de suas consultas prévias.

O prontuário médico é um caso a parte. Os pacientes antigos, ou que tiveram algumas internações, têm verdadeiros calhamaços arquivados, de difícil consulta mesmo para quem já tem familiaridade com este sistema de prontuário. Os próprios médicos tendem a não valorizar adequadamente o preenchimento das anotações das consultas, o que restringe bastante o valor deste

registro, ao menos como subsídio para o tratamento dos pacientes.”

Camargo Jr. (1990:84)

Vale lembrar aqui a mentalidade adotada pela instituição sobre o Prontuário – que merecia uma pesquisa a parte. Embora os preceitos da Administração Hospitalar enfatizem que o prontuário é do paciente e não da equipe de saúde, esta instituição semeia e nutre o conceito do *Prontuário Médico* - e assim o intitula -, onde é quase proibido que outros profissionais, como enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas nele registrem algum fato inerente ao dono dele: o paciente.

Assim como os prontuários, foi observada a presença de fatores externos, tanto à unidade de internação quanto ao ambulatório, que propiciam o aumento do nível de *stress* sofrido pelos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros e médicos, pois sobre estes recai a assistência direta e contínua ao paciente. Um desses fatores foi a falta de medicamentos essenciais para o tratamento dos pacientes internados. Em certo momento, durante uma consulta no ambulatório, o residente médico teve que delegar a consulta a outro colega, tendo esta já se iniciado, porque o Serviço de Farmácia não havia liberado um determinado antibiótico para o paciente na enfermaria.

O mesmo corre com o enfermeiro da unidade ao solicitar a este mesmo serviço as medicações fora das prescrições (clorexidina, adrenalina dentre outras). Outros serviços de apoio também são insensíveis à dinâmica assistencial das enfermarias como, por exemplo, rouparia, copa, zeladoria, proporcionando um desgaste desnecessário à equipe de Enfermagem e médica.

Dependendo do grau de (des) organização da instituição, os trabalhadores poderão apresentar danos maiores ou menores no desempenho de suas funções com afetamento direto na saúde bio-psico-sócio-emocional destes. Em estudo realizado por Gil-Monte & Peiró (1997), como já mencionado anteriormente, estes estressores podem contribuir com o aparecimento de casos de Burnout, caracterizando-se através dos fatores desencadeadores onde contamos com a presença da sobrecarga no ambiente de trabalho em virtude dos entraves burocráticos encontrados na instituição.

Núcleo Temático III – O gostar de fazer

Durante nossa permanência na unidade de internação, pudemos observar que grande parte dos sujeitos do estudo gosta do que faz. Violeta ao realizar os procedimentos do dispositivo de ostomia, o faz explicando ao enfermo cada passo a ser seguido, promovendo o auto-cuidado tornando este independente.

"Geralmente eu cuido com muito prazer".

(Violeta)

"Mas o que eu observo assim, principalmente o paciente ostomizado, eu tô trocando a bolsa, fazendo uma limpeza, eu procuro transmitir mais tranquilidade do que geralmente eu transmito. Não sei se é para mostrar que aquilo ali é uma coisa comum, que vai fazer parte da vida dele pro resto da vida, que ele vai ter que se acostumar com aquilo, que aquilo para mim não me assusta, né, é... pra ver que eu não tenho repulsa, ou pelo menos não demonstrar, né. Isto é importante".

(Violeta)

Observa-se pela fala do sujeito acima que, apesar de ser considerada repulsiva por alguns a limpeza do dispositivo de drenagem do ostoma, este o faz com prazer, demonstrando para o paciente que aquilo é uma coisa normal para ele e que o mesmo tem que ser para si, uma vez que o sucesso de sua adaptação a nova vida depende única e exclusivamente de sua aceitação do ostoma.

"(...) tarefas agradáveis ou não, repulsivas ou aterrorizadoras muitas vezes, que requerem para seu exercício, ou uma adequação prévia à escolha de ocupação (...) ou um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho das tarefas."

Pitta (1994: 62)

Assistir ao paciente oncológico, principalmente o mutilado, requer um exercício emocional equilibrado do profissional. Para tanto, ele deve aprender a gostar do que faz para manter um nível satisfatório desta assistência, tanto para o paciente quanto para si

mesmo. Segundo Berwick (1996), para o paciente sentir-se satisfeito com o serviço prestado, é necessário que aquele que o assiste esteja satisfeito com o que faz. Nessa linha de análise, a qualidade está centrada na satisfação de quem assiste e de quem é assistido. Se um profissional está satisfeito com o que faz, é admissível que irá atuar da melhor maneira possível, pois sente prazer com seu trabalho.

Apesar de todo o trabalho e a falta de condições satisfatórias para prestar uma assistência de qualidade, podemos observar que os auxiliares de Enfermagem mostravam-se solícitos às chamadas dos pacientes e em nenhum momento manifestaram qualquer desagrado em atendê-los.

"Eu sempre gostei da profissão. Quantas vezes me chamar... tem amigos e colegas aqui dentro, que no serviço, ah! Porque eu estou almoçando agora... acho que as pessoas estão no serviço é para trabalhar... eu penso assim. No meu lugar, entendeu?... Então... quantas vezes precisar trocar a bolsa... 10,20 vezes, eu mudo, entendeu?..."

(Gerânio)

Continuando com a observação na enfermaria, neste dia não foi vista a presença de nenhum membro da equipe de Nutrição, assim como, assistente social ou psicólogo. Participaram das atividades naquele dia somente a equipe de Enfermagem e a equipe médica. Esta última permaneceu pouco tempo na unidade, pois uns tinham que ir atender no ambulatório, outros para o Centro Cirúrgico.

Para dar uma continuidade à observação da equipe médica, dedicamos alguns dias no Ambulatório de Cirurgia Coloproctológica assim como no Centro Cirúrgico. No primeiro cenário muito teve o que ser relatado merecendo uma categoria exclusiva, não ocorrendo o mesmo no Centro Cirúrgico, pois quando a equipe médica da especialidade chega nesta unidade, o paciente já se encontra sob os cuidados da equipe de anestesia, sob efeito pré-anestésico, não interagindo com o sujeito de nosso estudo.

Núcleo Temático IV – Vivenciando o stress profissional

Assim como nos dias anteriores, fomos muito bem recebidos na enfermaria pela equipe de Enfermagem, não pelo fato de sermos colegas de instituição, mas pelo fato de estarmos realizando uma Tese de Doutorado onde eles eram os sujeitos. Como afirmaram, alguém estava preocupado como eles se sentiam enquanto pessoas e profissionais.

“Tem... tem mesmo... eu não digo é... é... é... lá em cima. Por exemplo: você é uma profissional que está fazendo a sua tese nisso. Já tem vivência, trata a gente naturalmente. Não sei dizer, mas a gente também se sente cansadinho... é muito bom conversar, muito mesmo. Eu não sei de quanto em quanto tempo, mas... eu sinto que meia horinha de conversa sobre o assunto, fora da enfermaria, com outra pessoa diferente que a sua chefia... tem um censo que... não sei se é o pessoal do ambulatório (*refere-se ao PROSAÚDE*²²), que a gente vai conversar e é bom.”

(Cravo)

O relato deste sujeito é corroborado por Pitta (op. cit., 1994: 92-93) quando esta aponta que, raramente os trabalhadores de saúde recebem a atenção necessária de acordo com as tarefas desempenhadas por eles em “*seus múltiplos papéis enquanto usuários e enquanto prestadores de serviços*”.

A fala deste sujeito (Cravo) nos fez refletir o quanto os profissionais se vêm sozinhos em seu cotidiano laboral. O ser humano tem como característica ímpar a necessidade de falar sobre os seus problemas. Talvez seja uma forma de aliviar seu sofrimento ou até mesmo de “espantar os fantasmas”²³ que o atormentam. Dialogar com a chefia imediata pode ser mal interpretado, não sendo visto como um desabafo, mas sim

²² A universidade a qual o hospital está vinculado executa um projeto denominado PROSAUDE. Este tem o objetivo de averiguar a saúde dos profissionais que atuam na instituição com o intuito de realizar diagnóstico precoce de doenças profissionais assim como determinar o perfil clínico destes, orientando na readaptação se assim for preciso.

²³ Os fantasmas que aqui me refiro estão representados pelos medos, anseios e angústias que todos os profissionais de saúde enfrentam no dia-a-dia para atender às pessoas doentes, diante do atual cenário sócio-político que todas as instituições públicas de saúde enfrentam.

como uma reclamação, passando a ser visto como “funcionário problema”²⁴. Daí a importância do diálogo com uma pessoa de fora da unidade, mas dentro do local de trabalho, para que possa compreender as dificuldades e pressões a que são submetidos, podendo, quem sabe, conseguir uma transferência de unidade. Estas observações são apoiadas por Menezes (op. cit., 2004), como é observado mais adiante.

"Ainda bem que são só três leitos. (...) ainda bem porque é um paciente que te suga muito... te suga muito. Tanto da parte profissional quanto da parte emocional, porque você tem que estar muito bem estruturado tem que estar bem para chegar, chegar sem stress...".

(Rosa)

Deve-se lembrar, como abordado anteriormente, que doenças podem advir desta insatisfação no trabalho, onde *“a alta frequência dos sintomas rompe com a norma social dos atributos do “bom funcionário”, que é trabalhador e continente ao trabalho”*. (Mello Fo., 1992: 106)

Ainda referendando a fala do sujeito (Cravo), observamos quão sozinhas estas pessoas se sentem, pelo menos no aspecto laboral. Tivemos a impressão – e constatamos mais adiante no período de observação - que aqueles indivíduos estavam acostumados a serem tratados como mão-de-obra e não como seres humanos com seus medos e anseios. Ficou claro que a instituição como um todo, marginaliza o aspecto psico-socio-emocional de seus funcionários, criando verdadeiras “máquinas” de produção, fazendo luz ao filme *Tempos Modernos* de Charles Chaplin.

“Peter Spink (1982) nos diz o seguinte : “o que muitas empresas têm de desumano é o seu próprio modelo de trabalho, um modelo que, diariamente, sistematicamente, violenta e restringe as reais capacidades de uma pessoa dentro de um escritório ou de uma fábrica. Muito provavelmente, estas reais capacidades estão ligadas a potencialidades intelectuais e emocionais, que sofrem constantes negações e sanções a partir de interesses pessoais que, embora aplicadas em nome da produtividade, pouco têm a ver com ela.”

Mello Fo. (1992: 103)

²⁴ Entendemos como “funcionário problema” aquele que apresenta dificuldades de relacionamento com a equipe, alto índice de absenteísmo, negligência, imprudência.

A ausência de um espaço para que estas pessoas exponham seu modo de pensar, assim como suas angústias, vem refletir-se na insatisfação pessoal chegando, por vezes, a afetar o desempenho profissional. É o fazer por fazer!

“O sindicalista Carlos Aparecido Clemente, coordenador do Departamento de Segurança do Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco, disse o seguinte, em uma recente mesa-redonda, sobre saúde no contexto organizacional: “no dia em que o profissional da área da saúde perguntar ao paciente como é o seu trabalho, como está no trabalho, onde, como e com quem mora, quanto tempo demora para ir de casa para o trabalho e vice-versa, teremos uma revolução no atendimento e na promoção de saúde.”

Mello Fo. (1992:97)

Trata-se de uma assertiva que se pode generalizar para todos os profissionais, quaisquer que sejam as atividades desempenhadas por eles, uma vez que todos nós trabalhadores – onde nos incluímos neste contexto – necessitamos de condições dignas de sobrevivência, de qualidade de vida. Nosso desempenho profissional está centrado única e exclusivamente naquilo que recebemos da instituição patronal, assim como da sociedade como um todo.

Nos tempos atuais muito se ouve falar no termo *Qualidade Total*, na melhoria dos serviços prestados para garantir a Certificação ISO 9002. Em trabalho anterior (Pinho, op. cit., 1997) observou que, para se conseguir a almejada certificação – o que coloca a instituição certificada ou acreditada, no caso da Acreditação Hospitalar, em um dos patamares mais altos de qualidade de prestação de serviço, advém da satisfação do cliente. Antes de mais nada, esta instituição deve garantir a satisfação de sua clientela interna, ou seja, de seus funcionários, uma vez que a satisfação da clientela externa – os clientes/pacientes propriamente ditos – depende única e exclusivamente dos serviços prestados pelos primeiros.

