

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO NA
EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE
ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA**

Maria Carolina Costa Rezende

Belo Horizonte

2010

Maria Carolina Costa Rezende

**PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO NA
EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE
ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto

Belo Horizonte

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Rezende, Maria Carolina Costa
R467p Processos de subjetivação na experiência de uma equipe de enfermagem em oncologia / Maria Carolina Costa Rezende. Belo Horizonte, 2010.
95f.
Orientador: João Leite Ferreira Neto
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Mestrado em Psicologia.
1. Enfermagem oncológica. 2. Doente terminal. 3. Subjetividade.
I. João Leite Ferreira Neto. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Mestrado em Psicologia. III. Título.

CDU: 616-006.6

Maria Carolina Costa Rezende

**PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO NA EXPERIÊNCIA DE UMA EQUI-
PE DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

João Leite Ferreira Neto (Orientador) – PUC Minas

Luciana Kind do Nascimento – PUC Minas

Kênia Lara Silva – UFMG

Belo Horizonte, 17 de novembro de 2010

Agradeço, primeiramente, a Deus por permitir a realização deste sonho. Agradeço à minha mãe e às minhas madrinhas (Dindinha e M. Clélia) pelo exemplo de perseverança e pelo apoio incomensurável. Agradeço ao meu marido (Robert), que, mesmo de longe, sei que torcia por mim. E não poderia deixar de agradecer à minha prima, amiga e grande companheira (M. Eugênia) pela dedicação e amor a mim tão singularmente dedicados.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço mais uma vez a Deus pela vida e pela força de vencer cada dia vivido!

Agradeço em especial à minha mãe pelo belo exemplo de conquista e amor a mim dedicados. Às minhas madrinhas pelo apoio à realização de mais essa conquista, se não fossem elas, nada disso seria possível! Ao Humberto pelo exemplo de paternidade que “de graça” foi dispensado a mim e também por sempre acreditar no meu potencial. À minha linda prima M. Eugênia, causadora de toda essa loucura que agora se tornou realidade. Prima, obrigada pela dedicação e pelo companheirismo.

Agradeço em especial a Mirene, Reynner e Tamires, que foram tão presentes nos momentos mais difíceis e que são meu porto seguro incondicional. Ao meu grande amor, meu marido Robert, que, mesmo longe de tudo e de todos se fez presente nas horas de angústias, aflições, felicidades, alegrias. Essa conquista também é sua!!! Te amo!!!

Agradeço à equipe da pesquisa que sempre me apoiou e me ensinou a cada encontro o trabalho envolvente e prazeroso de uma pesquisa. Obrigada !

Aos meus colegas de mestrado: Rinaldo, Alessandra, Ana Carol, Junia, Natália, Érica, Otávio, Rogéria, Andréia, Priscila e a tantos outros que torceram por mim e que me abraçaram neste mar estrangeiro que é a Psicologia. Ao professores do mestrado que passaram seus conhecimentos com tamanha maestria e dedicação. Aos colegas da PUC/Arcos que acreditaram no meu potencial e abriram essa imensa e contagiante porta da docência. Muito obrigada!!!

Em especial agradeço, ao meu querido orientador João Leite. Não tenho nem palavras para agradecer o seu imenso apoio e dedicação. Obrigada por abraçar essa causa comigo e, mais importante, por ACREDITAR EM MIM!!! João, você é um exemplo de “mestre” a ser seguido...

E por último a mim mesma pela dedicação, persistência, paciência e confiança de que no final tudo daria certo.

*Acreditamos ficar tristes pela morte de uma pessoa,
quando na verdade é apenas a morte que nos impressiona.*

(Gabriel Meilhan)

RESUMO

A oncologia é uma especialidade médica responsável pelo atendimento aos portadores de neoplasias. A enfermagem, nesse cenário, passa a ser considerada oncológica, e a assistência a esse tipo de doente tem suas especificidades. O objeto da pesquisa consiste em investigar os impactos da experiência perante a terminalidade para os profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade oncológica dentro de um contexto hospitalar. A terminalidade e a morte fazem parte do cotidiano profissional dessa equipe. Para tanto, verificar os processos de subjetivação presentes nesse grupo adiante da terminalidade torna-se necessário. A subjetividade, proposta nesta pesquisa, buscou dialogar com as ideias de Foucault, Guattari e Rolnik e Nikolas Rose. Portanto, analisou a subjetividade como manifestação individual do sujeito, mas também como manifestação desse sujeito coletivo que é a enfermagem oncológica. Este estudo tem um caráter qualitativo e, como método, utilizou observação com anotações em diário de campo e entrevistas semiestruturadas, aplicadas na equipe de enfermagem do ambulatório de oncologia de um hospital de grande porte na cidade de Belo Horizonte/MG. A análise temática dos dados foi feita por meio da leitura incessante das respostas obtidas na entrevista aplicada. Esses dados, associados aos objetivos da pesquisa, dialogaram com a literatura encontrada, a fim de identificar os componentes dos processos de subjetivação que atravessam a relação do profissional de enfermagem com o doente oncológico, tanto em nível pessoal quanto institucional. Os resultados indicam que fatores como o vínculo do profissional com o paciente, o afastamento deste vínculo, a própria doença câncer, a terminalidade, entre outros, são importantes na manutenção da relação entre o sujeito da enfermagem e o paciente. Além desses fatores, alguns aspectos institucionais também se entrelaçam nessa relação, como a sobrecarga de trabalho, excesso de tarefas, hierarquização da equipe de enfermagem, etc. Todos esses pontos foram associados pela autora aos processos de subjetivação e considerados como elementos que propiciam a produção de subjetividade dentro de um contexto hospitalar, tomando como parâmetro o trabalho em oncologia. Conclui-se que, no geral, os profissionais de enfermagem se impactam diante da situação de terminalidade dos pacientes oncológicos. Tal circunstância acaba por interferir tanto na vida pessoal quanto na vida profissional dos sujeitos que compõem a equipe de enfermagem oncológica.

Palavras-chave: Enfermagem oncológica. Doente terminal. Processos de subjetivação.

ABSTRACT

Oncology is a medical specialty responsible for the care of patients with neoplasia. The nursing in this scenario is now considered as oncology nursing and care for this type of patient has its specificities. The object of this research is to investigate the impacts of death experience for nursing professionals who work in oncology unit within a hospital setting. Death is part of daily work of these professionals. So, it's relevant seeing the subjectivity processes of these professionals focusing the death theme. Subjectivity, in this research proposal, aimed dialoguing the ideas of Foucault, Guattari and Rolnik and Nikolas Rose. So, subjectivity was analyzed as an individual subject manifestation was analyzed as a collective manifestation, in this case oncology nursing. This study is a qualitative method and used observation with diary field notes and semi-structured interviews, applied to the nursing staff of the oncology clinic of a large hospital in Belo Horizonte / MG. A thematic analysis of data was done by the incessant reading of the answers from applied interviews. These data, related to the study objectives conversed with the literature found, in order to identify the components of subjective processes that cross the nurse's relationship with the cancer patient, both on a personal level as the institutional level relationship. It was concluded that factors such as the professional relationship with the patient, removal of this bond, the cancer disease itself, the death theme, and others are important in maintaining the relationship between the subject of nursing and patient. Besides these factors, some institutional aspects are also intertwined in this relationship, such as work overload, excessive tasks, and prioritization of the nursing team, among others. All these points were linked by the author to subjective process and considered as elements that promote the production of subjectivity within a hospital setting, taking as parameter the work in oncology. These results show that generally nursing professionals are impacted on the situation of the terminally ill cancer patients. This circumstance eventually interferes with the personal and professional life of individuals who comprise the team of oncology nursing.

Keywords: Oncology nursing. Terminal disease. Subjective processes.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Panóptico de Bentham	31
--------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

1 - Sujeitos da Pesquisa	52
--------------------------------	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. A ENFERMAGEM ONCOLÓGICA	15
3. ENFERMAGEM E PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO	30
3.1. A instituição hospitalar como elemento de produção de subjetividade.....	35
3.2. Regime trabalhista e subjetividade na enfermagem	37
3.3. Hierarquia na enfermagem como elemento de produção de subjetividade	38
3.4. O câncer como elemento produtor de subjetividade.....	40
3.5. O vestir branco como elemento de produção de subjetividade	41
3.6. Gênero, idealização e subjetividade	42
3.7. A linguagem técnica como produtora de subjetividade.....	44
3.8. A terminalidade como produtora de subjetividade.....	45
4. O CAMINHO METODOLÓGICO	47
4.1. Instrumentos de coleta de dados.....	48
4.2. Exploração do campo empírico	49
4.3. Tratamento e análise dos dados.....	51
5. UNIDADES ANÁLITICAS DOS DADOS.....	53
5.1. A relação dos profissionais de enfermagem com os pacientes.....	54
5.1.1. <i>Aspectos subjetivos que interferem no enfrentamento</i> <i>por parte dos profissionais das questões dos doentes oncológicos</i>	55
5.1.2. <i>Trabalho técnico e estratégias subjetivas no cotidiano da enfermagem oncológica.....</i>	61
5.2. Dimensões institucionais presentes no trabalho da enfermagem oncológica.....	65
5.3. Associações dos profissionais de enfermagem com o câncer	69
5.4. A perspectiva da terminalidade como rotina de trabalho	74
5.5. Relação dos processos de subjetivação com as unidades analíticas	77
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para equipe de enfermagem oncológica.....	92
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, o estilo de vida das pessoas, marcado por extrema urbanização, capitalização das ações, falta de tempo para lazer e descanso, causa o surgimento de diversas doenças. Uma delas é o câncer que vem crescendo cada vez mais entre a população mundial. O câncer é visto como a segunda causa de morte mais frequente em todo o mundo. No Brasil, essa perspectiva não é diferente. O Instituto Nacional do Câncer (Inca), referência em tratamento de câncer no Brasil, possui dados que mostram a realidade do câncer no mundo atual.

As estatísticas mundiais mostram que, no ano 2000, ocorreram 5,3 milhões de casos novos de câncer em homens e 4,7 milhões em mulheres, e que 6,2 milhões de pessoas morreram por essa causa (3,5 milhões de homens e 2,7 milhões de mulheres), correspondendo a 12% do total de mortes por todas as causas (cerca de 56 milhões).¹

De acordo com dados do Ministério da Saúde², nos anos de 2000 a 2006, foi registrado quase um milhão de óbitos por neoplasias. Portanto, com o aumento do número de pacientes portadores de neoplasias, verifica-se também um crescente número de profissionais atuando diretamente nessa área e grande parte deles se concentra na área da enfermagem.