Com isso, destacamos que encontramos profissionais – principalmente auxiliares de Enfermagem – que verbalizaram o descaso com que eram tratados pela instituição e da necessidade sentida por eles próprios de ter alguém com quem conversar.

“(...) pode-se afirmar que quanto menor a autonomia do trabalhador na organização de sua atividade, maiores as possibilidades de que a atividade gere transtornos à saúde mental.”

Glina et col. (2001: 12)

No presente estudo em diversos momentos abordamos o desgaste do profissional de saúde, principalmente daqueles que atuam em Oncologia. Tal fato faz-se necessário enfatizar em virtude do crescente número de profissionais que vêm apresentando distúrbios psico-emocionais oriundos deste *stress*. Quando analisamos textos de Psico-Oncologia, como Holland (1996), Carvalho (2000), dentre outros, observamos que este tipo de doença crônico-degenerativa não vem acarretar distúrbios emocionais apenas nos seus portadores e seus familiares, mas também nos profissionais que os assistem.

Conforme Leshan (op. cit., 1992) destacou em “*O câncer como ponto de mutação*”, os profissionais de saúde vivenciam um desequilíbrio emocional muito grande frente ao doente oncológico, pois o percurso desde o diagnóstico até o final do tratamento – com a possibilidade da remissão da doença –e/ou morte é um caminho muito longo, o que vem a acarretar um desgaste físico e emocional importante nos profissionais.

Devemos lembrar que este tipo de desgaste apresenta efeitos deletérios na saúde física do profissional, como apontado por Ballone (op. cit., 2002), com o surgimento da Síndrome de Burnout, já amplamente discutida, com uma sintomatologia específica que vai desde uma simples dor nas pernas até casos de insuficiência cardíaca.

Face a esta situação encontrada no cotidiano dos profissionais de saúde, é que recomenda-se a psicoterapia assim como técnicas de relaxamento e até mesmo o distanciamento, mesmo que temporário, dos profissionais como medida preventiva do desgaste psico-emocional.

Em um hospital ligado a uma Universidade, instituição esta possuidora de faculdades como um Instituto de Psicologia, onde existem alunos de graduação e pós-graduação e residentes de Psicologia, torna-se inconcebível a ausência deste profissional no atendimento à clientela interna da Universidade, principalmente, àqueles que atuam no hospital onde o binômio vida/morte faz parte do cotidiano, delegando esta função ao já sobrecarregado Serviço Social.

É de suma importância o preparo psicológico dos profissionais que trabalham com a morte iminente, como é o caso dos cuidados aos pacientes oncológicos.

“Contudo, o campo de atuação do psicólogo de CP²⁵ não se restringe ao horizonte da interioridade do doente e de seus familiares e à dinâmica das suas relações. Seu trabalho estende-se à equipe interdisciplinar: os profissionais, em sua rotina cotidiana, entram em contato constante com o sofrimento, o que pode acarretar problemas de ordem física e emocional, podendo chegar a produzir a “Síndrome de Burnout”. O foco de atenção da psicóloga amplia-se à rede de profissionais, indicando a influência e o valor dos saberes “psi” na construção da disciplina dos CP. “

Menezes (2004: 128)²⁶

Neste trabalho realizado por Menezes, ao entrevistar uma psicóloga do grupo de CP, ela destaca que os profissionais de saúde são negligenciados no aspecto psicológico, onde “ *a equipe pode entrar em stress, vivendo raiva, ansiedade e depressão*”. Este foi um fato realmente evidenciado no presente estudo por parte de alguns profissionais, durante a fase de Coleta de Dados.

"Algum tempo atrás, não sei precisar quando, o setor de Psiquiatria estava fazendo um trabalho com um funcionário. Não foi uma coisa muito divulgada, mas achei uma coisa bem interessante, porque às vezes a gente não tem nem como colocar nossas angústias”.

(Violeta)

Com esta fala observamos que, em algum momento, alguém se preocupou com estes profissionais e eles, por sua vez, sentiram-se valorizados e encontraram um ponto de apoio para aquilo que lhes estava incomodando: suas angústias.

Estes processos/situações/pressões a que são submetidos todos os trabalhadores dos hospitais vêm aos poucos ocasionando distúrbios no âmbito psico-emocional destes, mesmo que não seja declarado abertamente .

“Tem-se desde já claro os limites e reduções que um instrumento padronizado de detecção de sintomas psico-emocionais deverá trazer no momento que se busca entender a dinâmica do sofrimento psíquico, tomando como recorte um dado ambiente de trabalho, querendo estabelecer medidas de associações pelo sofrimento exibido pelos indivíduos ali referidos e determinadas condições de

²⁵ Cuidados Paliativos

²⁶ MENEZES, Rachel A. – *Em busca da “boa morte”*: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos . Tese de Doutorado, IMS/UERJ,2004

organização do trabalho ali realizado, uma vez que um tempo significativo da vida daquelas pessoas acontece naquele ambiente”.

Pitta (1994: 143)

Núcleo Temático V – As Diversidades da Prática Assistencial

O trabalho em turnos – uma constante no âmbito hospitalar – é uma prática muito antiga “*existindo desde que os homens se organizam em cidades e estados*” (Pitta, 1994:56). Contudo, observa-se ser essa prática nociva à saúde do trabalhador,

“ (...) onde os sincronizadores individuais estão invertidos em relação aos demais sincronizadores sociais, violentando também os ritmos circadianos, trazendo desordens na esfera biológica, psicológica e social destes trabalhadores e seus familiares, habitualmente desconsiderados nos acordos de trabalho e sequer presentes como eixo de preocupação deles próprios ou mesmo dos profissionais de saúde”.

Pitta (1994:58)

Continuando com nossa observação na unidade de internação, notamos que a enfermeira iniciou uma arrumação, pois esta se encontrava muito desorganizada, dificultando até mesmo o bom andamento do serviço. Foi nesse momento que tivemos condições de conversar mais particularmente. Ela manifestou sua insatisfação pelo descaso médico com os pacientes, assim como as condições que a equipe de Enfermagem se vê obrigada a trabalhar: total falta de recursos materiais e a precariedade de pessoal.

Enfatizou que a equipe de Enfermagem estava cansada porque sobre ela recai o trabalho diário por um longo período ao ser enfermo, como é observado abaixo:

“ (...) tarefas dos auxiliares e atendentes são, a um só tempo, as mais imensas, repetitivas e social e financeiramente pior valorizadas. Além de conviver mais tempo com os enfermos, os acompanham mais de perto, anotam com detalhes suas reações, cumprindo toda a estratégia de vigiar a vida e a morte dos internados, que é, em si, uma atribuição do hospital como um todo.”

Pitta (1994: 54)

Neste momento foi destacado que a enfermaria parecia uma sucursal do INCA (Instituto Nacional do Câncer), conforme constatamos²⁷. Neste ínterim chegou a

²⁷ O INCA (Instituto Nacional do Câncer) é um hospital de referência nacional para o tratamento do câncer de todos os tipos. Devido a esta diversidade de tipos, o instituto é formado por cinco unidades de internação (hospitais) denominados de Hospitais do Câncer I, II, III, IV e V, cada um atendendo um determinado grupo de pacientes oncológicos, incluindo uma unidade de apoio para aqueles enfermos fora de qualquer tipo de possibilidade terapêutica (doentes considerados terminais).

assistente social que atende aquela unidade. Como se trata de uma pessoa nossa conhecida de longos anos, inclusive tendo os mesmos objetivos junto ao indivíduo ostomizado, eis que já atuamos em conjunto em determinada atividade, ela veio nos dizer que havia melhorado o Programa de Assistência Social ao Ostomizado implementado por ela naquela instituição. Para melhor se inteirar das ocorrências com os pacientes e poder direcionar seu atendimento, solicitou à enfermeira um breve relato dos pacientes. Considerou como prioritário o atendimento a um senhor com câncer gástrico, pois, inclusive, ele já havia encomendado o serviço funeral para si próprio.

Observamos que sua presença junto aos pacientes gerou um ar de tranquilidade, não somente para eles, pois sabem que podem contar com uma pessoa para auxiliá-los a resolver seus problemas externos geralmente no âmbito familiar, mas também um conforto para a equipe de Enfermagem, famosa por arcar com a assistência não somente técnica, mas social e psicológica dos pacientes.

"Então se eu puder dar um apoio para eles, para quê?... tem que sentir que estou dando uma força para eles..."

(Gerânio)

"(...) a família não é bem orientada, então... é uma confusão só... mas na verdade é um grande abuso que se torna um grande abacaxi que a gente vive descascando, mas na verdade, lidando direto com o paciente a gente tem que ir descascando, ir mostrando para ele que não é nada daquilo..."

(Rosa)

Neste meio tempo chegou a unidade um casal de internos da Nutrição. Algo nos chamou a atenção naquele casal: a frieza e a impessoalidade no tratamento com os pacientes. Chegavam até as raias do descaso com aqueles seres enfermos, marginalizados pela sociedade devido a doença. Em certo momento observamos mais atentamente a visita a um senhor de 45 anos com câncer colorretal (em ângulo hepático) metastásico. O rapaz apresentou-se um pouco mais atencioso, enquanto a moça demonstrava-se impaciente, querendo sair logo da enfermaria. Foi nesse momento que chegou a professora deles (já se haviam passado cerca de 30 minutos da chegada dos internos). Esta fez com que os dois visitassem paciente por paciente, o que irritou visivelmente a

interna, permanecendo o tempo todo em silêncio. Com certeza eles não devem saber a importância do papel deles junto ao portador de câncer do aparelho digestivo. É uma pena que aqueles a quem caberia a reeducação alimentar de um ostomizado, o que significa o sucesso da cirurgia e uma maior sobrevivência deste enfermo, desconheçam ou negligenciem a sua importância e, principalmente, o motivo pelo qual estão cursando um nível superior.

Conversando informalmente com uma amiga nutricionista, nos foi esclarecido que durante o curso de graduação em Nutrição existe uma disciplina comum a todos os cursos da área da saúde, diferenciando apenas na nomenclatura: trata-se da Psicologia (Saúde mental, Psicologia Clínica). Nesta disciplina não só o futuro profissional aprende a utilizar com os clientes que assistem, mas também como em benefício próprio as técnicas da disciplina, com o intuito de minimizar as situações de *stress* que advêm do cuidado do ser enfermo.

Tal passagem nos fez lembrar Camargo Jr. (1990: 83-84) em sua Dissertação de Mestrado sobre o comportamento médico no atendimento ambulatorial, quando diz que “*muitos residentes (e médicos já integrantes do corpo de profissionais do hospital, a propósito) têm verdadeira ojeriza ao atendimento ambulatorial, referindo-se ao ambulatório com termos pejorativos, como “mulambatório”, “embromatório” e outros.* Isto nos faz crer que o descaso ocorre em todas as categorias profissionais, quer seja no ambulatório, quer seja na enfermaria, conforme foi observado na prática.

Como mencionamos anteriormente, a prática assistencial em turnos, os múltiplos empregos, dentre outras variáveis infundáveis, afetam significativamente o desempenho dos profissionais de saúde. Assim como destaca Teixeira et col. (op. cit., 2001:138), “*o profissional e o cliente deparam-se, constantemente, com as contradições do cotidiano: vida e morte, alegria e tristeza, saúde e doença*”. Ao somarmos as primeiras situações apresentadas com as divergências apresentadas por Teixeira et col., encontramos uma ambigüidade na prática assistencial.

Por um lado nos deparamos com profissionais carinhosos, atentos para o bem-estar dos pacientes, vivenciando cada momento do período de internação com o intuito de promover o auto-cuidado por parte destes pacientes, como visto em algumas falas dos sujeitos. Por outro lado, temos a realidade que apresenta significância no cotidiano do hospital: o descaso e/ou negligência de tantos outros profissionais na atenção ao ser enfermo, como observado.

Outras idas foram programadas e realizadas a enfermaria, mas a mesma rotina

(como o próprio nome diz) se repetia dia após dia. Como dados novos não foram surgindo após o período proposto para a Coleta de Dados, decidimos interromper as visitas uma vez que ocorreu saturação dos dados, não acrescentando nada de novo a pesquisa.

Assim foi visto o cotidiano da enfermaria de Cirurgia do hospital do estudo. Levando em consideração que a equipe médica teve sua observação prejudicada na enfermaria, optamos por acompanhar estes profissionais em seu habitat: o ambulatório de follow-up²⁸ dos pacientes com câncer intestinal. A curta permanência da equipe médica na enfermaria, revela esta ser um espaço de atuação da equipe de Enfermagem, demarcada pela presença constante desta.

²⁸ O ambulatório de follow-up de pós-operatório de câncer intestinal caracteriza-se pelo agendamento prévio pelo médico-residente que realizou a cirurgia, o seu retorno para acompanhamento ambulatorial por um período de cinco anos (período este considerado de perigo para recidiva dos tumores malignos). Durante este período são realizados exames de rotina para avaliação da saúde da pessoa. Estes exames compreendem a tomografia computadorizada, a dosagem de antígenos carcinogênicos específicos (CEA) que são verificados no sangue, seguindo um valor de referência (similar aos demais exames de sangue, tais como hemograma, glicose, dentre outros) e ultrassonografia.

Núcleo Temático VI – Entrando em um universo distante: o ambulatório

Antes de tudo há a necessidade de caracterizar o atendimento ambulatorial para que possamos ter uma visão mais clara da situação. Para que uma pessoa receba atendimento médico-hospitalar na instituição do estudo, ela necessita passar por uma consulta de primeira vez no ambulatório da clínica médica, onde recebe o encaminhamento para a clínica de destino, com exceção de algumas especialidades tais como oftalmologia, cirurgia buco-maxilo-facial, dentre outras. Após este encaminhamento, é agendada uma consulta no Ambulatório da Cirurgia Coloproctológica (o que ocorre cerca de três meses após a consulta na Clínica Médica), sendo este atendimento feito pelo residente da especialidade (normalmente um residente do primeiro ano – R1) ou um interno de Medicina.

O prédio dos Ambulatórios localiza-se no anexo do bloco de internação, possuindo três andares, com alguns anos de construção e necessitando reparos. As salas de cada especialidade são subdivididas em boxes (normalmente cinco boxes) com divisórias e cortinas de pano no lugar de portas, não conferindo privacidade alguma às pessoas durante as consultas.

Para discutir as observações realizadas no ambulatório, adotamos Camargo Jr. (op. cit., 1990) como referencial, uma vez que a pesquisa realizada pelo autor traz informações de importância significativa para o presente. Foi realizado estudo anterior no Ambulatório de Clínica onde pôde identificar toda a dinâmica do atendimento médico, quer seja ele *staff*, residente ou interno. Identificou-se prontamente a divergência entre prática e teoria, onde a segunda enfatiza o atendimento personalizado, individualizado e humanístico. Na prática, o oposto foi encontrado.

Voltando a nossa temática, o Ambulatório da Cirurgia Coloproctológica atende às 3a., 4a. e 6a. feiras, das 8:00 às 12:00 horas. Todos os procedimentos pré e pós-operatórios são atendidos no serviço (hemorróidas, cistos pilonidais, câncer intestinal, dentre outros). Como a clientela portadora de câncer intestinal e ostomias requer uma atenção maior, foi estipulado um determinado dia para seu atendimento exclusivo. Cada dia da semana um médico *staff* é o responsável pelo acompanhamento dos residentes (os

atendimentos são sempre realizados pelos residentes), foi determinado um rodízio mensal no dia do follow-up para que todos os staffs possam ter a oportunidade de supervisionar o atendimento.

Este se dá sempre na última semana de cada mês, e quem é o responsável pela organização do atendimento é o R3 Lírio²⁹. Dentro do programa de Residência do hospital em questão, independente da área (medicina, Enfermagem, nutrição, serviço social e demais outras), o residente do último ano deve realizar um trabalho científico que venha a contribuir para a melhoria do atendimento na instituição. Na maioria das vezes o referido trabalho (monografia de conclusão) resulta na implantação de uma nova rotina, como aconteceu aqui, segundo nos foi informado. Para que toda a informação inerente àquele determinado paciente possa ser compartilhada por todos, assim como se realizar estatísticas fidedignas, este residente elaborou impressos próprios tendo como base o preconizado pelo Colégio Americano de Cirurgia, que permanecem em uma pasta arquivo, guardada na Secretaria da cirurgia onde todos os membros da equipe têm acesso.

Tal rotina se fez necessária em virtude das características do prontuário da instituição. As folhas do prontuário encontram-se dentro de um envelope pardo (na maioria das vezes todo rasgado), em total desordem, faltando folhas importantes como o laudo do exame histopatológico, relato de cirurgia, dentre outras. Sem estes dados torna-se impossível, ou pelo menos muito difícil, traçar a conduta no pós-operatório, uma vez que não se sabe o estadiamento³⁰ da doença. Grande tempo é perdido aí na procura dos registros.

Já presenciamos – em uma enfermaria de Clínica Médica – o médico *staff* retirar uma folha com registros de enfermeiros e jogar no lixo. Esta é uma mentalidade arcaica que vem a prejudicar apenas uma pessoa: o paciente.

Voltando às características do atendimento ambulatorial, destacamos que neste cenário atuavam quatro residentes médicos (dois R1, um R2 e um R3), o staff e uma auxiliar de Enfermagem que trabalha em esquema de plantão ³¹, no horário das 8:00 às

²⁹ Os nomes foram aqui trocados com o intuito de preservar a identidade dos sujeitos.

³⁰ Entendemos por ESTADIAMENTO a fase na qual a lesão tumoral maligna se encontra, o grau de invasão para outros órgãos, que serve de base para se traçar a conduta a ser tomada, como por exemplo, quimioterapia antineoplásica e/ou radioterapia.

³¹ Conforme descrito anteriormente, nas enfermarias os auxiliares de enfermagem trabalham 12 horas consecutivas e descansam 60 horas. No ambulatório, devido ao horário de funcionamento (de 2^a. a 6^a. feira, das 8 às 17 horas, com intervalo das 12 às 13 horas), esta categoria profissional tem um regime de escala de

17:00 horas.

Em nosso primeiro dia de visita ao ambulatório chegamos às 7:30 horas para não perder um passo sequer. A auxiliar de Enfermagem chegou junto conosco e após nos apresentarmos ela veio explicar os procedimentos para atendimento. A primeira coisa que ela fez foi pegar os cartões de atendimento dos pacientes, por ordem de chegada e separar os prontuários destes. Enquanto ela fazia isso, chegou o R2 e prontamente se predispôs a colaborar com nossa pesquisa. Destacamos aqui que já se havia feito um agendamento prévio com o Chefe do Serviço e o R3 para a nossa ida ao ambulatório.

Então o R2 separou os prontuários de acordo com os residentes responsáveis por cada paciente. A dinâmica do atendimento no ambulatório é algo mecânico, impessoal, estressante e desgastante.

Eram 08:30 h da manhã e o atendimento começou. Somente o R2 tinha chegado. Ele começou fazendo o atendimento a quem havia operado na semana anterior (cirurgias de hemorróidas). Nesse ínterim chegou o R3 com as fichas dos pacientes de *follow-up*.

Ficamos no boxe de atendimento com o R3 (nosso principal sujeito do estudo na área médica em virtude do seu trabalho junto as pessoas que haviam realizado a cirurgia para câncer intestinal e estavam colostomizadas), mas nos localizamos de modo que tivéssemos ampla visão dos demais boxes, observando tudo o que se passava. O residente que ficamos, pudemos observar que era muito cordial com os pacientes, tirando as dúvidas que eles tinham, contudo usava com frequência o jargão médico, dificultando a alguns o entendimento do que ele queria dizer. O jargão médico é algo característico da profissão. Neste caso o usado foi “patologia” (ao invés de doença), “necessidade de realizar dosagem sérica do CEA” (ao invés de precisar colher sangue para fazer um exame), “o senhor tem um protusão estomal “ (ao invés de o senhor está com uma hérnia perto da colostomia), e assim por diante.

Como foi implantado recentemente sistema de cadastro em fichas deste tipo de clientela (o que a nosso ver facilitou ao médico acompanhamento de cada caso), alguns pacientes ainda não têm seus dados cadastrados e há necessidade de fazê-lo, o que demanda um tempo maior nas consultas para o preenchimento do impresso.

Diversos comportamentos dos profissionais contribuem para a existência de falhas na comunicação e na interação com o paciente. O uso do jargão e da linguagem técnica é um dos fatores mais relevantes. Estudos revelam que os pacientes entendem relativamente

trabalho em dias alternados, caracterizando plantões das 07:00 às 18:00 horas, com exceção de Sábado e

pouco dos complexos termos que os profissionais usam.

Em alguns casos, as explicações cheias de jargões podem ser usadas para manter a distância do paciente, impedindo-o de fazer muitos questionamentos. Podem servir, ainda, para que o paciente não perceba que o profissional de saúde não tem certeza quanto ao problema de saúde que ele está apresentando.

Mais comumente, no entanto, os profissionais usam o jargão em função de um hábito adquirido em sua formação e treinamento técnico. Os profissionais aprendem um vocabulário complexo para compreender as doenças e se comunicar sobre elas com outros profissionais. Frequentemente esquecem que o paciente não compartilha desse conhecimento e desse vocabulário. Então, o uso do jargão, em parte, trata-se de simples acomodação, fruto do hábito. O uso do jargão pode também decorrer de uma inabilidade para julgar ou perceber o que o paciente não está entendendo, e que é necessário a utilização de termos menos técnicos e mais claros.

Tendo identificado a incapacidade do paciente em compreender os aspectos de sua doença e do tratamento, o profissional pode ir ao extremo oposto, e utilizar uma linguagem infantilizada, com explicações simplistas, que não esclarecem o paciente. Explicações super simplificadas, adicionadas a uma fala infantilizada, podem fazer com que o paciente se sinta como uma criança desamparada. Além disso, tal comportamento pode impedir outras questões, pois diante de uma explicação sem utilidade o paciente pode não saber como começar a perguntar por informações relevantes e significativas para ele. Esta tendência no sentido de dar explicações simplistas pode tornar-se quase automática.

VI.a – Enfrentando a mutilação físico-psicológica

Ainda referindo-se ao Ambulatório, a auxiliar de Enfermagem que lá se encontrava nos informou que ela estava "emprestada " naquele dia para a Procto, que ela estava lotada na sala da Ginecologia, mas como uma colega havia faltado ela fora remanejada. Confidenciou-nos que não gostava de atender na Procto, pois os procedimentos ali realizados, assim como os pacientes com câncer e colostomia, a incomodavam muito. Referiu ser muito triste - para ela - a condição de colostomizado e que lhe fazia mal presenciar aquele tipo de mutilação. Observamos que isto a perturbava em demasia, ainda mais porque ela tratou logo de mudar de assunto. Sentimos um certo ar de incômodo psicológico, pois ao tocar no assunto ela começou a movimentar-se de um lado para o outro com certo nervosismo. Foi aí que virou para nós e disse que teve um parente com câncer no intestino e ficou ostomizada. Respeitamos sua posição de não querer falar no assunto.

"Então pra gente é muito penoso... é penoso você lidar com uma pessoa assim nessa condição de saúde..."

(Orquídea)

"Muitos profissionais ficam... Não gostam de trabalhar com este tipo de situação e, muitos profissionais, ficam insensíveis, justamente porque não sabem lidar com isso A forma dele se resguardar com relação a esse tipo de... esse tipo de paciente, esse tipo de câncer é se resguardando³²".

(Rosa)

Baseado na atitude da auxiliar de Enfermagem e nas falas acima pode-se destacar que os profissionais de saúde (pelo menos a sua maioria) apresentam dificuldades psicológicas em assistir ao portador de um estoma intestinal, quer seja por dificuldade em entrar em contato com o seu sofrimento, quer seja por repulsa ao estoma propriamente dito.