A enfermagem é uma categoria profissional que tem como princípio de trabalho o cuidado com o ser humano. Quando este se encontra no contexto hospitalar, essa tarefa é atravessada por inúmeras questões que fazem parte desse cotidiano. Nesse cenário, a enfermagem se depara com sentimentos e emoções que, na maioria das vezes, remetem aos impasses individuais de cada profissional. Como se sabe, o câncer, grande parte das vezes, torna-se uma doença terminal. Isso traz um grande sofrimento não só para o paciente, mas também para aqueles que o assistem, sejam eles familiares ou profissionais da saúde. Com isso ao atuar no ambiente hospitalar, a equipe de enfermagem se vê confrontada com situações que contradizem o cuidar em prol da recuperação da saúde do ser humano. A morte e a terminalidade fazem parte da rotina no exercício da enfermagem hospitalar. Portanto, sentimentos ambíguos e contra-

¹ INCA. Ministério da Saúde. Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: MS, 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>>. Acesso em: 25 set.2009.

² INCA. Ministério da Saúde. Vigilância do câncer e fatores de risco: Atlas de Mortalidade por Câncer. Rio de Janeiro: MS, 2009. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/pre.action>>. Acesso em: 25 set.2009.

ditórios são vivenciados pelos profissionais que atuam principalmente nos cuidados destinados aos doentes terminais.

A produção da presente pesquisa foi motivada pela prática da pesquisadora como enfermeira responsável pelo ambulatório de oncologia de um hospital geral na cidade de Belo Horizonte/MG. Durante o tempo de experiência nesse cenário, várias óbitos fizeram a pesquisadora perceber diversos sentimentos que eram experienciados pela equipe de enfermagem ao se deparar com a terminalidade e a conseqüente morte dos pacientes. Com base nesse fato, foram surgindo inquietações no que diz respeito à vivência dos profissionais da enfermagem diante da experiência com a terminalidade dentro de um contexto hospitalar.

Optou-se pela busca de literaturas que discorressem a respeito e uma característica importante foi notada. Levando em consideração a terminalidade, existem vários estudos que consideram o paciente terminal. Entretanto, estudos sobre os profissionais que lidam com a morte diretamente não são frequentes. Assim, produziu-se um projeto de pesquisa que se tornou o norte para a realização do presente estudo.

Diante da observação da prática profissional da enfermagem em geral, percebe-se que a morte e também o paciente terminal são assuntos que não deixam de impactar mesmo aqueles que teoricamente deveriam estar preparados para lidar com tal situação, uma vez que se supõe que os profissionais de saúde são capacitados para atuarem nesse contexto (QUINTANA *et al*, 2007). Dessa forma, com base nesse cenário, objetivou-se, neste estudo, investigar os impactos da experiência diante da terminalidade para os profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade oncológica dentro de um contexto hospitalar. Para isso, verificaram-se as dimensões institucionais que compõem a experiência da equipe de enfermagem oncológica; estudaram-se as implicações dessa experiência no trabalho da equipe de enfermagem oncológica diante da terminalidade e analisaram-se os processos de subjetivação da equipe de enfermagem perante o cenário da terminalidade.

Assim, este texto foi elaborado principalmente baseando-se nas ideias sobre subjetivação propostas pelo teórico Michael Foucault; a autora Ana Pitta foi amplamente consultada para fundamentar a discussão sobre o exercício profissional no contexto hospitalar; o teórico Erving Goffman foi o escolhido para embasar a contextualização do conceito de instituição; Phillipe Airès foi selecionado como teórico para elucidar a relação da enfermagem com a morte. Além desses, foram usados outros autores que auxiliaram a escrita teórica desta pesquisa. Diante disso, o presente trabalho foi dividido em duas grandes partes, ou seja, dois capítulos abraçando a parte teórica da enfermagem oncológica e da subjetividade em enfermagem e outros dois capítulos relacionados à parte metodológica da pesquisa.

No primeiro capítulo, apresentou-se um histórico dos marcos dessa pesquisa. A morte, a oncologia no Brasil e a enfermagem oncológica foram escolhidas como pontos importantes a serem apresentados. No segundo capítulo, os vários conceitos de subjetivação propostos por Foucault, Guattari e Rolnik, Nicholas Rose, entre outros autores, foram utilizados para embasar os principais produtores de subjetividade presentes no cotidiano da enfermagem oncológica hospitalar. Esses elementos que produzem subjetividade nos sujeitos que vivenciam a rotina hospitalar estão relacionados com a própria instituição, com o regime trabalhista peculiar do hospital, com a hierarquia presente na equipe de enfermagem, com a própria doença câncer, o uniforme branco utilizado pelos profissionais hospitalares, a questão de gênero associada à idealização da profissão enfermagem, a linguagem técnico-científica usada pelos trabalhadores da área da saúde e a terminalidade dos pacientes que acaba por levar o profissional a pensar em sua própria finitude.

O terceiro capítulo contemplou o percurso metodológico dessa pesquisa. Para se alcançar o objetivo proposto, realizou-se uma pesquisa de caráter qualitativo num hospital geral de Belo Horizonte/MG. A coleta de dados foi realizada por meio da utilização da observação e da entrevista semiestruturada. O quarto capítulo contemplou a análise dos dados coletados. Para tal, utilizou-se a análise de conteúdo com ênfase na análise temática por acreditar que a subjetividade de um indivíduo está diretamente envolvida com o processo de linguagem. Nesse sentido, acredita-se que este estudo elucidou alguns processos de subjetivação que, permeados pela instituição hospitalar, interferem na relação do profissional de enfermagem com o paciente oncológico e na sua própria subjetividade.

2. A ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2010), desde 2003, o câncer é a segunda causa de morte no Brasil, perdendo a primeira colocação apenas para as doenças cardiovasculares. Com base nesses dados, percebe-se que a correria do dia a dia e o estilo de vida agitado e pouco preocupado com a qualidade de vida vêm aumentando as mortes em decorrência de câncer no Brasil.

O câncer começa a ser reconhecido no Brasil no final da década de 1910 quando o primeiro serviço de radioterapia foi implantado no país, no Rio de Janeiro, em anexo à clínica de dermatologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Os dermatologistas tinham o objetivo de tratar lesões cutâneas consideradas cancerosas (TEIXEIRA, 2010). Já na década de 20, o governo brasileiro tomou as primeiras iniciativas em relação ao combate ao câncer, através de comparações entre o declínio da tuberculose e o aumento significativo dos portadores de câncer. Teixeira (2010) ainda afirma que, em 1920, as ações governamentais direcionadas para a doença câncer visavam à prevenção e tinham o papel de aumentar o conhecimento da população brasileira sobre a doença.

Segundo Barreto (2005), em 1921 houve o início da Reforma Carlos Chagas, que programou as primeiras estatísticas a respeito do câncer com a solicitação de notificar todos os atestados de óbito com informações sobre a doença. Assim, iniciou-se a contabilização dos casos de câncer no país. Ainda, segundo a autora, “em 1924 o índice de mortalidade pela doença no país era considerado baixo, mas havia a tendência de elevar-se a cada década, caso não fossem adotadas providências a respeito” (BARRETO, 2005, p. 268). Entre o fim da década de 30 e o início da década de 40, durante o governo de Getúlio Vargas, a própria população brasileira se voltou para ações para a prevenção e o combate ao câncer. Assim, o então presidente do Brasil adotou uma política nacional voltada para o controle da doença.

De acordo com os escritos de Barreto:

[...] em 1937 o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal veio a se constituir no atual Instituto Nacional do Câncer (INCA). Segundo relato de um de seus fundadores, a criação do Órgão prestigiou os serviços médicos dispensados aos cancerosos, a formação de recursos humanos para o setor e também a área de pesquisa básica. (BARRETO, 2005, p. 268).

Segundo Teixeira, em 1937 “os primeiros serviços nacionais contra algumas doenças” (TEIXEIRA, 2010, p. 22) foram criados. Entre elas estava o câncer. O primeiro hospital destinado ao tratamento de doentes cancerosos foi inaugurado em 1938, em anexo ao já fundado Hospital Estácio de Sá, também no Rio de Janeiro. O autor escreve que o hospital “contava com quarenta leitos, um ambulatório, salas de cirurgia, aparelhagem radiodiagnóstico e radiologia.” (TEIXEIRA, 2010, p. 21-22).

Na década de 40, houve a necessidade de se criar um programa nacional de saúde, intitulado Serviço Nacional de Câncer com objetivos de organizar, orientar e controlar o câncer no Brasil. Nessa mesma época, com o avanço de medidas no controle do câncer, o governo federal custeou o envio de médicos oncologistas para estudos aprofundados sobre o câncer nos Estados Unidos (BARRETO, 2005). Nessa época, as ações voltadas para o controle do câncer estavam destinadas à educação dos profissionais da oncologia obtendo assim um diagnóstico precoce e conseqüentemente um tratamento mais adequado. Rocha (2010) afirma que nessa época havia, também, uma preocupação em se formarem os médicos das regiões mais distantes do país. Para isso, as informações circulavam por todo território brasileiro por rádios que transmitiam palestras e conferências.

Na década de 50, criou-se uma ação nacional contra o câncer, com base na ampliação da ajuda financeira, de esfera federal, para as instituições voltadas ao combate à doença. Nessa mesma época, as ações educativas voltadas para o câncer ganharam força e foram aos poucos se institucionalizando pelos estados brasileiros (TEIXEIRA, 2010).

Já na década de 60, o serviço nacional do câncer apoiou a organização de uma campanha nacional de combate à doença. Essa campanha teve como maior objetivo coordenar as atividades públicas e privadas voltadas para prevenção, diagnósticos, assistência social, formação de profissionais capacitados em oncologia, ações sociais voltadas ao câncer e pesquisas relacionadas a temáticas das neoplasias (BARRETO, 2005). Nesse sentido, Rocha aponta:

Nesse período, as campanhas relacionadas ao câncer, exploraram novos enfoques. As ideias de “pavor” e “morte anunciada”, encontradas na maioria dos materiais educativos, foram, pouco a pouco, sendo substituídos por noções de que existiam recursos disponíveis e avanços no tratamento da doença. As campanhas buscavam alertar a sociedade sobre a moléstia, sem, contudo, alarmar a população. A ênfase na detecção precoce ganhou força, propiciada pelo progresso, sobre o conhecimento da doença e pelos novos tratamentos. (ROCHA, 2010, p. 259).

Na década de 70, a direção do Inca passou a preocupar-se com a qualidade da assistência prestada aos pacientes portadores de neoplasias e, com isso, um novo modelo de assistência aos doentes oncológicos foi montado, baseado em pesquisas internacionais. Até os dias

atuais, a oncologia é uma especialidade da área da saúde que visa a muitas modificações e atualizações para o melhor bem-estar dos doentes envolvidos.

Os avanços tecnológicos e terapêuticos estão cada vez mais diminuindo a mortalidade dos pacientes oncológicos. Mas dados recentes do Inca (2010) apontam para um aumento do número de internações em virtude dos novos números de casos, que aumentam ano após ano. Essa nova realidade da oncologia tem aumentado a oferta de trabalho para os profissionais de saúde capacitados na área e, com isso, a exigência pelo conhecimento vem crescendo na mesma proporção que o número de doentes. A enfermagem vem se especializando e descobrindo uma nova forma de assistência para o paciente oncológico.

A enfermagem oncológica é uma especialidade da profissão de enfermagem que se preocupa com o cuidado à pessoa portadora de câncer diferentemente da oncologia médica que está voltada para a cura do câncer. Para tal, existem cursos de capacitação com especialização para os enfermeiros. Atualmente, essa especialidade é reconhecida pelos conselhos regional e federal da classe e alguns serviços voltados para o atendimento ao doente oncológico exigem o título para se contratarem os profissionais. Dessa forma, a Resolução nº 290/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (2004), em seu artigo 1º, define a oncologia como uma das especialidades de enfermagem e de competência exclusiva do enfermeiro. Com base nessa afirmação, a enfermagem em oncologia é um dos diversos ramos de atuação do enfermeiro, trazendo esse sujeito para um campo de experiências específicas e diferentes em relação ao cuidado ao ser humano.

Recco, Luiz e Pinto (2005) afirmam que o cuidado de um paciente com diagnóstico de câncer implica o conhecimento não só da patologia especificamente, mas também de situações relacionadas aos sentimentos dos outros, além das próprias emoções. Ainda segundo tais autores “a enfermagem deve estar pronta para dar apoio ao paciente e a sua família durante uma diversidade de crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais”. (RECO; LUIZ; PINTO, 2005, p. 86). Nesse contexto, o trabalho da enfermagem em oncologia está voltado para uma prática mais ampla, cujo cuidado é relacionado aos diversos aspectos do ser humano. A enfermagem é uma profissão que usa o cuidado como um objeto que vê o doente com um olhar ampliado, ou seja, para os profissionais da enfermagem não somente trata-se a doença, mas considera-se o paciente como um todo e não apenas um fragmento. Segundo Gargiulo e outros (2007), o cuidar num aspecto holístico e humanizado é a essência do trabalho da enfermagem, por isso, os profissionais devem ser preparados para desenvolver suas atividades no que tange os comprometimentos emocionais, psicológicos e sociais do paciente com câncer. Ainda para esses autores,

A enfermagem é a ciência do cuidado e a arte de cuidar dos seres humanos em suas necessidades humanas básicas, devendo o cuidar/cuidado ser uma experiência vivida por meio de uma inter-relação pessoa com pessoa, lembrando que tão importante quanto o cuidar, é estarmos atentos aos efeitos que o cuidado produz nos pacientes (GARGIULO *et al*, 2007, p. 698).

No Brasil, existe um fator complicador no que se refere à doença câncer. Mesmo nos dias atuais, a falta de informação é uma realidade brasileira e, conforme escreve Gargiulo e colaboradores (2007), a chegada do paciente oncológico aos centros de tratamento é um processo tardio. Por isso, a maioria deles se encontra em estágio avançado da doença. Esse quadro não remete somente ao acometimento clínico, mas também ao aspecto emocional e social. Com essa situação, estar em contato com um doente que exige tamanha atenção e, principalmente, aqueles que se encontram próximos de sua terminalidade, não é uma tarefa fácil e simples. Exige do profissional mais que o saber técnico, exige sensibilidade perante a situação vivenciada, além de um planejamento que contemple o paciente em toda sua abrangência. Gargiulo e outros afirmam:

[...] cuidar é servir, é perceber o outro em pequenos gestos, em pequenas falas, em suas limitações, é uma palavra de carinho e, para realizar esse cuidar, é preciso que os profissionais tenham afinidade e afetividade em relação aos clientes, principalmente no caso dos portadores de câncer (GARGIULO *et al*, 2007, p. 699).

Levando em consideração a força carregada e expressa na palavra câncer, o setor de oncologia é portador de muitas particularidades, mas em especial a associação do câncer com a morte. Segundo Silva citado por Avellar, Iglesias e Valverde (2007), aqueles que lidam com pacientes portadores de câncer estão mais sensibilizados, uma vez que, no dia a dia da doença, a dimensão real da morte é valorizada considerando a força simbólica que a doença carrega. Esse conceito veiculado à palavra câncer pode promover um desequilíbrio tanto naquele que está doente e na sua família, como também levar sentimentos de medo e insegurança naqueles que prestam cuidado ao paciente oncológico. Muitas vezes, esses sentimentos de medo e insegurança levam o profissional a se distanciar e a negar sentimentos existentes nessa relação como estratégia de autoproteção, ou seja, o profissional está ali para prestar uma assistência de qualidade e não para sofrer com o doente.

De acordo com Cassorla (2009), “essas estratégias são conhecidas como mecanismos de defesa, artifícios mentais inconscientes utilizados para evitar que fatos, ideias, fantasias ou sentimentos penosos sejam vivenciados.” (CASSORLA, 2009, p.60). O autor ainda descreve

outro conceito de mecanismos de defesa. Para ele “a mente procura não tomar conhecimento da realidade (interna e/ou externa) ou a deforma a tal ponto que ela deixa de incomodar” (CASSORLA, 2009, p.60). Rotineiramente, sabe-se que essa defesa surge com o tempo e que, no início do trabalho com pacientes terminais, o profissional da enfermagem age de forma diferenciada do que após alguns anos. Corroborando com tal afirmativa, Avellar, Iglesias e Valverde destacam que, após algum tempo de trabalho da enfermagem em setores críticos, há uma “despersonalização, resultante de sua insatisfação com a função que exerce e com o lugar em que está inserido.” (AVELLAR; IGLESIAS; VALVERDE, 2007, p. 478). Já para Campos (2007) o estresse do profissional da saúde, na maioria das vezes, chega a um ponto tão alto que o impede de se aproximar do paciente e até de se afeiçoar a ele. Ainda segundo o autor, “é de se prever que, num mundo tão individualista e competitivo, as pessoas (inclusive os profissionais de saúde) revelem dificuldades crescentes no exercício de vínculos próximos, íntimos e afetivos.” (CAMPOS, 2007, p. 40).

A enfermagem, como profissão que preza o cuidado e a manutenção da vida, tem uma visão e crença que distancia o tema da morte. De acordo com as ideias de Stumm, Leite e Maschio (2008), o cuidado integra o papel da equipe de enfermagem e, assim, possibilita o movimento de ações pela vida. Entretanto, o autor Fernandes (2006) verifica que o processo de cuidado relacionado ao trabalho da enfermagem oncológica também o está ao processo de morrer do ser humano, ou seja, o cuidado perpassa também pela finitude do indivíduo. Portanto, a enfermagem oncológica lida diariamente com situações ambíguas e confusas para uma rotina de trabalho. Os profissionais atuantes na oncologia estão em contato com sentimentos de preservação da vida e, ao mesmo tempo, com sentimentos de proporcionar ao outro uma morte digna. Assim, atuando diariamente com a possibilidade de se deparar com a morte, o profissional de enfermagem cria estratégias e mecanismos, durante sua jornada de trabalho, para conseguir lidar com a morte do outro tão de perto. Os autores Recco, Luiz e Pinto destacam:

As responsabilidades, os objetivos da enfermagem em cancerologia são tão diversos e complexos como aqueles de qualquer especialidade da enfermagem. Existe um desafio especial inerente aos cuidados paliativos de pacientes com câncer pelo simples significado da palavra que muitas vezes tem sido associada à dor, sofrimento e morte. Isto muitas vezes pode influenciar a opinião ou mesmo o comportamento de uma pessoa na situação de doente (RECCO; LUIZ; PINTO, 2005, p.86).

Atualmente, a morte perpassa pelo cenário daqueles que lidam com doenças, mas desde sempre assustou os seres humanos. É um fenômeno antigo na natureza e que permanece

sem explicações até os dias atuais. Os diversos autores que se interessam pela temática da morte são divergentes em relação à sua conceituação. As diferentes abordagens conceituais em relação à morte dependem muito da crença de cada autor e da sociedade em que ele está inserido. No cenário hospitalar, a morte faz parte da rotina do profissional. Portanto, para se vivenciar a rotina hospitalar, é necessário compreender o processo saúde-doença existente na sociedade humana. A sociedade é composta de culturas que são responsáveis pela diferença entre as populações. Nas diversas culturas, o mesmo conceito é visto de várias formas, o que não deixa de ser diferente com a morte. A cultura é a formadora da identidade e de personalidade e, por isso, torna-se um fator dificultador no cenário que perpassa a morte.

Confirmando a ideia acima, Silva, Ribeiro e Kruse (2009) relatam que a cultura é formadora de identidades apoiada em arranjos discursivos, submetendo-nos a relações de poder e saber que nos governam e constituem a nossa prática. Por isso, com a finalidade de desenvolver uma assistência de qualidade aos pacientes que se encontram no ambiente hospitalar, é importante que a enfermagem conheça a morte sob a ótica de algumas culturas, principalmente num país como o Brasil, que é formado de um grande contingente cultural. O processo de morrer é bastante diferenciado dentro de cada sociedade, de cada cultura. Corroborando com a afirmativa acima, Gutierrez e Ciampone (2007) afirmam que cada realidade cultural tem suas crenças e, por isso, o conhecimento de tais crenças se torna fundamental no planejamento do cuidado prestado pelos diversos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro.

A grande verdade dos profissionais de saúde que atuam em instituições hospitalares é o despreparo para lidar com a morte e com o processo de morrer dos pacientes. Tal situação se torna compreensível, uma vez que o hospital é o local destinado à cura de doenças, e as pessoas que o procuram esperam sair dali curadas (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2007). Perante esse contexto que envolve os profissionais de saúde, Ana Pitta (1990) faz um levantamento histórico da morte que tem início na Idade Média, quando o homem se torna mais apaixonado pela vida. A morte estava sempre presente no íntimo dos indivíduos, uma vez que os doentes eram tratados em casa e, quando morriam, o cadáver ainda permanecia no ambiente doméstico para o velório. Muitas vezes o corpo era enterrado nos arredores da casa da família.

Nesse período da história humana, a morte e mesmo seus aspectos mais macabros circulavam livremente pela sociedade e pelo próprio cotidiano das pessoas. Segundo Pitta, “a morte tinha uma inegável dimensão humana” (PITTA, 1990, p. 27). Na era medieval, a morte estava dentro dos lares sendo “guardada” pelos familiares e amigos íntimos. Já, na contemporaneidade, a morte está dentro de instituições voltadas para a cura de doenças (hospitais) e “guardada” por estranhos e pessoas capacitadas e remuneradas para esse fim: os profissionais

de saúde. Para Pitta, “o que foi propriedade do homem por milênios – sua doença e morte – passa a ter em outros e em outras instituições os depositários de tal sina.” (PITTA, 1990, p. 28). Ainda para a autora, “a dor, a doença e a morte foram interditas num pacto de costumes, aprisionadas e privatizadas no espaço hospitalar sob novos códigos e formas de relação” (PITTA, 1990, p. 34).