Médicos e enfermeiros, de um modo geral, não parecem receber na sua formação

³² Quando o sujeito se referiu ao termo "resguardando" me fez lembrar o que algumas pessoas fazem para resguardar o seu emocional. Já vi pessoas tratando com desdém – e até mesmo grosseria – o doente dentro do hospital alegando que estão protegendo o seu emocional, não se envolvendo com o doente. Existem diversos modos de se resguardar sem precisar se desumanizar.

uma preparação adequada para lidar com o múltiplos desafios apresentados pelo tratamento dos pacientes colostomizados pós-cirurgia para tratamento do câncer. No primeiro caso, o trabalho de campo mostrou a tendência ao refúgio na conduta técnica; no segundo, a auto-cobrança instilada pelo processo de formação de que devem atender de forma irrestrita às demandas apresentadas pelos pacientes e “estar próximos” dos mesmos sem que haja um real preparo para lidar com as dificuldades emocionais e psíquicas envolvidas leva ao desgaste dos profissionais empurrando-os em direção a chamada Síndrome de Burnout. Este segundo padrão possivelmente se reproduz também entre o pessoal técnico e auxiliar de Enfermagem, com ainda menos preparo para as conseqüências pessoais dessa forma de abordagem, hipótese que apreço justificável frente ao material resultante das entrevistas com estes profissionais.

Embasando tal assertiva na literatura, Pitta (op. cit., 1994:155), ao analisar o *stress* e as condições de trabalho hospitalar aponta as cargas psíquicas a que os profissionais de saúde estão submetidos, assim como as estratégias utilizadas por estes com o intuito de proteção afetivo-emocional. As referidas estratégias apontadas são:

- *Coesão interna* entre a equipe baseada numa ajuda mútua;
- *Hiperatividade verbal* ou cinética como modo de afastar a angústia;
- *Absenteísmo* como expressão da falência de defesas competentes para o enfrentamento de dificuldades;
- *Verbalização* de questões não vinculadas ao trabalho – os chistes e as anedotas como válvula de escape da tensão;
- *Agressividade reativa* contra o paciente através de zombarias, colocações cínicas e ridicularizações como fumaça encobridora de sentimentos de culpa desencadeada pela exibição do sofrimento do outro, evitando que se coloquem numa posição de fragilidade, passividade e sensibilidade.

"(...) fica muito complicado na cabeça do profissional... é o desenrolar do pós-operatório. E tem paciente, tem cliente que te suga... te suga e se duvidar quem não tiver a cabeça muito boa e muita bem centrada, a gente pira. A gente pira porque não consegue aceitar certas coisas”.

(Rosa)

Núcleo Temático VII – A importância da comunicação profissional de saúde-paciente: a relação médico-paciente

Lembrando Camargo Jr. (op. cit., 1990: 88), o autor destaca a conduta médica no ambulatório como “ *cortês, porém sem qualquer empatia, como se depreende da não valorização do sofrimento do paciente, ou do fato de não dar atenção ao mesmo enquanto escreviam*”. Analisando o discurso do autor (op. cit.), podemos concluir que se passaram 16 anos desde o primeiro estudo até este³³, o cenário é o mesmo, mudando apenas a especialidade médica (no primeiro estudo foi analisada a Clínica Médica e no presente, a Cirurgia Coloproctológica), mas o descaso e a impessoalidade são as mesmos.

“Ele faz o que tem que fazer: ele é mecânico, ele faz o que tem que fazer, ele dá a orientação que tem que dá, tudo o que o paciente precisa saber, daí pra frente não é com ele”.

(Rosa)

Durante a observação notamos que, após a resolução de todos os entraves burocráticos (que se repete a cada paciente que chega para atendimento), a consulta limita-se a perguntar se o paciente está bem, comendo e evacuando bem, se o CEA está em dia e examina-se o abdome do paciente, superficialmente. Foram atendidos dois pacientes com amputação abdomino-perineal. Estes tiveram a região perineal examinada também. O paciente sai da consulta com um pedido de CEA e, em alguns casos, tomografia (que será marcada pelo serviço de radiologia para ser feito em média dois a três meses depois da data de solicitação).

Mello (op. cit., 1992), ao discorrer sobre a relação médico-paciente, destaca o comportamento distante entre eles, o que vem, na maioria das vezes, dificultar o atendimento.

“Na pessoa do médico, essas falhas mais comumente decorrem do fato de:

- a) não saber escutar (é diferente de “ouvir”, que é uma simples função fisiológica, assim como saber “ver” é bem mais complexo

³³ O estudo em questão, apesar de publicado em 1990, se refere à observação do campo em 1988.

- do que simplesmente “olhar”);
- b) ter a mente saturada por preconceitos (ou seja, por “pré-conceitos”);
 - c) incorrer no vício daquilo que Balint chama de “função apostólica” (consiste numa tendência comum nos médicos a de catequizar seus pacientes com julgamentos morais e padrões de comportamento);
 - d) haver um envolvimento contra-transferencial com uma perda na delimitação dos papéis;
 - e) haver um descompasso semântico, ou seja, muitas palavras ou jargões técnicos que, para o médico, têm um significado e para o paciente podem estar tendo outro; às vezes bem o oposto;
 - f) dificuldade em lidar com as verdades. Este tópico diz respeito à maior ou menor capacidade do médico em ouvir, reconhecer e comunicar as verdades penosas.”

Mello Fo. (1992:68)

Voltando ao observado, foram atendidos três pessoas, sendo duas ostomizadas. Um deles revoltado com sua situação querendo reverter a colostomia (que era definitiva) e portando um pequeno prolapso³⁴ . Apesar do residente enfatizar que a colostomia era para sempre, ele dizia que queria fechar aquilo. O outro feliz da vida com a colostomia, agradecendo muito o retorno à vida. Foi atendida também uma senhora que já havia feito a reconstrução de trânsito.

Diante deste dois pacientes colostomizados, observamos a indiferença por parte do residente, quer seja pelo próprio estoma, quer seja pelo próprio paciente. Ele não demonstrou nenhum tipo de solidariedade ou qualquer outra manifestação de apreço - ou seja, lá o que for - por aqueles pacientes. Foi estritamente profissional³⁵, mecânico, usando linguagem técnica e recomendando o uso de cintas abdominais entre outras coisas para os pacientes que, nitidamente, não têm a menor condição financeira, inclusive estando com o dinheiro contado da passagem para voltar para casa. O residente se deteve mais com o prontuário e demais papéis do que examinando o paciente.

Neste momento recordamos a fala de Valle já citada, onde

³⁴ No Prolapso da colostomia ocorre a exteriorização de uma porção da alça intestinal pelo orifício na parede abdominal.

³⁵ Refiro-me ao fato dele ter apenas pego o prontuário, os exames realizados e prescrito a medicação, sem sequer fornecer a orientação adequada para a realização de outros exames que se fizeram necessários, assim como o modo de tomar a medicação prescrita.

“Muitas vezes, para não se envolverem emocionalmente, mostrando uma face insensível e fria aos seus pacientes: dão cuidados impessoais a eles e a seus familiares, centram-se em tarefas e rotinas mecânicas para conseguirem um afastamento psicológico de algo que pode levá-los a se deparar com sua própria fragilidade”.

Valle (1997:59)

Esta passagem explicita o comportamento médico com que nos deparamos durante nossa permanência no Ambulatório, contudo não justifica.

Como comentamos anteriormente, nossa localização foi estratégica. Tivemos a oportunidade de observar a consulta do outro residente. Este se manteve mais distante ainda do paciente, deixando até a cordialidade de lado. Parecia que usava uma "máscara" para atender os pacientes. Fala firme e contínua, postura distante, em nenhum momento observamos qualquer tipo de interação mais amistosa com o paciente. Talvez ele faça uso do artifício da impessoalidade, distância do ser enfermo como mecanismo para preservar o seu emocional, conforme o sujeito abaixo explicita:

"Olha, a gente tem que estar muito centrado. Tem que estar... o nosso emocional. Eu costumo dizer que a gente tem que criar uma casca”.

(Rosa)

Mais tarde chegou o staff que fez questão de saber como andava o atendimento. Como nós já nos conhecemos há muitos anos, ele veio nos perguntar sobre como andava a nossa pesquisa e começou a contar casos de sua vida profissional e particular com pessoas ostomizadas. Nesse momento chegaram os dois R1. Achamos ser o primeiro dia de um deles, pois se encontrava perdido com as coisas e nem sabia por onde começar. Como eles não nos conheciam, (o R2 e o R3 já nos conheciam há cerca de um ano desde a época em que levava alunos para o Centro Cirúrgico), ficaram muito intrigados com nossa presença, principalmente quando viram nossa identificação de docentes. Eles ficaram um pouco mais tranquilos quando viram o staff (que também é professor da Universidade) nos cumprimentar e iniciar conversa.

O R3 estava atendendo uma senhora e teve que sair para resolver um problema de falta de medicação para um paciente internado (outro problema constante na instituição,

geradora de estresse em toda a equipe de saúde que atua diretamente com o ser enfermo). Então um dos R1 continuou a consulta. Era uma senhora de 80 anos, bom padrão sócio-econômico-cultural, acompanhada de sua filha. Ele ficou nitidamente nervoso com a nossa presença que nem sabia por onde começar o atendimento. A senhora então relatou a sua cirurgia realizada há 2 anos e como estava passando. Ela entregou o resultado do CEA que havia feito em laboratório particular. Ele não sabia nem preencher o impresso (protocolo de *follow-up*). Quando o R3 retornou e reassumiu a consulta, observamos que o R1 ficou mais tranqüilo e saiu apressado: ambos nem sequer examinaram a senhora.

Quanto ao outro R1, o R2 orientava quanto ao procedimento, registro e tudo o mais que tinha que ser feito (isso na presença do paciente). Este então nem sequer olhou para o paciente que estava a sua frente. Não levantou os olhos do prontuário e assim ficou até o momento que o R2 liberou o paciente. Quando o R2 disse que iria solicitar o CEA, pude observar que ficou irritado e disse que ele mesmo iria solicitar.

As consultas se encerraram, nós e o R3 ficamos conversando. Ele nos disse em qual universidade havia se formado e que optou pela residência naquela instituição, pois tinha uma boa impressão do serviço de cirurgia, sem contudo, saber das dificuldades que o hospital estava passando e que prejudicam o seu aprendizado. Relatou o descontentamento em querer fazer as coisas e não ter meios para fazê-lo. Da desorganização dos prontuários que dificulta qualquer consulta médica.

"Eu acho que... seria um hospital perfeito - é meio utópico, isso é. Mas um hospital perfeito seria aquele que... que você tivesse uma equipe - como eu, trabalho em cirurgia - que tivesse uma equipe de cirurgia altamente qualificada, e que você tivesse dois profissionais que trabalhassem nessa área da Psicologia, um para a equipe e outra para o paciente. Acho que muita coisa... muita coisa, a gente iria conseguir resolver da melhor maneira possível".

(Lírio)

O tipo de personalidade do médico é, sem dúvida um importante fator determinante da qualidade da relação médico-paciente, mas a formação de um bom médico não exige um determinado tipo padronizado; pelo contrário, não importa se ele é mais ou menos extrovertido, circunspecto, bonachão, de estilo brincalhão, e assim por diante, desde que conserve alguns atributos mínimos e indispensáveis. A predominância de certas características psíquicas define o tipo de personalidade que, segundo Carvalho

(1998) numa descrição, a mais sintética possível, permite destacar os seguintes:

- Depressivo (prevalece um permanente pessimismo, negativismo e autodesvalia);
- Maníaco (um otimismo exagerado, sem base real);
- Paranóide (atitude querelante e desconfiada);
- Obsessivo (rigidez e um desgastante detalhismo);
- Fóbico (evitação de tudo que possa despertar alguma ansiedade);
- Histérico (dramatização de qualquer situação, intolerância às frustrações; usa muito o recurso da sedução);
- Esquizóide (um jeito "esquisito" e uma acentuada dificuldade de relacionamento pessoal);
- Psicopata (o engodo é a tônica);
- Narcisista (o valor mais importante é sempre o da busca do aplauso para si).

Uma combinação dos itens acima descritos converge para a conduta médica, a qual fica estruturada numa série de capacidades e atitudes internas do médico, as quais, somadas aos seus conhecimentos e habilidades, definirão o perfil de sua formação.

É importante que o médico não incorra, em excesso, na costumeira dissociação entre o psique, de um lado, e o soma de outros; ou órgão doente, isoladamente dissociado da integração bio-psico-social.

Sabemos que a comunicação humana não se processa pela via única da linguagem verbal. Pelo contrário, é muito comum que ela se expresse através de recursos não verbais, entre os quais deve ser levado muito em conta o código da linguagem corporal contida, por exemplo, nos gestos, posturas, *actings*, sintomas conversivos, doenças psicossomáticas, dentre outros.