A morte medieval era quase sempre anunciada, e as doenças tidas como graves, quase sempre consideradas mortais. Esse tipo de desfecho da vida humana proporcionava ao sujeito o arrependimento e não privava o homem de sua própria morte, ou seja, de sofrer seu próprio processo de morte. Na atualidade, com o avanço das tecnologias e das técnicas cirúrgicas, é difícil identificar quando uma doença grave pode ser mortal ou não. A esse fato surge a morte silenciada, e a família, os amigos e os profissionais de saúde responsáveis pelo doente decidem escondê-lo da própria morte. Com isso, a morte atual, além de se dar em um ambiente totalmente estranho ao doente, envolto de pessoas estranhas, se dá quase que surdamente. Essa maneira de lidar com a morte, estipulada pela sociedade, se dá pela negação e não pela aceitação do fim da vida. A família, os amigos e até os profissionais da saúde que estão “apertos” a lidar com a finitude não aceitam compartilhar a notícia da morte com o paciente que já está sofrendo pela instalação de uma doença.

A negação e a intolerância em aceitar a morte do outro são sentimentos característicos da modernidade, segundo Pitta (1990). Para ela a intolerância da morte do outro e a confiança depositada pelo doente no círculo familiar são sensações que recobrem não os sentimentos de tristeza do indivíduo doente, mas o incômodo e a emoção demasiado fortes e precários sentidos pela sociedade e pelo círculo de suas relações (família e amigos). Assim, a autora afirma:

É quase consenso que médicos e enfermeiros adiem o mais possível o momento de avisar a família, e mais ainda, de avisar o doente de sua morte próxima. O temor é de que sentimentos e reações descontroladas os façam perder o controle de si e da situação. O prolongamento da vida através de recursos tecnológicos esvai a necessidade dessa comunicação dramática, permitindo que o sentimento de luto se inicie antes do defunto se ter feito fato (PITTA, 1990, p. 31).

O novo modelo de morte, que mostra a inversão completa dos costumes, nasce durante o século XX, no berço da industrialização, da urbanização e nas áreas tecnicamente mais adiantadas do mundo. A morte invertida, segundo Airès (1982) se dá pelo lado negativo da morte, isto é, a sociedade expulsou a morte do seu cotidiano e construiu locais próprios para ela, estando assim escondida do dia a dia da sociedade. Para o mesmo autor, “a sociedade já não faz uma pausa: o desaparecimento de um indivíduo não mais lhe afeta a continuidade. Tudo

se passa na cidade como se ninguém morresse mais.” (AIRÈS, 1982, p. 613). Ainda de acordo com seus escritos, durante o século XIX, a descoberta pelo homem de que sua morte estaria próxima era algo extremamente desagradável, mas, mesmo assim, o doente era encorajado a vencer esse momento. A religião atuava promovendo um encontro do ser espiritual com o ser carnal, favorecendo o arrependimento e levando o indivíduo à paz eterna.

A omissão sobre a morte próxima teve início no século XX com a exclusão do padre do cenário da morte. Até as famílias mais religiosas aderiram a esse hábito de não comunicar o padre sobre a morte próxima de um parente, já que a presença do padre à beira do leito de um doente significava o fim da vida. Com isso, a extrema-unção deixou de ser o sacramento dos doentes para ser o sacramento dos mortos, uma vez que os sacerdotes eram comunicados apenas após a morte dos doentes (AIRÈS, 1982). Com a evolução da sociedade, em alguns países da Europa Ocidental, acreditava-se que o doente já sabia da sua real situação e assim não era necessário dizer-lhe sobre a proximidade da morte. A revelação do real estado do doente fazia com que ele se comportasse como um agonizante e, assim, aumentavam os sofrimentos da família, amigos e até dele próprio. Daí a necessidade de se esconder a morte do doente.

Airès (1982) relata que, até então, a omissão sobre a morte era responsabilidade da família. Mas com a medicalização da doença, ou seja, com a entrada do médico no ambiente doméstico que possuía um doente agonizando, essa função passa a ser do médico e não da própria família. Para o autor, “do mesmo modo como o diagnóstico reduz a angústia, a confiança pode aumentá-la” (AIRÈS, 1982, p. 618). Com a entrada do médico no cenário da doença e da morte, torna-se impossível que a morte não seja um espetáculo público. As pessoas começam a ter repugnância do processo de morrer dos indivíduos, e o trato com o doente que está com a morte próxima passa a ser responsabilidade do médico. Para Airès (1982):

Tornam-se inconvenientes, como os atos biológicos do homem, as secreções do corpo. É indecente torná-la pública. Já não se tolera deixar entrar qualquer um no quarto com cheiro de urina, suor, gangrena, ou com lençóis sujos. É preciso impedir o acesso, exceto a alguns íntimos, capazes de vencer o nojo, e aos que prestam serviços. Uma nova imagem da morte está se formando: a morte feia e escondida, e escondida por ser feia e suja (AIRÈS, 1982, p. 622).

Com essa nova imagem da morte, um novo cenário para abrigar os doentes deverá ser construído. Com os rápidos avanços das teorias de conforto, da necessidade de privacidade do doente, da higiene pessoal, o doente ganha um novo espaço para aguardar o seu fim. Um mundo novo, da assepsia, da higiene, da medicina e da mortalidade é criado: os hospitais.

Essas instituições passam a esconder a morte da sociedade e a proporcionar ao médico um novo ambiente mais propício ao diagnóstico e ao tratamento das doenças. O nascimento do hospital na sociedade é trazido por Foucault na sua obra intitulada *Microfísica do poder*. Para Foucault “o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII” (FOUCAULT, 2007, p. 58). Ainda de acordo com as ideias de Foucault:

[...] hospital [...] é um objeto complexo de que se conhece mal os efeitos e as consequências, que age sobre as doenças e é capaz de agravá-las, multiplicá-las ou atenuá-las. [...] O hospital deixa de ser uma simples figura arquitetônica. Ele agora faz parte de um fato médico-hospitalar que se deve estudar como são estudados os climas, as doenças, etc.(FOUCAULT, 2007, p.58).

Antes da ideia de hospital como instituição terapêutica, este era destinado aos pobres como meio de exclusão da sociedade. Para Foucault, “o pobre como pobre necessita de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso” (FOUCAULT, 2007, p. 59). Por isso, o hospital anterior ao século XVIII tem o caráter de prestar uma assistência aos pobres, mas também de proteger a sociedade do possível contágio que ele representa. Nessa época, as pessoas que prestavam assistência a esses pobres não estavam preocupados com a cura deles, mas com a própria salvação, já que o trabalho no hospital, além de ser voluntário, era tido como caridade para conseguir a salvação eterna. Foucault (2007) ressalta que o primeiro ponto de transformação do hospital foi a necessidade de alterar a sua imagem negativa e promover a purificação desse local, mas sem a entrada do médico. O autor ainda relata que a primeira instituição, com o caráter mais próximo dos hospitais terapêuticos, foi o hospital marítimo na França, no final do século XVII. O ponto forte dos hospitais marítimos era a disciplina que é vista por Foucault como

[...] uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme a regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares (FOUCAULT, 2007, p. 62).

A medicalização do hospital se dá com a disciplina como foco principal do modelo hospitalocêntrico. Inicia-se, então, uma preocupação com o doente que está necessitando de cuidados, assim, o hospital passa a ser organizado como instrumento terapêutico. Para Foucault “o hospital é um meio de intervenção sobre o doente” (FOUCAULT, 2007, p. 63). Com isso, o médico passa a ser o principal responsável pela organização do espaço hospitalar e

instaura o sistema de registro permanente a fim de documentar todos os processos relacionados à cura do paciente. Foucault afirma:

É então que o saber médico que, até o início do século XVIII, estava localizado nos livros, em uma espécie de jurisprudência médica encontrada nos grandes tratados clássicos da medicina, começa a ter seu lugar, não mais de livro, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital (FOUCAULT, 2007, p.64).

O pessoal que dava apoio ao médico ainda eram os religiosos, buscando a sua salvação por meio da caridade, mas agora realizando tarefas sempre subordinadas aos saberes médicos. Nesse novo cenário, as famílias puderam esconder os doentes que já não cabiam mais nem no ambiente domiciliar por se tornarem inconvenientes. Passa-se, então, a responsabilidade do cuidado desse indivíduo para pessoas com mais paciência e dedicação a fim de a família voltar à vida normal em sociedade.

Com o início do hospital como instrumento terapêutico, com a entrada do médico nessa instituição com o objetivo de curar doenças, nasce também a enfermagem hospitalar com o objetivo de auxiliar o médico no tratamento aos doentes. Antes da medicalização hospitalar, a prática de enfermagem era realizada pelos próprios médicos, favorecendo famílias da classe burguesa, que por sua vez eram tratados em casa. Aos menos favorecidos, restavam os curandeiros, popularmente conhecidos como bruxos (SILVA, 2006). Dessa maneira, nessa época, a enfermagem era responsável pelos cuidados aos doentes portadores de doenças infecto-contagiosas e que precisavam de pessoas especializadas no seu manejo.

Com a inserção de Florence Nightingale no tratamento aos feridos da guerra, a enfermagem já iniciou seu contato direto com a morte. Com essa experiência, Florence descobriu informações importantes sobre a higiene das mãos e sobre a higiene do ambiente e sobre a aeração destes. Com isso, a enfermagem foi recrutada para dentro do hospital atuando lado a lado com os médicos no tratamento aos doentes, e a enfermagem moderna passou a ser reconhecida como categoria profissional aos cuidados da saúde. A respeito das ações das enfermeiras hospitalares, Carvalho diz:

Pelo que consta nas Notas sobre Hospitais, sendo o cuidado dos clientes computado como do dever das enfermeiras hospitalares, – a responsabilidade pela ambiência, pelas condições de trabalho e tudo mais que concerne aos “mecanismos e prevenção da falha humana no trabalho hospitalar” [...] (CARVALHO, 2009, p. 643).

No início deste tratamento, a enfermagem era treinada a esquecer a morte, uma vez que a vida se prolongou e a morte foi sendo adiada pelos aparatos tecnológicos existentes no hospital. Para Silva, Ribeiro e Kruse (2009):

[...] a enfermeira não pode se emocionar e deve desenvolver habilidades de comunicação para confortar familiares e pacientes, saber administrar analgesia, promover o conforto do moribundo e satisfazer a sede espiritual do paciente. (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009, p. 453).

A medicalização completa da morte se dá já no século XX, após a Segunda Guerra Mundial (1945). Assim, naquela época, logo que uma doença grave se instalava num indivíduo, o médico tendia a mandar o doente para o hospital. Desse modo, a morte, no contexto hospitalar, passa a ser uma consequência dos progressos médicos e assim impossibilitada de ocorrer em casa. Com essa nova percepção da morte, a vida passa a ser prolongada pela vontade do médico, e uma nova definição de morte passa a existir. A morte ganha tempo e é adiada pelo saber e poder que o médico exerce sobre ela.

A enfermagem exerce um trabalho baseado em normas e ordens a serem cumpridas. O poder imperava no exercício profissional da enfermagem, mas algumas ideias de melhoria nas condições deste trabalho vieram com as de Florence Nightingale de insalubridade para enfermeiras que trabalhavam com doentes terminais. Silva, Ribeiro e Kruse (2009) afirmam que o ambiente onde se encontrava o doente terminal deve ter boa ventilação, luz solar, iluminação adequada, higiene e silêncio. A enfermagem passou, então, a preocupar-se com as condições hospitalares em que se encontravam os pacientes. Mas, mesmo com novas idéias, a enfermagem ainda continuava a ser uma classe que atuava sob as condições impostas pelos médicos. Airès (1982) mostra que a partir da entrada da morte no ambiente hospitalar, não apenas o médico estava incluído no tratamento ao paciente, mas também toda organização hospitalar que fora montada.

[...] a medicina pode assim permitir a um quase morto sobreviver por tempo indeterminado. Mas não apenas a medicina: a medicina e o hospital, ou seja, toda a organização que faz da produção médica uma administração e uma empresa que obedece a regras estritas de método e disciplina (AIRÉS, 1982, p. 639).

Em meados do século XX, as enfermeiras começam a enxergar a morte como parte da rotina hospitalar. Aquelas que atuam em terapia intensiva não têm como contestar essa rotina e devem abraçá-la como parte da assistência prestada ao doente. A morte passa a ser algo natural no dia a dia de um hospital, mas já surgem alguns rumores de promoção da saúde. Se-

gundo Silva, Ribeiro e Kruse (2009), enfermeiras que atuavam em terapia intensiva sugeriam que naquela época havia um controle maior do homem sobre a natureza, o que poderia trazer prolongamento da vida por meio de alguns comportamentos. Ainda segundo as autoras, com esta nova perspectiva da enfermagem, “a morte, que antes era associada ao processo de viver, agora está associada a possibilidade de adoecer” (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009, p. 454).

No final do século XX, a morte passa a ser estudada e pesquisada pelos profissionais de saúde. A enfermagem, principalmente, passa a ser questionada a respeito das atitudes vinculadas aos doentes terminais e passa a pensar sobre a assistência prestada ao doente no processo de morrer. Nesse cenário, a discussão sobre a morte no ambiente domiciliar é retomada, e a necessidade de envolver a família nesse momento do doente é o foco da atenção para os profissionais de enfermagem. A morte no ambiente hospitalar passa a ser questionada em virtude de ser rodeada por pessoas estranhas possibilitando a imagem negativa da morte associada à dramatização desse momento. De acordo com Corrêa (2008), no Brasil, cada dia aumenta o número de pessoas que se afastam do domicílio na hora da morte e procuram locais isolados e solitários que são os hospitais. Para o autor:

[...] a própria estrutura urbana, condenada cada vez mais a eliminar as residências individuais, prefere construir edifícios de apartamentos ou conjuntos residenciais nos quais não há lugar para os mortos, que provocariam incômodo e estranheza insuportáveis (CORRÊA, 2008, p. 82).

Sob o ponto de vista da enfermagem oncológica o processo de morrer do doente é de extrema importância, uma vez que segundo Gargiulo e outros “[...] as enfermeiras, em várias oportunidades, associam o quadro desta clientela à terminalidade [...]” (GARGIULO, 2007, p. 700). Com base nessas considerações e na preocupação dos profissionais de saúde com o processo de morrer do doente, associa-se à oncologia outra especialidade e que está totalmente vinculada à enfermagem oncológica: os cuidados paliativos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS):

Cuidados Paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e família que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (SWITZERLAND, 2006, p.11. Tradução nossa).³

³ Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early

Os cuidados paliativos surgiram como forma de mudar a cara do cuidado prestado aos pacientes que se encontram próximos à morte. Perante esse conceito, deve-se conscientizar a equipe de enfermagem que dispensar cuidados a um paciente fora de possibilidades de cura significa prestar uma assistência que possua em sua essência a promoção de uma qualidade de vida melhor, no tempo de vida que o paciente tenha. Corroborando com tal afirmativa, Recco, Luiz e Pinto (2005) afirmam que cuidar de um paciente com câncer sugere não só saber lidar com a doença, mas também saber lidar com os vários sentimentos que os doentes oncológicos manifestam diante da doença tida como curável ou incurável. Mesmo na definição de cuidados paliativos da Organização Mundial de Saúde, supracitada, percebe-se que a negação da morte ainda é forte dentro da sociedade. Ao se remeter a doenças ameaçadoras de vida, a referência é a doença que pode levar à morte, mas que, mesmo estando implícito, esse sentido não deve ser divulgado.

Os cuidados paliativos construíram uma nova imagem para a morte e para os doentes terminais. Uma morte associada à qualidade de vida e a características humanizadas é a morte dos dias atuais. Kübler-Ross corrobora com a ideia supracitada quando afirma que “não há muito sentido no sofrimento, uma vez que se podem administrar sedativos contra dores, pruridos e outros incômodos. O sofrimento perdeu sua razão de ser.” (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 19). Nesse cenário, os cuidados paliativos são uma alternativa para a implantação das ações humanizadas, tanto para o paciente quanto para os profissionais da saúde. Para Quintana e colaboradores (2006), os cuidados paliativos são vistos como uma alternativa de aproximação ao real significado que a fase terminal da vida tem para os profissionais que dela fazem o seu cotidiano de trabalho. Ainda relatam ser uma ferramenta importante para permitir uma maior aproximação dessa equipe aos pacientes terminais.

Na oncologia, a equipe de enfermagem encontra um desafio na prática profissional: a intensa procura de descobrir significados e respostas para os processos de viver – morrer do paciente. Perante uma doença que possui uma magnitude sociocultural como é o câncer, o paciente necessita se espelhar em alguém e depositar toda a confiança nessa pessoa. Geralmente, essa pessoa é um integrante da equipe de enfermagem. A possibilidade de entrosamento entre o profissional e o paciente gera nessa relação sentimentos conflituosos e ao mesmo tempo contraditórios diante da situação experimentada por ambos. A proximidade com a morte e ao mesmo tempo uma expectativa de cura são situações que perpassam o cotidiano da oncologia, tanto para o paciente como para os profissionais que ali atuam.

Corroborando com a afirmativa supracitada, Recco, Luiz e Pinto (2005) afirmam que a equipe de enfermagem oncológica está exposta no seu dia a dia a situações geradoras de conflitos por múltiplas razões, entre elas o encontro direto com a morte, o trabalho constante com doentes graves e a tristeza da família e do doente, o que leva a um envolvimento maior com os sentimentos que envolvem tal situação. Nesse sentido, aceitar o fim da vida de outra pessoa leva o profissional ao encontro com seu próprio fim, com sua própria finitude. Esse fator, em especial, traz, muitas vezes, conflitos nessa relação, já que falar de terminalidade é algo extremamente penoso para o ser humano. O contato inicial com o paciente oncológico pode revelar ao profissional de enfermagem o quanto o ser humano é frágil e o quão complexo é a assistência de enfermagem a um paciente com câncer. Na oncologia, o doente não é visto apenas como mais um caso; cada doente tem sua especificidade, pois ele precisa ser compreendido nas suas múltiplas reações, e a abordagem do profissional deve ser humanizada e individualizada, ou seja, ele deve saber reconhecer a real necessidade de cada paciente.

Com o intuito de minimizar o sofrimento do paciente oncológico, a equipe de enfermagem que trabalha de forma humanizada busca a comunicação entre eles, o paciente e sua família. Assim, essa comunicação, embasada na humanização, atingirá o coletivo, propondo mudanças no ambiente de trabalho, na família e no próprio paciente (GARGIULO et al, 2007). Já a relação de profissional e paciente, na oncologia, deve ser baseada em muito diálogo, compreensão e, acima de tudo, respeito pelo outro e pelo momento que este está vivendo. O paciente, a família e os demais profissionais, envolvidos na trama da assistência voltada ao paciente oncológico, passam por momentos de sofrimento que podem na maioria das vezes se transformar em estresses que são maléficos para manter uma vida saudável. Campos (2007) diz que entrar em contato com o sofrimento do outro, na maioria das vezes, faz com que o indivíduo reviva os próprios sofrimentos, ou seja, há uma identificação entre uma pessoa e outra. Para o mesmo autor, “conviver com sofrimento gera sofrimento” (CAMPOS, 2007, p. 34).

Lemos, Cruz e Batomé (2002), ao estudarem uma tese de doutorado sobre os trabalhadores de enfermagem em áreas críticas, afirmam que os efeitos do trabalho afetam a vida dos trabalhadores de enfermagem por lidarem cotidianamente com situação de emergência/urgência e que ameaçam a vida de outras pessoas. Na enfermagem oncológica, este quadro não é diferente. Para Recco, Luiz e Pinto:

[...] uma das características da enfermagem é lidar com estas emoções, tanto as inerentes a quem cuida, a quem é cuidado, como as que sugerem como consequência o cuidar. O sofrimento e a fragilidade compassiva no cuidar de enferma-

gem refletem como um traço significativo das relações interpessoais manifestas no convívio com o cliente. A emoção permeia a vida do ser humano em todas as situações e se expressa em todo o processo de cuidar. Cuidado em sentido amplo é uma forma de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo, é uma forma de viver plenamente (RECCO; LUIZ; PINTO, 2005, p. 88).

Todas as equipes da área da saúde, principalmente as que estão envolvidas no contexto hospitalar, possuem uma rotina profissional bastante estressante e seria de grande valia para elas conversarem e trocarem opiniões a respeito de suas experiências com pacientes terminais e conseqüentemente com a morte. Finalizando esta parte, questiona-se: será que é muito complicada a comunicação entre a equipe de enfermagem como modo de suavizar o dia a dia de trabalho? Por que é tão difícil falar sobre as experiências profissionais, principalmente aquelas agregadas ao sofrimento? Como continuar atuando na enfermagem em oncologia, em meio a esse turbilhão de sentimentos e emoções ambíguas que perpassam a rotina de trabalho dentro de uma instituição hospitalar?