Não há nada pior no ato médico do que o "diálogo de surdos" da incomunicação, razão por que é da máxima importância que o médico possa traduzir a linguagem do paciente, quando ela vem trazida sob signos primitivos. Toda a comunicação importa um *emissor* de alguma mensagem e um *receptor* da mesma, sendo que os seus distúrbios se originam num desses dois pólos, ou em ambos.

Como observamos na categoria anterior, no tangente a relação médico-paciente, destacamos o uso de uma linguagem técnica ("jargões") pelo profissional, o que acarretam algumas interrogações por parte do pacientes.

As histórias sobre atendimento médico, ou de outro profissional de saúde, que são contadas pelas pessoas raramente elogiam a habilidade desses profissionais em comunicar adequadamente e com eficácia. Habitualmente as pessoas criticam os jargões que são utilizados, a ausência do *feed-back* ao paciente e os cuidados despersonalizados. Não há dúvida de que a qualidade da comunicação com o profissional de saúde é importante para os pacientes.

As pessoas freqüentemente julgam a adequação dos cuidados de saúde com base em critérios que são irrelevantes no que se refere à qualidade técnica. Embora sejamos capazes de discernir sobre um caso flagrante de incompetência, a maioria das pessoas não possui conhecimentos suficientes sobre a medicina e padrões de atendimento que possibilitem uma avaliação sobre os cuidados recebidos.

O que as pessoas querem saber é se elas gostaram ou não do profissional; se ele foi amigável e atencioso, ou frio, distante, não comunicativo. Quando as pessoas são interrogadas sobre o que consideram importante no cuidado do profissional de saúde, elas assinalam que a maneira como o cuidado é dispensado (atenção, interesse, dentre outros) é tão importante, ou até mais importante, do que a qualidade técnica deste cuidado.

Na medida em que as pessoas leigas são, de modo geral, juizes precários da qualidade técnica do cuidado, elas freqüentemente julgam esta qualidade técnica como base na maneira como o cuidado foi dispensado. Assim, um profissional interessado e atencioso é freqüentemente julgado como competente, enquanto que um profissional frio pode ser julgado como incompetente tecnicamente. Na verdade, a qualidade técnica do cuidado e a maneira como este cuidado é dispensado são fatores independentes. Mesmo assim pode-se concluir que a comunicação entre o paciente e o profissional é um ponto essencial para os pacientes se sentirem satisfeitos com a atenção de saúde recebida.

Pela comunicação com o paciente perpassam aspectos importantes que devem ser avaliados pelos profissionais:

- Adesão ao tratamento: se o paciente compreendeu ou não as condutas que ele deve adotar, as características do tratamento e as reações do paciente são importantes na comunicação do profissional de saúde-paciente para que se obtenha êxito na terapêutica indicada;
- Compreensão do tratamento e da conduta recomendada;

- Satisfação com o aspecto emocional da interação com o profissional de saúde também prediz a adesão
- A despersonalização do paciente: é outro problema que prejudica a qualidade da relação profissional de saúde-paciente. É importante considerar o incômodo ou o aborrecimento que pode ocorrer para um profissional em ter o paciente presente durante a consulta ou o exame, investigando, dando sugestões, às vezes impróprias, fazendo perguntas. Para os profissionais seria melhor se os pacientes permanecessem imóveis, estáticos durante a realização da consulta ou exames, sem atrapalhar a concentração destes.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo do sistema de saúde é auxiliar as pessoas a adquirir melhor saúde: ampliar sua percepção das formas disponíveis para solucionar as doenças, reduzir as limitações e sofrimentos desnecessários e agir para que a saúde se mantenha no nível mais elevado possível. Se os profissionais da saúde pretendem alcançar esse objetivo baseados no princípio de afirmação da vida e de apoio ao crescimento, em vez da negação da morte e preservação do *status quo*, eles precisam estar sempre conscientes do contexto de seu trabalho - vendo a si mesmos como participantes de um relacionamento com as pessoas e com a doença.

Isso não significa que a medicina contemporânea ignore a "pessoa inteira". Na verdade, seria difícil encontrar um profissional da saúde que não concordasse com a noção de que o carinho é um importante aspecto da medicina e da Enfermagem ou que a atenção à pessoa inteira é outro importante fator. Mas devemos admitir que, embora essas opiniões sejam amplamente adotadas de forma intelectual e, muitas vezes profundamente sentidas em nível emocional, talvez não se manifestem em atos.

Um profissional de saúde é uma pessoa que sofreu profundas modificações como resultado do treinamento especializado, do conhecimento e da experiência; são pessoas diariamente expostas a dor, a doença e a morte, para quem essas experiências não são mais conceitos abstratos, mas sim, realidades comuns.

Todos os dias, os profissionais de saúde se vêem confrontados com a vulnerabilidade humana, que aprendem a perceber durante o treinamento, e diariamente, também encontram o espectro total da força e capacidade de recuperação humana, as quais não percebem, pois não foram treinados para isso. Porém, se não houver capacidade e habilidade para enxergá-las, a vulnerabilidade pode se tornar esmagadora e dolorosa, fazendo com que eles se afastem e se distanciem na tentativa de se defenderem através de atitudes que os tornem mais frágeis e menos atuantes.

Paradoxalmente, os aspectos que muitos profissionais relutam em levar ao trabalho podem se tornar as forças e recursos que necessitam para torná-los menos, e não mais, vulneráveis. As qualidades humanas que capacitam o paciente a enfrentar de modo mais

eficaz a tensão da doença são igualmente úteis para que o profissional enfrente essa mesma tensão. Sem energia emocional, intuição, sabedoria, imaginação, criatividade, fé e senso de propósito e significado, o profissional da saúde facilmente fica esgotado e realmente bastante vulnerável.

Levar essa dimensão pessoal para a prática nos cuidados da saúde não é uma tarefa fácil e pode até mesmo se tornar mais difícil em virtude da imagem profissional predominante. A imagem profissional é um dos principais mecanismos através dos quais cada profissão perpetua práticas e atitudes habituais.

Mas a prática dos profissionais da saúde difere da das ciências físicas. Embora nesta primeira existam momentos em que essa postura objetiva se faz necessária, há muitas situações em que a distância, em vez de favorecer uma compreensão melhor, pode na verdade impedi-la. Sem uma sensível percepção dos sentimentos, sem mencionar os aspectos humanos mais elevados como valores, objetivos e significado, não é fácil promover a saúde humana, pois o comportamento do homem geralmente é motivado por sentimentos, crenças, esperanças ou aspirações, bem como pelos pensamentos. Para que o sistema de saúde intervenha de forma inteligente no processo da doença, talvez seja preciso que os profissionais aceitem, compreendam e manifestem de forma mais abrangente a totalidade de sua própria natureza humana, para compreender e promover a totalidade dos outros. A imagem do profissional torna-se assim uma barreira real para essa tarefa.

Essas expectativas podem vir a definir não somente os limites do comportamento, mas também a percepção de quem somos, de nossa verdadeira identidade.

Sendo assim, considerando as características do objeto e da abordagem teórico-metodológica do presente estudo, neste capítulo pretendemos apresentar algumas considerações e sugestões que visam a contribuir para a assistência ao paciente ostomizado, através de melhor compreensão dos aspectos psico-socio-emocionais que envolvem os profissionais que assistem a este tipo de clientela. Acreditamos que os achados desta pesquisa sejam relevantes para a reflexão de cada membro da equipe de saúde, no que concerne assistir o paciente como um ser humano – assim como os profissionais por parte da instituição hospitalar -, como um todo na sua complexidade.

Inicialmente, numa visão retrospectiva, contemplando a trajetória na experiência de pesquisa, cumpre assinalar que, desde a escolha do objeto e elaboração do projeto até a presente fase, muitas barreiras foram enfrentadas e vencidas. Enquanto transpunhamos os

obstáculos, aprendemos um pouco mais sobre os desafios que fazem parte dos profissionais de saúde na assistência ao paciente mutilado por um estoma intestinal. Também ficou claro que nós, enfermeiros, médicos, nutricionistas e demais membros da equipe de saúde, ainda temos um longo caminho a percorrer para atingirmos o equilíbrio psico-emocional necessário para assistir a esta clientela.

Vimos a realidade de um hospital universitário sobre outro ângulo inserido no contexto sócio-político atual, onde a demanda de pessoas doentes é muito grande contrastando com a falta de recursos materiais e humanos, não esquecendo de inserir neste contexto a desvalorização do profissional de saúde pela instituição hospitalar como um todo, assim como a ingerência – se assim se pode denominar – de alguns componentes da instituição, vindo a dificultar ou até mesmo impedir a prestação de uma assistência ao ser enfermo, não nos padrões de Excelência de Qualidade, mas com o mínimo necessário.

Com o trabalho de campo, deparamo-nos com uma realidade distante daquela que esperávamos. Constatamos que existe boa vontade por parte dos profissionais de saúde – principalmente médicos, equipe de Enfermagem e assistentes sociais – em querer fazer as coisas, mas a instituição com seus entraves burocráticos impede tal ação, desestimulando os profissionais.

Na literatura encontramos uma metodologia de assistência considerada padrão para qualquer tipo de cliente no âmbito hospitalar. No caso da Enfermagem temos as conhecidas *Teorias de Enfermagem* que vem conduzir os passos dados, não somente pelos enfermeiros, mas por toda a equipe de Enfermagem no cuidado aos enfermos, com um discurso sobre o holismo. Na Medicina o mesmo ocorre com as condutas médicas na relação médico-paciente, assim como nas demais categorias profissionais. Mas na realidade, o que temos observado em 16 anos de prática hospitalar é o inverso na maioria das vezes. A teoria, tão “bonitinha”, “arrumadinha” onde o enfermo deve ser tratado com todo respeito e atenção, quer seja pela instituição, quer seja pelo profissional que o atende, se esvai no descaso.

Quanto à percepção de lidar com o ostomizado, observamos que, para a equipe médica, este paciente tem suas particularidades em virtude de uma doença geralmente com conseqüências nefastas, mas o distanciamento na assistência encontra-se presente.

Encontramos, de um modo geral, uma equipe de Enfermagem desestimulada devido as condições de trabalho a que são submetidos, identificando nesta mesma equipe, talvez devido a permanência prolongada com o paciente mutilado pela ostomia intestinal,

a necessidade urgente de apoio psicológico para aprender mecanismos para melhor se proteger do abalo emocional por todos sofrido em assistir a este paciente, afinal de contas, todos nós somos seres humanos e, conforme Pitta (1994) afirma, estes profissionais são os que mais sofrem as perdas dos doentes. Entendemos estas “perdas” não como a morte propriamente dita, mas as “perdas” da identidade pessoal e física, como ocorre com a mutilação pelo estoma.

Trabalhar dentro de um hospital não é algo muito fácil de se fazer. Embora tenhamos nossos ideais, há necessidade de se ter algumas “regras” básicas para serem seguidas. Chamo de “regras” mas o certo seria “condutas”. O dia-a-dia dentro do hospital significa lidar com a morte, a mutilação física e psicológica a todo o momento. Estas “condutas” seriam os meios adotados por cada profissional, a saber, lidar com tais situações.

Cada pessoa reage de uma maneira diferente da outra quando submetida a momentos de pressão e stress. Padronizar tais “condutas” seria algo ilógico, pois como foi observado anteriormente cada profissional reagiu de maneira diversa de modo que viesse a preservar o seu emocional. Pitta (op. cit., p. 180), enfatiza que “ *a natureza do trabalho, ao lidar com dor, sofrimento e morte, influencia a produção de sintomas psíquicos.*”.

Corroborando com o discurso de Pitta, encontramos em Leshan (op. cit. , 1992) embasamento para afirmarmos que os profissionais de saúde não recebem informações – ou melhor dizendo, preparo psicológico – necessárias para assistirem os pacientes que vivenciam a morte iminente, assim como a mutilação física. Foi atuando em suporte psicoterápico para pacientes oncológicos que Leshan identificou os distúrbios psico-emocionais a que os profissionais são submetidos, inclusive ele próprio.

Retrocedendo no presente estudo, lembramos as falas de Catalan (op. cit.) e Gil (op. cit.) ao apontarem os resultados das pesquisas por eles realizadas onde diagnosticaram elevado nível de *stress* nos membros da equipe de saúde, fator este desencadeante da Síndrome de Burnout, até então pouco conhecida em nosso meio com este nome.