3. ENFERMAGEM E PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO

Diante do cenário que perpassa a rotina hospitalar da oncologia, questiona-se o que vem a ser subjetivação? Como os modos de subjetivação se manifestam nos sujeitos contemporâneos? Como lidar com os processos de subjetivação no dia a dia de trabalho da enfermagem, dentro de um contexto hospitalar?

“A subjetividade adentra o âmbito da modelização, estando aí inseridos os comportamentos, sentimentos, emoções, percepções, memória, relações sociais, dentre outros.” (LUNARDI FILHO, LUNARDI, SPRICIGO, 2001, p. 92). Para tanto, a enfermagem é uma classe de trabalho que atua em vários cenários da área da saúde e deve-se enxergá-la, assim como as outras classes de trabalho, como uma forma de inserção social em que aspectos físicos, psicológicos e culturais são fortemente mobilizados e transformados. Portanto, os profissionais da enfermagem não são apenas trabalhadores responsáveis por produzirem cuidados àqueles necessitados. São indivíduos que, através do trabalho, transformam-se a si mesmos e experimentam diversos processos de subjetivação.

Num primeiro momento, ao se falar sobre subjetividade, é essencial conceituá-la. Alguns autores possuem conceitos sobre subjetivação que se relacionam com o ambiente social em que o sujeito se envolve. Para Benelli (2004), a subjetividade é como uma produção social e, portanto, uma esfera do coletivo. Dentro de um cenário institucional, ela é produzida na intersecção dos discursos e das práticas, concluindo-se que os discursos subjetivam tanto quanto as práticas. Na mesma direção, Guattari e Rolnik (2005) afirmam que a subjetividade possui uma natureza industrial, maquina. É algo fabricado, modelado, construído e recebido pelo sujeito. Além disso, para os mesmos autores, o sistema capitalista é uma máquina de controle social e, portanto, capaz de produzir nos sujeitos uma subjetivação capitalística

Em nossa sociedade contemporânea, o capitalismo é o sistema econômico presente na esfera do consumo. A forma de linguagem do capitalismo leva os consumidores a produzirem diversas formas de subjetivação em relação ao mesmo produto, por exemplo. O consumo dentro das sociedades capitalistas é uma prática corriqueira. Liquidações e promoções chamam a atenção dos sujeitos e os levam a construir na sua interioridade processos subjetivos interligados à prática capitalista. Ainda de acordo com Guattari e Rolnik (2005), a ordem capitalística produz os modos das relações humanas até no nível inconsciente, por exemplo, o modo como

se trabalha, o modo como se relaciona com amigos, o modo como se fala, o modo como se ensina, entre outros.

Assim, para os autores supracitados, a subjetividade também pode existir de duas formas. Para eles, a subjetividade pode ser social, ou seja, quando um indivíduo a apresenta através da forma como ele a recebe. Assim é a subjetividade imposta pelo capitalismo, ela favorece uma relação de alienação e opressão sobre os indivíduos. Mas por outro lado, a subjetividade ainda pode ser apresentada de outra maneira. É a maneira inventiva e criada da subjetividade, cujo indivíduo a mostra de forma singular e de forma única através da sua individualidade.

Corroborando com isso, Rose descreve a subjetividade como modos de agenciamentos, ou seja, um modo de formação de subjetividades a partir da “composição e da recomposição de forças, práticas e relações que tentam transformar” (ROSE, 2001, p. 143). Dessa forma, as práticas hospitalares e as relações que surgem desse contexto ajudam na construção de processos de subjetivação não apenas nos profissionais atuantes, mas também nos pacientes e familiares. Segundo o mesmo autor, a subjetividade também é compreendida pela ótica da socialização, isto é, pela associação do humano com o ambiente em que este estará inserido. Dessa maneira, “um mundo psicológico interior é produzido pelos efeitos da cultura sobre a natureza” (ROSE, 2001, p. 145).

Para Foucault (2009), a experiência subjetiva pode ser vista como uma forma de assujeitamento ou mesmo como de invenção, resistência e liberdade. Em sua obra sobre a história da sexualidade, ele descreve a subjetividade como a manifestação de um poder exercido sobre o sujeito. Na maioria das vezes, esse poder é um papel desempenhado pelas instituições (família, escola, igreja, trabalho e outras). Para que os sujeitos consigam agir de acordo com esse poder estabelecido, existem as normas e regras que, por sua vez, são apresentadas pelas ações morais estabelecendo o papel de “moldar” o sujeito envolvido (FOUCAULT, 2009). Essa é a noção de assujeitamento, de subjetividade dominada, ou seja, quando um sujeito está envolvido em uma instituição e por sua vez acata suas normas e rotinas, ele é moldado para atuar de forma que condiz com os valores e crenças dessa instituição.

Tal ideia de assujeitamento pode ser conjugada com o conceito de panóptico, desenvolvido por Foucault (2006) em seu texto “Diálogo sobre o Poder”, no qual o autor utiliza a descrição de Bentham (FIG. 1) para discuti-lo. No entendimento de Foucault, panóptico diz respeito à centralização do poder, o qual pode ser articulado para a compreensão do poder exercido nas instituições hospitalares.

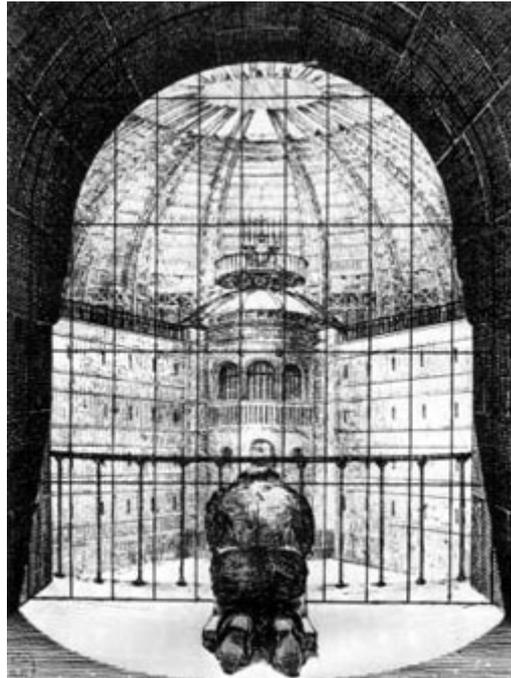


Figura 1: Panóptico de Bentham

Fonte: UFRGS, Disponível em: <<http://www6.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/trabalho/panoptico.htm>> Acesso em 18/set 2010.

Como visualizado na figura acima, Foucault esclarece o que vem a ser um panóptico na visão de Bentham:

Vocês sabem que Bentham sonhou com a prisão ideal-quer dizer, o tipo de prédio que pudesse ser tanto um hospital, como uma prisão, um asilo, uma escola, uma usina: no centro, uma torre, circundada de janelas, depois um espaço vazio, e um outro prédio circular contendo as celas varadas por janelas. Em cada uma dessas celas se podem alojar, segundo o caso, um operário, um louco, um estudante ou um prisioneiro. Um só homem postado na torre central basta, para observar, exatamente, o que, a cada instante, as pessoas estão fazendo em sua pequena cela (FOUCAULT, 2006, p. 255).

Especificamente no contexto hospitalar, essa posição centralizadora do poder pode ser localizada no discurso dos médicos e nas normas preconizadas pela própria instituição. A enfermagem realiza sua rotina de trabalho baseada nos dizeres e saberes médicos, uma vez que o saber que organiza a vida hospitalar tem seu centro de referência na biomedicina. Nesse cenário, ainda existem vários conjuntos morais que interferem diretamente na subjetividade dos indivíduos que pertencem a esse contexto. Pacientes, familiares e profissionais possuem a sua subjetividade alterada de acordo com o código moral imposto pelas normas e regras hospitalares.

De acordo com os conceitos de Foucault (2009), podemos inferir que esses códigos morais existentes no cotidiano hospitalar são um fator externo ao sujeito, mas que interfere na

sua subjetividade. Assim, para Foucault (2009), os modos de subjetivação fazem parte da constituição de um sujeito moral.

Ainda para o autor, há uma associação da subjetivação às práticas de resistência, liberdade e invenção. Para ele o sujeito também pode ser formado através de uma concepção mais livre, ou seja, o indivíduo age de acordo com um movimento autônomo de experimentação, sem estar plenamente conformado a um poder soberano.

Na prática da enfermagem oncológica, o profissional atua também de acordo com seus valores, culturas e crenças. A relação em que este profissional desenvolve com o paciente, em primeiro momento, acontecerá com base nos valores individuais de cada sujeito da enfermagem.

Numa equipe, formada por várias pessoas capacitadas e “moldadas” da mesma forma, não se pode garantir que todos agirão da mesma maneira. Cada um promove uma assistência única que pode agradar um paciente, mas ao mesmo tempo não agradar outro. A individualidade é parte da produção de subjetividade de cada sujeito, mas a subjetivação vai além dessa individualidade. Foucault ainda escreve sobre o que vem a ser esse sujeito. Para ele:

Não é uma substância. É uma forma, e essa forma nem sempre é, sobretudo, idêntica a si mesma. [...] Há, indubitavelmente, relações e interferências entre essas diferentes formas do sujeito: porém, não estamos na presença do mesmo tipo de sujeito. Em cada caso se estabelecem consigo mesmo formas de relação diferentes (FOUCAULT, 2004, p. 275).

Portanto, apoiando-se nessas constatações sobre os vários conceitos de subjetivação existentes, torna-se importante para a presente pesquisa promover um paralelo sobre a subjetividade produzida pelos processos sociais vividos pelos sujeitos e o cenário hospitalar que envolve a equipe de enfermagem. Na esfera da enfermagem, percebe-se que o profissional enfermeiro atuante na emergência de um hospital apresentará reações subjetivas diferentes de um indivíduo que atua na maternidade da mesma instituição. O tipo de trabalho, as pessoas presentes e o motivo que as fazem procurar o atendimento hospitalar são diferentes nesses setores. Portanto, o comportamento dos colaboradores será diferente, pois a situação em que ele está inserido é diferente.

Dentro da formação da enfermagem, como categoria de trabalho, os indivíduos são formados antes da sua entrada no mercado de trabalho (LUNARDI FILHO, LUNARDI & SPRICIGO, 2001). Com isso, a enfermagem é uma profissão pautada nas várias categorias que se formam em tempos e modos diferentes (técnicos e enfermeiros), numa perspectiva altamente hierarquizada. Ainda segundo os autores acima:

Essa forma de divisão do trabalho, pautada pela qualificação, legitimada pela qualificação escolar, estabelece uma hierarquização de tarefas, cabendo aos menos qualificados aquelas consideradas como mais simples e, à medida que se tornam cada vez mais complexas, sendo assumidas por aqueles que possuem maior grau de qualificação, culminando com as privativas do enfermeiro (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001, p. 95).