E o que as instituições hospitalares, de um modo geral, fazem pelos seus funcionários para que estejam todos satisfeitos, nem que seja um pouquinho, para executar suas tarefas diárias?

Por estas e outras razões o presente estudo foi centrado no profissional que assiste

o indivíduo portador de estoma intestinal (colostomia e/ou ileostomia). Este tipo de clientela apresenta uma mutilação aparente e até certo ponto constrangedora para ele. Observamos na fala de alguns sujeitos, assim como no comportamento, que este tipo de mutilação muito os incomoda, quer seja por pena do indivíduo, quer seja por repugnância ao estoma.

Diante dessas evidências, cremos que seja procedente reforçar as propostas aqui apresentadas pelos sujeitos durante todo o período de Coleta de Dados.

SUGESTÕES

Muitas sugestões emergiram do discurso destes profissionais, porém, uma se destacou, que por sua natureza e importância merece destaque especial: a realização por parte da instituição de um Programa de Assistência Psico-emocional para os Profissionais de Saúde. Esta sugestão deve-se ao fato de ter sido observado que a equipe multidisciplinar encontra-se estressada no desempenho de suas atividades laborais, quer seja pelas condições precárias de trabalho apresentadas pela instituição no período em que foi realizada a Coleta de Dados, quer seja pela sobrecarga de atividades e pelas próprias condições clínicas que se apresentam os pacientes internados com câncer colorretal, mutilados pelo estoma.

Após refletir sobre a problemática investigada, algumas medidas que consideramos indispensáveis, não somente na instituição estudada, mas em todas as instituições hospitalares que visam a uma assistência de qualidade. Tais medidas poderiam ser assim enumeradas:

- Como apontado em primeiro lugar, assistência psicológica para os profissionais de saúde, principalmente para aqueles que lidam diretamente com pacientes submetidos a mutilação física;
- Organização dos serviços de apoio de modo que venham a colaborar eficientemente com as atividades de Enfermagem e médica, como por exemplo Serviço de Farmácia e Arquivo de Prontuários;
- Estruturação orçamentária para que os insumos sejam fornecidos adequadamente para a realização das atividades técnicas junto aos pacientes;
- Lotação da equipe de Enfermagem em unidades assistenciais de acordo com as qualificações profissionais de cada membro, garantindo a satisfação pessoal destes na execução das tarefas designadas, assim como garantir uma assistência de melhor qualidade;
- Revisão das escalas de serviço da equipe de Enfermagem, visando a disponibilidade de quantitativo pessoal, tanto auxiliar como enfermeiros;
- Melhoria do ambiente físico uma vez que no Ambulatório foi encontrada uma área inadequada para atendimento;

- Implementação pelo Departamento de Saúde do Trabalhador de medidas mensuráveis (como por exemplo o MBI) dos índices estressores encontrados nas diversas áreas da instituição, principalmente onde os profissionais lidam diretamente com os pacientes (enfermarias, ambulatórios);
- Conscientização institucional do papel exercido por cada profissional, independente do local de atuação (farmácia, arquivo, lavanderia, rouparia). Criação da “Missão “ da instituição.
- O fato de que problemas de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes são comuns e estão claramente relacionados à insatisfação com os cuidados de saúde, como a não adesão a tratamentos, apontamos a necessidade e a prioridade no sentido de intervir nestes problemas. Uma das abordagens pode ser ensinar os profissionais de saúde como se comunicar mais efetivamente com os pacientes.

Sendo assim, finalizamos este estudo, esperando que outros possam dar continuidade ou tomar como objetivo a análise de resultados de algumas das propostas aqui apresentadas.

REFERÊNCIAS

1. ABADESSA, A. et col. - *Interdisciplinar and multidimensional approach in neoplastic aged patients*. – In: **Psychological Oncology**. Vol. 15: 259-261, Sept. 1997
2. ABNT - **Informação e documentação – elaboração. NBR 6023**. Rio de Janeiro, 2000.
3. ABRAHAM, K. *Contributions to the theory of the anal character*. In: **Selected papers on psychoanalysis**. Londres: Hogarth Press, 1927. p. 870-92.
4. AGUDELO, Maria Consuelo Castrillon - *El trabajo en enfermería: características generales del trabajo en salud*. In: MACHADO, Maria Helena - **Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica**. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995
5. ALVES, PC. *A experiência da enfermidade: considerações teóricas*. In: **Cad Saúde Pública** 1993 jul/set; 9(3):263-71.
6. AMARAL, Lígia. A. – **Conhecendo a deficiência em companhia de Hércules**. São Paulo: Editora robe, 1995. Série Encontros com a Psicologia
7. _____ - *Espelho convexo: o corpo desviante no imaginário coletivo, pela voz da literatura infanto-juvenil*. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da USP, 1992, pág. 60-75
8. ANDRÉ, Marli Eliza D. A. – **Etnografia da Prática Escolar** – São Paulo: Papyrus, 7^a ed., 2002
9. ARAÚJO, Tânia M. et col. - *Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem*. - **Revista de Saúde Pública**, 37 (4): agosto/2003, São Paulo, disponível em <http://www.scielo.pnp>, acesso realizado em 15/09/2003
10. ARIÈS, P. - **A História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1977
11. BALLONE, G.J. - *Síndrome de Burnout*. In: **Psiquweb Psiquiatria Geral**. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.htm>, acesso realizado em 27/05/2004
12. BAPTISTA, Sueli de Souza . **O Averso da convivência: o estudante de Enfermagem no Ciclo Básico**. Cap.III (pp. 47-63). Dissertação de Livre-docência. Faculdade de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, 1988

13. BARCHINFONTAINE, C. de P. & PESSINI, L. - **Bioética e saúde**. São Paulo: Centro São Camillo de Desenvolvimento em Saúde, 1990
14. BASTOS, R. D. da S. - **Atitude de enfermagem face às questões da esfera psíquica: assistência a clientes com câncer**. Dissertação de Mestrado, EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro, 1986
15. BECKER, E. - **A Negação da morte**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1976
16. BECKER, Howard S. - **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1993
17. BERWICK, D. ; GODFREY, A. & ROESNER, J. - **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. – São paulo: Makron Books, 1996:95
18. BODNSTEIN, R. C. A. et alii (coord.) - **História e Saúde Pública: a política de controle de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987
19. BOOF, Leonardo. **Saber Cuidar : ética do humano – compaixão pela Terra**. Petrópolis: Editora Vozes, 1999, 4ª edição.
20. BOYD, William & SHELDON, Huntington – **Introdução ao Estudo das Doenças** . 8ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1984
21. BONET, Octavio Andrés. **Saber e Sentir – uma etnografia da aprendizagem da Biomedicina**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Museu Nacional , UFRJ, 1996
22. BOOG, Maria Cristina Faber et col. – **Orientações para uma nova vida: guia para ostomizados**. 2ª edição. São Paulo: Editora da UNICAMP, 1994
23. BOURDIEU, Pierre. *Esboço de uma teoria da prática*. In: ORTIZ, Renato . **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ed. Ática, 1994
24. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde & Instituto Nacional do Câncer- **Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-aprendizagem**. 3ª edição. Rio de Janeiro:INCA,1999
25. _____/ Instituto Nacional do Câncer/ Coord. de Programas de Controle do Câncer - **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer** – Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1995
26. _____. **Epidemiologia: o câncer no Brasil**. Brasília, 1997. Disponível em: http://www.inca.org.br/epidemiologia/cancer_no_brasil.html. Acesso em 31 de maio de 2000.
27. BRIM, O.- **The dying patient**. New York: Russell Sage Foundation, 1960

28. CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de - (**Ir**) **Racionalidade médica: os paradoxos da clínica**. Orientador: Madel T. Luz. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ): Rio de Janeiro, 1990
29. CAMPOS, O. & YUNES, J. - *Sistema Nacional de Saúde: situação e perspectivas*. In: NOBREGA, F. J. & LEONE, C. - **Assistência Primária em Pediatria**. São Paulo: Artes Médicas, 1989
30. CAPISANO, Helládio Francisco - *Imagem Corporal*. In: FILHO, Julio de Mello - **Psicossomática Hoje** - Porto Alegre: Artes Médicas Editora, 1992
31. CAO, Nidia Nolla. - *Etnografia: uma alternativa más en la investigacion pedagógica*. In: **Rev. Cubana Educ Med Sup**, vol. 11 (2): 107-115, 1997
32. CARDOSO, Ruth (org) - **A Aventura Antropológica: teoria e pesquisa** -Rio de janeiro: Ed. Paz e Terra, 1988, 2ª ed.
33. CARVALHO, Ma. Margarida M. J. - *Psico-oncologia: características e desafios*. - In: **Psicologia USP**. Vol. 13 (1): 151-166, 2002
34. _____ . - **Psico-Oncologia no Brasil: resgatando o viver**. São Paulo: Summus Editorial, 1998
35. CARVALHEIRA, Cândida - **Ainda posso levar uma vida normal?** - Brasília: Ministério da Justiça & Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 1999
36. CASTELLSAGUÉ, Xavier et col. *Independent and joint effects of tobacco smoking and alcohol drinking on the risk of esophageal cancer in men and women*. In: **Inf. J. Cancer**, 82: 657-664, 1999
37. CATALAN, J.;BURGESS, A.; PERGAMI, A.; HULME,N.; GAZZARD, B. & PHILLIPS, R. - *The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and oncology*. In: **Journal of Psychosomatic Research**. , vol. 40 (4): 425-435, 1996
38. CITERO, Vanessa de Albuquerque et col. - *Clinical and demographic profile of cancer patients in a consultation-liaison psychiatric service*. - In: **São Paulo Medical Journal**. Vol. 121 (3): 318-329
39. CLARK, J. C. & McGEE, R. F. - **Enfermagem Oncológica: um currículo básico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, 2ª edição.
40. CREMA, E. & SILVA, R. - **Estomas: uma abordagem interdisciplinar**. Uberaba: Editora Pinti, 1997

41. DANCEY, J. et col. - *Gender and age influence baseline quality of life (QL) assessments in cancer patients*. - In: **Psychological Oncology**. Vol. 15: 59-60, Sept. 1997
42. DAVID, Henry P. - *Coping with cancer: a personal odyssey* - In: **Patient Educational and Counseling**, 1999, 37: 293-297
43. DECANNIÈRE, D.; PECTOR, JC & GERARD, A. - *Colostomie définitive et qualité de la vie*- In: **Acta Chir Belg**, 1987, vol. 87:355-7.
44. DELLA PORTA, G. - *A importância do meio ambiente na etiologia do câncer*. In: MONTORO, F. M. & NOGUEIRA, D. P. - **Meio Ambiente e Câncer**. São Paulo: T.^a Queiroz Editora, 1983
45. DE PAOLA, Domingos - **Câncer e Meio Ambiente: introdução à patologia do desenvolvimento social**. Rio de Janeiro: Medsi Editora, 1985
46. DEVLIN, HB. - *Colostomy: past and present*. - In: **Ann R Coll Surg Engl**, 1990, vol. 72:175-6.
47. DLIN BM. - *Emotional aspects of colostomy and ileostomy*. In : **Psychosomatics** , 1978, vol. 19:214-8.
48. DRUSS, RG; O'CONNOR, JF; PRUDDEND, JF & STERN, LO.- *Psychologic response to colectomy*. In: **Arch Gen Psychiat** ,1968, vol. 18:53-9.
49. DRUSS, RG; O'CONNOR, JF; PRUDDEND, JF & STERN, LO.- *Psychologic response to colectomy II*. In: **Arch Gen Psychiat** ,1969, vol. 20:419-27.
50. DUARTE, L. F. D. & LEAL, ° F. - **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998
51. ELL, K.; NISHIMOTO, R.; MANTELL, J. & HAMOVITCH, M. - *Longitudinal Analysis of psychological adaptation among family members of patients with cancer*. In: **Journal of Psychosomatic Research**, vol. 32 (4/5):429,438, 1988
52. FERREIRA, J. *O Corpo Signico*. In: ALVES, PC & MINAYO, MS, organizadores. **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994.
53. FLECK, L. . **La génesis y el desarrollo de un hecho científico- Introducción a la teoria del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento**. Madrid: Alianza Editorial, 1986
54. FRANKL, V. - **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Petrópolis: Editora Vozes, 1991

55. FOUCAULT, M. *O Nascimento do Hospital*. In _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro. Ed. Graal, 1979
56. _____. **Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1994
57. _____. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1995
58. FREUD, S. - *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905)*. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1972. p. 121-250.
59. _____. - *As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal (1917)*. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1972. p. 155-66.
60. GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem**. Rio Grande do Sul: Artes Médicas Editora, 1995
61. GIL-MONTE, P. & PEIRÓ, J. Ma. - **Desgaste Psíquico en el trabajo: el Síndrome de Quemarse**. Madrid: Editora Síntese, 1997
62. GIL, M. B.; MAURO, M. Y. C. & CUPELLO, A. J. - **Estresse nos trabalhadores de Enfermagem: estudo em uma unidade de Psiquiatria** – Rio de Janeiro, 2002, mimeografado
63. GLINA, Debora Miriam Raab et col. - *Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e diagnóstico, com base na prática- Cadernos de Saúde Pública*, 17 (3): maio/jun. 2001, disponível em <<http://www.scielo.pnp>>, acesso em 11/09/2003
64. GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.
65. GOLDBERG, R. J. ; TULL, R.; SULLIVAN, N.; WALLACE, S. & WOOL, M. - *Defining discipline roles in consultation psychiatry: the multidisciplinary team approach to psychosocial oncology*. In: **General Hospital Psychiatry**. Vol. 6:17-23, 1984
66. GOMES, Arlindo. - *A responsabilidade das empresas em reduzir e eliminar a nocividade do trabalho: enfoques e experiências*. . In: Mendes, René - **Patologia do Trabalho: atualizada e ampliada**. São Paulo: Editora Atheneu, cap. 48, vol. II, 2ª edição, 2003
67. GONZALES, Luz Angélica Munoz - *Vivenciando la diabetes: un estudio etnografico*. **Rev. Esc. de Enfermagem da USP**. 29(1):91-103, abr. 1995
68. GREER, Steven. - *The psychological dimension in cancer treatment*. – In: **Soc. Sci. Med.**, vol. 18 (4): 345-349, 1984

69. GRUNDMANN, R; SAID, S. & KRINKE, S. *Quality of life after rectal resection or extirpation. A comparison using different measurement parameters.* In: **Dtsch Med Wochenschr**, 1989, vol. 114:453
70. GUALDA, D.M. R. & HOGA, L. A. K.- *Pesquisa Etnográfica em Enfermagem.* **Rev. Escola de Enfermagem da USP**; 31(3): 410-22, dez. 1997
71. _____ et col. - *Abordagens Qualitativas: sua contribuição para a Enfermagem.* **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**; 29(3): 297-309, 1995
72. GUEST, F. - *The Large Intestine.* In: FORREST, A. P. M.; CARTER, D. C. & MacLEOD, I. B. - **Principles and Practice of Surgery.** London; Churchill Livingstone, 1984
73. GUILMARÃES, Alba Zaluar - **Desvendando Máscaras Sociais** - Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1980, 2ª ed.
74. HAY, L. **Você pode curar a sua vida.** São Paulo: Ed. Best Seller, 2001
75. HERZLICH, C. - **Le sens du mal – anthropologie, historie, sociologie de la maladie.** Paris: Éd. Des Archives Contemporaines, 1986
76. JUNIOR, Áderson L. Costa. - *O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde.* – In: **Psicologia, ciência e profissão**, 21 (2):36-43, 2001
77. JUNQUEIRA, Luciano A.- *Gestão dos Serviços Públicos de Saúde : em busca de uma lógica de eficácia* – In: **Revista de Administração Pública**, 26 (2): 20-31, abr/jun de 1992
78. KLAFKE, T. - *O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia.* In: CASSORLA, R. M. S. - **Da morte: estudos brasileiros.** Campinas: Papirus, 25-50, 1991
79. KOVÁCS, Maria Júlia. - **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação.** São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2003
80. _____ - *Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença.* In: CARVALHO, M. M. M. J. et al. – **Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver.** São Paulo: Summus, 1998
81. LAPLATINE, Françoise - **Aprender Antropologia** - São Paulo: Ed. Brasiliense, 2000

82. LAUTERT, Liana et col. – *O estresse na atividade gerencial do enfermeiro*, **Revista Panamericana de Salud Pública**, 6 (6): dez/1999, Washington, disponível em <http://www.scielo.pnp>, acesso em 18/09/2003
83. LAVOR, Mariangela Freitas – *Epidemiologia do Câncer* – In: BRASIL, Ministério da Saúde/ Instituto Nacional do Câncer/ Coord. de Programas de Controle do Câncer - **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer** – Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1995
84. LEÃO, P.H.S.- *The post-ostomy syndrome*. In: **Arq Bras Cir Dig**, 1990, vol. 5:27-8
85. LESHAN, L. **O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde**. São Paulo: Summus; 1992.
86. LIMA, C. M. G.; DUPAS, G.; OLIVEIRA, I. & KAKEHAST, S. - *Pesquisa Etnográfica: iniciando sua compreensão*. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, 4(1):21-30, Jan. 1996
87. LINK, L.B.; ROBBINS, L.; MANCUSO, C. & CHARLSON, M. E. - *Characteristics of patients who believe they can control their cancer*. In: **Journal of Clinical Epidemiology**. Vol. 55: 627-632, 2002
88. LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E. D. - **Pesquisa em educação: abordagem qualitativa**. São Paulo: EPU, 1986
89. LUZ, M. H. B. - **A dimensão cotidiana da pessoa ostomizada: um estudo de Enfermagem no referencial de Martin Heidegger**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001
90. MACDONALD, LD & ANDERSON, HR. - *The health of rectal cancer patients in the community*. In : **Eur J Surg Oncol**, 1985, vol. 11:235-9.
91. MACHADO, M. Helena (org). - **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995
92. MAFESSOLI, Michel - **A conquista do presente**. Rio de Janeiro: Rocco Editora, 1984
93. McCAUGHAN, E. & PARAHOO, K. – *Medical and surgical nurses` perceptions of their level of competence and educational needs in caring for patients with cancer*. – In: **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 9: 420-428, 2000
94. MEDEIROS, M. ; SOUZA, C.B. & FORONES, N. M. - **Aspectos psicológicos de pacientes com neoplasias gastrointestinais**. Disponível em: <http://www.dr-online.com.br/revistas/revista-compacta-ma13-99-materia.html>, Acesso em 18 de Nov. de 2000.

95. MEEKER, M. H. & ROTHROCK, J. C. – **Alexander's care of Patient in Surgery** – 10th. Edition, Boston: Mosby, 1995
96. MELLO Fo., Júlio de et col. - **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul Ltda , 1992
97. MENDES, Vera L. P. S. – *Gerenciando Qualidade em Serviços de Saúde* – In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 46 (3/4):211-225,1993
98. MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva - **Mortalidade por câncer no estado do Rio de Janeiro 1979/1986**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1991 – Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – UERJ/IMS. Orientador: Prof. Dr. José Maria P. de Souza.
99. MENEZES, Rachel A. – *Em busca da “boa morte”: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos* . Tese de Doutorado, IMS/UERJ,2004
100. MEYER, B.C. & LYONS, AS. - *Rectal resection: psychiatric and medical management of its sequelae – report of a case*. In: **Psychosom Med** 1957, vol. 19:152-7.
101. MILANO, F.; MUNEGATO, G.; FASOLO, F.; GRACCO, L.; BORTOLETTO, A, & ZOTTI, EF. - *Psychoanalytic evaluation of a case study: does the colostomy reproduce the problems of childhood “anal phase”?* . In: **Journal of Enterostomal Therapy**, 1987, vol. 14:240-2.
102. MOTTA, M. G. C. ; LUZ, A. M. H. & REZENDE, A. L. M. - *O cotidiano de uma equipe de saúde: relato de caso*. In: **Revista gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 16 (½): 58-62, jan/dez 1995
103. MOURA, Marisa D. - **Psicanálise e Hospital**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda. , 1999
104. National Cancer Institute – **What you need to know about cancer of the colon and rectum** . New York: NIH Publication, 99 (1552): 1-17, 1999
105. NETO, Nelson Carvalhaes – **Rastreamento do Câncer Colorretal**. **Mednews**. Disponível em: < <http://www.neury.com.br/mednews/0500> >. Acesso em 18 de nov.2000
106. NOGUEIRA, S. A.; SANTOS, E. R. ;BOCCARDO, L. M. ; SANTOS, V.L.C.G. & MLYADAHIRA, A. M. K. - *Auto-cuidado do ostomizado: dificuldades percebidas após a alta hospitalar*.- In: **Rev. Esc. Enf. USP**, 28 (3):309-320, Dez. 1994
107. NORDIN, K. & GLIMELIUS, B. *Psychological Reactions in Newly Diagnosed Gastrointestinal Patients*. In: **Acta Oncológica** , 36: 803-810, 1997

108. NOSARTI, C. ; ROBERTS, J. V. ; CRAYFORD, T.; MCKENZIE, K. & DAVID, A. S. - *Early psychological adjustment in breast cancer patients: a prospective study*. In: **Journal of Psychosomatic Research**. Vol. 53: 1123-1130, 2002
109. OLIVET, Linda W. - *When the new is bad: a guide for health professionals on breaking bad news*. In: **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 29 (5): 1280, 1999
110. ORBACH, C.E.; BARD, M. & SUTHERLAND, AM. - *Fears and defensive adaptations to the loss of anal sphincter control*. In: **Psychoanal Rev** 1957, vol.44:121-75.
111. ORLANDO, Ida Jean - **O Relacionamento Dinâmico Enfermeiro/Paciente**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1978
112. PAMPLONA, V. L. & PARADA, C. M. G. L. - *Pesquisa etnográfica em Enfermagem: uma aproximação*. - **Rev. Bras. De Enfermagem**; 47(3):219-30, set. 1994
113. PAYNE, Nicola. *Experience before and throughout the nursing career: occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses*. In: **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 33 (3): 396-405, 2001
114. PARAGUAY, Ana Isabel B. Bezerra - *Da organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores*. . In: Mendes, René - **Patologia do Trabalho: atualizada e ampliada**. São Paulo: Editora Atheneu, cap. 17, vol. I, 2ª edição, 2003
115. PARLE, M.; MAGUIRE, P. & HEAVEN, C. - *The development of an training model to improve health professional's skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients*. - In: **Social Science and Medicine**, vol 44: 231-240, 1997
116. PELLICA, R. & col. - *Sistematização da Assistência de Enfermagem ao colostomizado, ileostomizado em um hospital privado*. - **Rev. Paulista de Enfermagem**, 11 (1): 41-5, Jan.-abr. 1992
117. PEREIRA, Marta Cristiane Alves & FÁVERO, Neide. - *A motivação no trabalho da equipe de Enfermagem*, **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 9 (4): junho/2001, Ribeirão Preto, disponível em <http://www.scielo.pnp>, acesso em 15/09/2003
118. PEREIRA, Ana Maria T. Benevides (org.). - **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002
119. PESSINI, L. - *Distanásia: até quando investir sem agredir?* - In: CAMON, V. A. A - **A Ética na Saúde**. São Paulo: Editora Pioneira, 1997