Dentro de um hospital, vários fatores colaboram para a produção de subjetividade. Com base no cenário hospitalar, os indivíduos formadores da equipe de enfermagem, acabam vivenciando os problemas, as alegrias, as angústias, os sofrimentos e tudo que se passa na vida de um sujeito internado. O envolvimento do profissional com o paciente pode trazer benefícios para ambos, mas também pode ser um fator dificultador na vida de ambos. Além dessas relações com os pacientes:

O trabalhador da enfermagem está imerso nas relações de trabalho entendidas como relações de poder, de forças e enfrentamentos, além de já ter sofrido um processo de assujeitamento, com diferentes intensidades, tendo em vista a produção de subjetividade já iniciada, bem anteriormente, à sua formação profissional (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001, p. 96).

Os processos de subjetivação específicos presentes no trabalho diário com pacientes portadores de câncer assumem um importante papel na vida da equipe multiprofissional responsável por esse paciente, em especial a equipe de enfermagem. Abordar os vários componentes de produção de subjetividade no cotidiano da equipe de enfermagem oncológica é um norte para o direcionamento da referida pesquisa.

No dia a dia de trabalho da enfermagem oncológica, a rotina é atravessada por vários aspectos que modificarão esses profissionais envolvidos. Essas modificações dizem respeito à subjetividade e compõem o cenário hospitalar. Entre os componentes de subjetivação mais relevantes presentes nesse cenário destacam-se, nesta análise, a própria instituição hospitalar com suas normas e rotinas centralizadoras, o regime trabalhista característico da enfermagem, a hierarquia presente dentro da própria equipe, a doença câncer como um enlace com a rotina de trabalho, o branco como uniforme dos profissionais e sua relação com o poder, o gênero na categoria profissional da enfermagem, a linguagem técnica própria dos profissionais da saúde, a terminalidade como atravessador do cotidiano hospitalar e a idealização da profissão enfermagem. Todos esses elementos participam da produção de subjetividade nos sujeitos da enfermagem.

3.1. A instituição hospitalar como elemento de produção de subjetividade

Para Anunciação e Zoboli (2008), o hospital não deve ser considerado uma instituição qualquer devido a sua essência de trabalho que é a vida humana. Seu caráter empresarial não deve ser descartado, uma vez que o hospital é uma empresa prestadora de serviço e geradora de lucro. A instituição hospitalar privada também é uma empresa que se preocupa com questões financeiras e com sua receita mensal. Por sua vez, as normas e rotinas que devem ser seguidas, para que o trabalho hospitalar transcorra na melhor maneira possível, funcionam como normalizações. Essas normalizações dizem como o sujeito deve se comportar dentro do ambiente hospitalar. Assim, percebe-se que o conjunto de regras hospitalares normatizam o sujeito envolvido.

Para Foucault (2009), uma moral estabelecida, dentro de uma instituição, leva a uma ação esperada no que tange um conjunto de regras e normas. Esse tipo de alienação do sujeito é capaz de produzir subjetividade e, assim, interferir na própria identidade do profissional hospitalar. Por isso, Silva afirma que “o desgaste intenso da saúde do trabalhador do hospital deve ser principalmente à sua impotência frente a uma estrutura hierárquica centralizadora” (SILVA, 1998, p. 27).

Corroborando com a afirmativa acima, a rotina hospitalar e as relações existentes dentro desse cenário passam por várias etapas que acabam sempre gerando uma relação de poder entre os sujeitos. Mesmo uma relação de ajuda que permeia o trabalho da enfermagem pode ser vista como um exercício do poder do profissional para com o paciente. Essa relação, principalmente na oncologia, é estreitada por laços de apoio e solidariedade ao momento que envolve o outro. Assim, essa situação traz para o profissional de enfermagem sentimentos que o levam a entrar em contato com os próprios sofrimentos. Esse tipo de reação, na maioria das vezes, traz um imenso desgaste emocional para o indivíduo e chega até a interferir na sua vida pessoal. Os modos de subjetivação apresentados pelo trabalhador se fazem presentes em cada ação por ele praticada.

As relações de poder que perpassam a rotina de um hospital estão presentes em todas as tarefas que são realizadas pelos profissionais da enfermagem. O poder circula entre a relação entre médicos e enfermeiros, entre a própria equipe de enfermagem e entre a relação da enfermagem com o paciente, associada ao sentimento de ajuda e solidariedade. Para Foucault (1985), as relações de poder são designadas como uma relação entre pares, ou seja, um con-

junto de ações que se induzem e se respondem umas às outras. Com isso, ele aborda as especificidades das relações de poder. Ainda de acordo com Foucault:

O exercício do poder não é simplesmente uma relação entre “parceiros” individuais ou coletivos; é um modo de ação de alguns sobre outros. [...] o poder só existe em ato, mesmo que, é claro, se inscreva num campo de possibilidade esparso que se apóia sobre estruturas permanentes (FOUCAULT, 1985, p. 242).

Portanto, segundo as ideias de Foucault (1985), as relações de poder são estratégicas e acontecem diante da existência de uma rede de relações, ou seja, se não houver um sujeito em contato com outro, não haverá uma relação de poder. Essas relações existem no ambiente hospitalar desde seu “nascimento” como espaço de prática médica, como foi abordado anteriormente. A formação militar, o médico como detentor de todo saber e a enfermagem como categoria auxiliar aos trabalhos médicos são acontecimentos que marcaram fortemente as relações hospitalares. Até os dias atuais, há uma presença marcante do aspecto militar, há um enobrecimento do saber médico, e a enfermagem ainda é vista como ajudante nos procedimentos e condutas médicas.

Goffman (2008), em seus estudos sobre as instituições totais, faz uma análise do poder dentro das instituições e para ele o exercício do poder é uma relação que pode ser repressiva e até mutiladora do eu dos sujeitos subordinados a esse poder; as instituições totais fazem o papel de dominação dos sujeitos. Cada indivíduo envolvido num cenário institucional específico, como o hospital, apresentará em suas características comportamentos relacionados aos moldes institucionais. Ainda para o autor, as instituições totais conquistam “parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de ‘fechamento’” (GOFFMAN, 2008, p. 16).

Considerando os escritos de Goffman (2008), pode-se fazer um paralelo entre as instituições totais e as instituições hospitalares de caráter privado atualmente. A ideia de fechamento perpassa pela rotina hospitalar, uma vez que as normas centralizadoras e as ações praticadas pelos profissionais, com base nessas normas, produzem um “mundo” inerente do externo ao hospital. Tudo que acontece no seu cotidiano é específico das práticas hospitalares voltadas para a construção de um modelo de trabalho específico que caracteriza a vida intrahospitalar.

A organização do trabalho que atualmente existe nos hospitais pode trazer grande insatisfação para seus colaboradores e com ela uma grande dificuldade no dia a dia de trabalho. Muitas vezes, principalmente na área oncológica, os profissionais da enfermagem sentem necessidade de agir de formas diferentes para promover uma assistência de qualidade aos paci-

entes. A normalização das tarefas faz com que os profissionais percam parte de sua identidade e formem novas pessoas para servirem ao paciente internado. Baseando-se nessa ideia de fechamento proposta por Goffman (2008), há uma retomada da discussão de Foucault (2006) a respeito do panóptico de Bentham, mais uma vez caracterizando o poder exercido nas instituições hospitalares como um poder centralizador.

Com as atuais exigências para o setor hospitalar, tais como a inserção da acreditação de qualidade nesse contexto, os profissionais estão se tornando moldes de um “sujeito perfeito” para atender às necessidades do cliente. A rotina de trabalho deve seguir toda uma padronização, e os profissionais devem saber falar a mesma língua. Normalizações como essas acabam por produzir uma subjetividade moldada nas normas e regras impostas, fazendo com que os profissionais se afastem cada vez mais do sujeito de desejo que cada um deve ser. Essa vivência do cotidiano hospitalar que o profissional adquire faz com que a sua experiência de si seja modificada. Larrosa, citado por Araújo, afirma que

[...] a própria experiência de si não é senão o resultado de um complexo processo histórico de fabricação no qual se entrecruzam os discursos que definem a verdade do sujeito, as práticas que regulam seu comportamento e as formas de subjetividade nas quais se constitui a sua própria interioridade (LARROSA *apud* ARAÚJO, 2005, p. 24).

Formando-se um paralelo entre a experiência de si e as práticas realizadas pelos profissionais na instituição hospitalar, sabe-se que o sujeito da enfermagem possui uma história única desenvolvida no cotidiano profissional. Especificamente no contexto da enfermagem oncológica, o profissional se depara com situações que favorecem a modificação do seu eu, tais como a modificação da sua experiência de si.

3.2. Regime trabalhista e subjetividade na enfermagem

O trabalho hospitalar apresenta uma das mais complexas organizações da nossa sociedade e é caracterizado por uma divisão de trabalho mais determinada e também por abrigar uma infinita variedade técnica (COUTINHO NETO, 1998). A enfermagem é uma profissão que desempenha funções relativas ao cuidado. O trabalho da enfermagem é regulamentado

pela lei do exercício profissional (Lei nº 7498 de junho de 1986), que regulamenta e categoriza o exercício da enfermagem pela complexidade dos procedimentos realizados.

Para Lunardi Filho, Lunardi e Spricigo (2001), essa organização do trabalho idealizada pelo próprio trabalhador da enfermagem constitui-se em relações de trabalho que produzem a subjetividade do indivíduo, o seu modo de ser moral. Dentro do ambiente hospitalar, o enfermo necessita de cuidados durante todo o tempo, ou seja, durante todas as horas em que permanecer internado. No Brasil, o regime trabalhista mais comum para enfermagem é de 12 horas de trabalho diário (diurno ou noturno) seguidas de 36 horas de descanso. Queiroz (2008) afirma que a enfermagem é uma profissão com peculiaridades, tais como ser prestadora de cuidados ininterruptos durante 24 horas diárias e ser executora de cerca de 60% das ações de saúde dentro da instituição hospitalar. Essa realidade do serviço hospitalar leva o profissional a trabalhar muitas vezes em horários propícios ao descanso ou reservados ao lazer. Muitas pessoas sofrem em função desse problema e acabam produzindo sentimentos ou sensações que levam ao estresse em relação ao local de trabalho.