120. PETUCO, V. M. - **A bolsa ou a morte: estratégias de enfrentamento utilizadas pelos ostomizados de Passo Fundo, RS.** Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP, 1998
121. PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo (org) - **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** – Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001
122. PINHO, Anamaria Moreira – **A Humanização da Assistência na Qualidade Total: a realidade e as perspectivas dos enfermeiros de Centro Cirúrgico.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997. 101 pág.
123. PITTA, Ana - **Hospital: dor e morte como ofício.** – São Paulo: Ed. Hucitec, 1994
124. POISSONNET, C. M. & VÉRON, M. - *health effects of work schedules in healthcare professions.* In: **Journal of Clinical Nursing**, vol. 9 (1): 13-23, 2000
125. POPIM, Regina Célia & BOEMER, Magali Roseira – **O cuidador na ação de cuidar na Enfermagem Oncológica: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schütz.** – Tese (Doutorado) – São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, 2001, 122 pág.
126. PRAGER, E. *The Continent Colostomy.* **Dis Colon Rectum**,27: 235-237,1984
127. QUILICI, F. A. & NETO, J. A. R. - **Atlas de Proctologia: do diagnóstico ao tratamento.** São Paulo: Lemos Editorial, 2000
128. REMEN, R. N. - **O Paciente como ser humano.** São Paulo: Summus Editorial, 1993
129. REZNICK, C. & DALL'ÀGNOLL, C.M. - *(Re) descobrindo a vida apesar do câncer-* In: **Rev. Gaúcha de Enfermagem.** Porto alegre, 21, no. especial, p. 84-100, 2000
130. RUBIN, GP & DEVLIN, HB. *The quality of life with a stoma.* In: **Br J Hosp Med**, 1987, vol. 38:300-3.
131. SANTOS, V. L. G. & CESARETTI, I. U. R. - **Assistência em Estomaterapia – cuidando do ostomizado.** São Paulo: Atheneu, 2000
132. SANTOS, C. L. – *Reações Psicológicas do Canceroso.* **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 29 (4): 245-252,1980
133. SAUNDERS, C. - **Hospice and palliative care: na interdisciplinary approach .** Londres: Edward Arnold, 1991

134. SHERMAN, C. D. - *Aspectos Psicossociais do Câncer*. In: **Manual de Oncologia Clínica**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 1997
135. SILVA, Edith Seligmann - *Psicopatologia e Saúde Mental no Trabalho*. In: Mendes, René - **Patologia do Trabalho: atualizada e ampliada**. São Paulo: Editora Atheneu, cap. 25, vol. II, 2ª edição, 2003
136. SILVA, Flávia Pietá Paulo da . - *Burnout: um desafio à saúde do trabalhador*. In: **PSI – Rev. de Psicologia**, 2 (1): jun/2000, disponível em <http://www.uerj.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>, acesso em 19/11/2002
137. SIMMONS, K. & LINDSAY, S. – *Psychological influences on acceptance of postsurgical treatment in cancer patients*. In: **Journal of Psychosomatic Research**. Vol. 51:355-360, 2001
138. SIMONTON, O. C. , SIMONTON, S.M. & CREIGHTON, J. L. - **Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer**. São Paulo: Summus Editorial, 1994
139. SOUZA, C. B. ; ABRAHMO, E. & FORONES, N. M. - **Avaliação da qualidade de vida nas neoplasias do trato gastrointestinal**. - Disponível em : <http://www.dr-online.com.br/revistas/revista-compacta-ma13-99-materia.html>. Acesso realizado em 18 de Nov. de 2000
140. SPN, Professional Profile. **Burnout Inventory Instrumentation**. Disponível em: <http://www.cmaa.org/publish/burnout/about.htm>, acessado realizado em 08/06/2004
141. _____. **Christina Maslach**. Disponível em: <http://www.cmaa.org/20profile/christina/maslach.htm>, acesso realizado em 10/06/2004
142. _____. **Study of Burnout in Private Club Management – Research Findings**. Disponível em : <http://www.cmaa.org/publish/findings.htm>, acesso realizado em 02/06/2004
143. SPRANGERS et al. – *Quality of Life in Colorectal Cancer – Dis Colon Rectum*, 38 (4): 361-369,1995
144. SUTHERLAND, AM.; ORBACH, C.E.; DYK, R.B.& BARD, M. - *The psychologic impact of cancer and cancer surgery: Adaptation to the Dry Colostomy. Preliminary Report and Summary of Findings*. In: **Cancer**, 1952, vol. 5 :857-72.
145. TAYLOR, S. E. - **Health psychology**. New York: Randon House, 1986, chapter 10

146. TEIXEIRA, Enéas Rangel & FIGUEIREDO, Nébia M. A. de - O Desejo e a Necessidade no Cuidado com o Corpo: uma perspectiva estética na prática da Enfermagem. Rio de Janeiro: EDUFF, 2001
147. THOMAS, C.; MADDES, F. & JEHU, D. - *Psychosocial morbidity in the first three months following stoma surgery*. In: **J Psychosom Res** 1984, vol. 28:251-7.
148. _____ . *Psychological effects of stomas – I. Psychosocial morbidity one year after surgery*. In: **J Psychosom Res**, 1987, vol.31:311-6.
149. _____ . *Psychological effects of stomas – I. Factors influencing outcome*. In: **J Psychosom Res**, 1987, vol. 31:317-23.
150. THOMAS, C.; MADDES, F. & TUNNER, P. - *Coping and the outcome of stoma surgery*. In: **J Psychosom Res**, 1988, vol. 32:457-67.
151. TORRES, W. C. & GUEDES, W. G. - *O psicólogo e a terminalidade*. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 39 (2): 29-38, 1987
152. TOSTES, Eglée C. P. - **Dificuldades que interferem na assistência ao paciente ileostomizado ou colostomizado: um estudo de Enfermagem**. Dissertação de Mestrado EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro, 1980
153. WALDOW, Vera Regina. – *Peculiaridades e contradições do cuidar: um estudo etnográfico*. **Nursing (São Paulo)**; 4(33):18-24, fev. 2001
154. WANDERBROOK, A.C.N.S. - *Aspectos emocionais do paciente ostomizado por câncer: uma opção pela vida*. In: **Cogitare Enfermagem**, vol. 3:66-70 , 1998
155. WAY, Lawrence W. – **Cirurgia: Diagnóstico e Tratamento**. 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993
156. WEBSTER, Jennifer S. - *Mudanças sócio-demográficas e comportamentais que interferem na Assistência de Enfermagem Oncológica*. - In CLARK, J. C. & McGEE, R. F. - **Enfermagem Oncológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992
157. WYNGAARDEN, James B. & SMITH, Lloyd H. – **Cecil: textbook of medicine**. 18th edition Philadelphia: W. B. Saunders Company, volume 1: 656-800, 1988
158. WIRSCHING, M; DRÜNER, HU & HERMANN, G. – In: *Results of psychosocial adjustment to long-term colostomy*. In : **Psychother Psychosom**, 1975. Vol. 26:245-56.
159. WORDEN, J. W. & WEISMAN, A. D. – *Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients*. In: **General Hospital Psychiatric**. Vol. 6: 243-249, 1984

160. USA, National Cancer Institute – **Know about cancer of the colon and the rectum** – New York: NIH Publication, 99 9 1552): 1-17, 1999
161. VALLE, Elisabeth R. Martins do- **Câncer Infantil: compreender e agir.** São Paulo: Editora Pey, 1997
162. VICTORIA, Cesar G. et col. – *Hot beverages and oesophageal cancer in southern Brazil: a case-control study.*. In: **Inf. J. Cancer** , 39: 710-716, 1987
163. ZANCHETTA, Margareth Santos. - **Enfermagem em Cancerologia: prioridades e objetivos assistenciais-** Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda, 1993
164. ZIEGLER, J. - **Os vivos e a morte.** Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1977

ANEXOS

- **Anexo I:** Termo de Consentimento
(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Item IV)
- **Anexo II:** Instrumento de Avaliação MBI (a)
- **Anexo III:** Instrumento de Avaliação de Burnout (b)
- **Anexo IV:** Categorização da Pontuação do MBI
- **Anexo V:** Avaliação quantitativa/ diagnóstico

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO

(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Item IV)

Solicito sua colaboração no sentido de participar do presente estudo, o qual constitui o tema de minha Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, no Instituto de Medicina Social da UERJ.

TÍTULO PROVISÓRIO:

“A Realidade da Mutilação no Câncer: as repercursões psicossociais dos profissionais de saúde diante das ostomias”

OBJETIVO GERAL:

Abordar a representatividade do cuidado ao indivíduo cirúrgico portador de uma neoplasia colorretal, com estoma intestinal, pelos profissionais de saúde de modo que possa vir subsidiar propostas de intervenção dirigidas aos membros da equipe multidisciplinar e a instituição nosocomial a fim de melhorar o nível de satisfação profissional no cotidiano da Oncologia Cirúrgica.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

- 1- Identificar a subjetividade dos sujeitos do estudo de acordo com as manifestações verbais e não verbais de cada um no cuidado ao indivíduo mutilado ou com morte iminente;
- 2- Apontar os mecanismos de defesa psicológica utilizados pelos sujeitos ao assistir um doente portador de neoplasia colorretal com ou sem ostomia intestinal.

INFORMAÇÕES SOBRE A COLETA DE DADOS:

Os dados serão coletados através da técnica observação de campo, com registro em diário de campo e entrevista semi-estruturada, caso seja necessário para complementar a observação. O período de coleta é compreendido por seis meses de atuação, onde profissionais de saúde das diversas categorias, tais como enfermeiros, médicos, nutricionistas, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, serão os sujeitos do estudo.

Os dados obtidos serão tratados cientificamente com o cruzamento de informações existentes na literatura sobre comportamento profissional e relacionamento interpessoal (levando em conta os aspectos psico-emocionais).

Será assegurado o anonimato dos participantes do estudo. Os resultados desta questão serão estritamente confidenciais e nenhum caso acessível a outra pessoa.

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

Fui igualmente informado:

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

Maiores informações sobre o Estudo:

Entrar em contato com Anamaria Moreira Pinho

Cel. 9998-1957 e-mail: pinho@uerj.br ana-pinho@uol.com.br

Aceito participar do presente estudo:

Nome e assinatura do participante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Data: ____ / ____ / ____ *

* O presente documento, baseado nos artigos IV.1 a IV.3, do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do sujeito pesquisado e outra com o pesquisador

ANEXO II

Instrumento de Avaliação MBI (a)

0 = nunca ocorre

1 = algumas vezes ao ano ou menos

2 = uma vez ao mês ou menos

3 = algumas vezes ao mês

4 = uma vez por semana

5 = algumas vezes por semana

6 = todo dia

ANEXO III

Instrumento de Avaliação de Burnout (b)

QUESTIONAMENTOS	0	1	2	3	4	5	6
1. Eu me sinto emocionalmente exaurido em meu trabalho							
2. Eu me sinto esgotado no final de um dia de trabalho							
3. Eu me sinto fatigado quando levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho							
4. Eu entendo facilmente como as pessoas com que trabalho se sentem sobre as coisas							
5. Eu sinto que eu trato as pessoas de maneira impessoal							
6. Trabalhar com pessoas todo dia é estressante para mim							
7. Eu participo efetivamente dos problemas que as pessoas me trazem no trabalho							
8. Eu me sinto cansado/estressado com o meu trabalho							
9. Eu sinto que eu estou fazendo diferença na vida de outras pessoas em meu trabalho							
10. Eu me tornei mais insensível desde que eu arrumei este trabalho							
11. Eu tenho medo que este trabalho me endureça emocionalmente							
12. Eu me sinto com muita energia							
13. Eu me sinto frustrado com meu trabalho							
14. Eu sinto que eu estou trabalhando muito no meu trabalho							
15. Eu realmente não ligo para o que acontece com as pessoas em meu trabalho							
16. Trabalhando diretamente com as pessoas eu fico muito estressado							
17. Eu facilmente crio uma atmosfera relaxante com as pessoas no trabalho							
18. Eu me sinto alegre depois de trabalhar com pessoas							
19. Eu me realizo em muitas coisas neste trabalho							
20. Eu me sinto como se estivesse no final de minha corda (fig.)							
21. Em meu trabalho, eu lido com problemas emocionais muito calmamente							
22. Eu sinto que as outras culpam por alguns de seus problemas							

Fonte: <http://www.cmaa.org/publish/burnout/about.htm>, acesso realizado em 08/06/2004

ANEXO IV**Categorização da Pontuação do MBI**

<i>MBI</i>	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Exaustão Emocional (EE)	<16	17-26	>27
Despersonalização (DP)	<6	7-12	>13
Realização Pessoal/Profissional (PA)	>39	38-32	<31

Questões relacionadas a EE: 01,02,03,06,08,13,14,16,20

Questões relacionadas a DP: 05,10,11,15,22

Questões relacionadas a PA: 04,07,09,12,17,18,19,21

ANEXO V**Avaliação quantitativa/ diagnóstico**

Item	Escore	Grau de Afetamento
<i>EE</i>	0-18	Burnout Baixo
DP	0-5	
PA	>40	
EE	19-26	Burnout Moderado
DP	6-9	
PA	34-39	
EE	>27	Burnout Alto
DP	>10	
PA	0-33	