Um estudo avaliado por Barbosa e outros (2008) mostra que o efeito mais citado pelos profissionais que atuam na enfermagem no período noturno é a interferência no relacionamento familiar e social desse indivíduo. Esse efeito leva o profissional a ter restrições de atividades sociais e dificuldades de planejamento do cotidiano pessoal da vida. Souza (2007) afirma que o trabalho realizado em turnos pode se tornar um propulsor de doenças, por mais interessante e prazeroso que seja. Os indivíduos se sujeitam a esse tipo de trabalho, muitas vezes, por dificuldades financeiras. Corroborando com essa ideia, Pitta (1990) afirma:

O regime de turnos e plantões abre a perspectiva de duplos empregos e jornadas de trabalho, comum entre os trabalhadores da saúde, especialmente num país onde os baixos salários pressionam para tal. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que por si só danificam suas integridades física e psíquica (PITTA, 1990, p. 59).

3.3. Hierarquia na enfermagem como elemento de produção de subjetividade

Considerando o trabalho da enfermagem desde a época de Florence Nightingale, as atividades intelectuais voltadas para a enfermagem começaram a ser praticadas pelas damas da sociedade, ou seja, por mulheres com um nível cultural mais alto e com boa educação tidas

como possuidoras de boa moral e conduta ética. Eram chamadas de *ladies nurses*, as enfermeiras na sociedade atual. Na continuidade do trabalho braçal, manual, estavam as mulheres pertencentes a uma classe social mais baixa. Esse tipo de trabalho não exigia uma capacidade cognitiva especializada de quem o executava. Portanto, essas profissionais eram denominadas *nurses*, que são as auxiliares e/ou técnicas de enfermagem de hoje. Com essa distinção, a profissão enfermagem passou a ser mais intelectualizada e especializada, o que não é muito diferente das práticas atuais. O que vemos hoje é uma fragmentação da classe enfermagem em que as enfermeiras são possuidoras de um saber mais especializado, e os técnicos, de um saber mais tecnicista e ao mesmo tempo são responsáveis por atividades mais braçais.

Assim, segundo Lunardi e outros, “o modo como o trabalho da enfermagem está organizado tem implicações para os trabalhadores e para os clientes assistidos e cuidados, no que se refere aos sofrimentos que poderiam ser evitados” (LUNARDI *et al*, 2007, p.02). Ainda segundo os mesmos autores:

[...] sentimentos de sofrimentos foram associados a mágoas, diante das avaliações de seu trabalho, sem considerar as condições em que é realizado; [...] à necessidade de cumprir o que reconhecem como incoerências administrativas, quanto a rotinas, normas e punições; à impotência, culpa e medo, diante da impossibilidade de executar o que consideram como o correto e de manifestar movimentos de resistência explícita, frente ao risco de punição; [...] à falta de respeito dos médicos, exarcebada em situações de emergência, conduzindo a um clima de intranquilidade e pavor, dentre outros (LUNARDI *et al*, 2007, p. 3).

A hierarquização dos serviços existe e muitos desses profissionais aproveitam dessa realidade para exercerem o poder a fim de demonstrarem a posição hierárquica que ocupam, levando à construção de subjetividades nos indivíduos que acabam por prejudicar o lado profissional e mesmo a vida pessoal de cada um. Nesse sentido, Nogueira citado por Pitta afirma que

[...] a decomposição do processo de trabalho em tarefas isoladas é acompanhada de uma integração através de uma hierarquia de profissionais e serviços que se constitui no fundamento da produtividade do setor, e dependendo ainda, substancialmente, do conhecimento e destreza do trabalhador (NOGUEIRA *apud* PITTA, 1990, p.48).⁴

⁴ Pitta, A. **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990. 189p.

Em sua pesquisa, Pitta (1990) conclui que, entre aqueles profissionais considerados sintomáticos, estão os que julgam as tarefas de trabalhos inadequadamente divididas, ou seja, existe uma hierarquização das tarefas que não está adequada para aqueles que se encontram em sofrimento devido ao trabalho realizado. No mesmo estudo, a autora considera a presença da “chefia” como fator estressante para os trabalhadores da enfermagem. Ela conclui que a pressão excessiva do chefe sobre os trabalhadores é considerada tensiogênica, uma vez que gera uma sobrecarga de tensão sobre os indivíduos. Mas, a falta da chefia também gera um estresse na equipe, causada pelo abandono e conseqüente ausência de supervisão e acompanhamento das rotinas de trabalho.

Com isso, percebe-se que a hierarquização das tarefas no cenário da realidade da enfermagem gera sofrimento e angústias no trabalhador que, possivelmente, trarão prejuízos psíquicos e mesmo físicos para a saúde deles. Lunardi Filho, Lunardi e Spricigo (2001) alegam que a divisão técnica do trabalho persegue uma produção de uma política de poder, cujos efeitos são a prescrição, o ordenamento e a regulação da conduta do trabalhador, o que na rede hierárquica é chamado de desempenho profissional.

3.4. O câncer como elemento produtor de subjetividade

O câncer é um conjunto de doenças que tem afetado cada vez mais um grande número de pessoas em todo o mundo. O Instituto Nacional do Câncer (Inca), a cada ano, publica uma edição das estimativas do câncer no Brasil. Os números são assustadores. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2020 mais de dezesseis milhões de novos casos de câncer serão notificados. Com esse aumento considerável no número de pacientes com o diagnóstico de neoplasias, conseqüentemente, o número de profissionais atuantes nessa área também aumentará. Segundo Stumm, Leite e Maschio (2008), a enfermagem que presta assistência ao doente oncológico deve estar preparada para esse quadro. Essa assistência requer habilidades, conhecimentos e responsabilidades, não técnicos, mas emocionais, psicológicos e até espirituais.

Uma pessoa portadora de câncer carrega com o diagnóstico uma bagagem associada à dor, à morte e ao sofrimento. A equipe de enfermagem deve saber entender essas questões pessoais do paciente oncológico e, baseando-se nessas necessidades, planejar uma assistência adequada a esse tipo de paciente. Tal assistência traz para a equipe de enfermagem, na maio-

ria das vezes, um grande envolvimento com os pacientes, favorecendo uma identificação com a situação em que esse indivíduo se encontra. Essa identificação é capaz de proporcionar ao profissional de enfermagem angústia, sofrimento, tristeza, falta de motivação e até ser capaz de causar-lhe um estado depressivo permanente. Para Avellar, Iglesias e Valverde (2007), “o envolvimento com o paciente é percebido como algo desgastante, especialmente nos casos em que a possibilidade de cura é remota; traduz-se em sentimentos de impotência, frustração, tristeza e chateação” (AVELLAR; IGLESIAS; VALVERDE, 2007, p. 479).

Cuidar de pacientes oncológicos produz uma subjetividade no profissional de enfermagem capaz de alterar o seu cotidiano. Trabalhar diariamente tendo o câncer como companheiro é, sem dúvida, um fator estressante no cotidiano da enfermagem oncológica. Ainda hoje o câncer é uma doença que está fortemente associada à morte. Lidando com esta perspectiva diária, o profissional se depara com a falha no seu objetivo de trabalho que é promover a vida daqueles que precisam de cuidados de enfermagem. Pitta (1990) alega que os profissionais de enfermagem lidam com uma rotina de trabalho cheia de expectativas em relação a situações de emergência, concentração de pacientes graves, pacientes sujeitos às internações prolongadas, doentes sujeitos ao isolamento e mudanças súbitas no comportamento e no estado geral. Ainda de acordo com a autora, todos esses fatores combinados colaboram para a formação de um ambiente de trabalho estressante e mais susceptível à formação de um cenário emocional comprometido entre a equipe de enfermagem.

Este tipo de realidade da rotina profissional exige do trabalhador uma saúde física e psíquica em perfeita condição. Muitas vezes, isso não é possível até pelo próprio ambiente de trabalho que obriga o profissional a manter contato com “internações prolongadas, impotência diante da doença, revolta pela morte do paciente, falta de conhecimento na área e sobrecarga de trabalho em cima daqueles mais qualificados” (FERREIRA, 1996, p. 250).

3.5. O vestir branco como elemento de produção de subjetividade

O uniforme da equipe de enfermagem é um assunto discutido desde o início da enfermagem como profissão. Já passou por vários moldes, influenciado por modelos norte-americanos, e também por várias cores. Atualmente, o branco é a cor de primeira escolha no vestuário da enfermagem, tanto hospitalar como extra-hospitalar. Segundo Cordeiro e outros:

A palavra branco vem do germânico *blank*, ou seja, brilhante. A cor branca é a junção de todas as cores e simboliza luz ou a ausência de cor. Para os ocidentais significa a vida e o bem, e para os orientais a morte e o fim. O branco é associado a: harmonia, casamento, modéstia, primeira comunhão, paz, limpeza, inocência, alma dentre outros (CORDEIRO *et al.*, 2008, p. 5).

No contexto hospitalar, o branco remete a certa posição de poder em relação aos outros profissionais. Julga-se que o indivíduo que usa roupa branca como uniforme de trabalho, dentro do hospital, é detentor de um saber diferenciado. Nas relações de poder foucaultianas, o saber é um elemento produtor de poder e, conseqüentemente, aquele que possui o saber possuirá o poder.

O uso do jaleco branco remete também a uma relação hierarquizante no cenário hospitalar. O jaleco de mangas compridas, geralmente, é usado pelos profissionais que ocupam um lugar de chefia ou são possuidores de poder. Portanto, observando o uso do uniforme hospitalar, percebe-se a escala hierárquica que se encontra dentro da instituição hospitalar, ou seja, aqueles que não usam jalecos de mangas longas não são pessoas detentoras do poder. Para Salgueiro (2000), o uniforme utilizado no ambiente hospitalar não exerce preferencialmente uma função de proteção, mas remete a uma imagem social específica de quem o usa. Para a autora, o branco começou a ser usado no interior hospitalar na década de cinquenta e simbolizava uma imagem imaculada, de higiene perfeita.

No contexto da enfermagem, a utilização do uniforme branco remete a uma imagem daquele que cuida e que presta cuidado aos outros. O branco é visto como uma cor associada ao lado maternal do cuidado. Portanto, o uniforme é um componente de subjetivação não negligenciável no contexto hospitalar, carregando variadas funções, desde afirmação hierárquica até construção de expectativas idealizadas associadas ao cuidado e à higiene.

3.6. Gênero, idealização e subjetividade

A enfermagem como categoria profissional é considerada uma profissão tipicamente feminina; encontra-se um número consideravelmente maior de mulheres trabalhando do que homens. Esse fator se torna muito importante quando a enfermagem lida com pacientes terminais, como é o caso da oncologia, levando-se em consideração a subjetividade presente

nesse cotidiano. Pitta alega que “uma questão de gênero sempre se impôs e o trabalho da enfermagem desde sua origem tem sido tipicamente feminino” (PITTA, 1990, p.53).

Como o cuidado é a essência do trabalho da enfermagem, pode-se assemelhar a figura feminina à assistência de enfermagem, lembrando-se do cuidado domiciliar, prestado pela mãe ou pela matriarca da família. Corroborando com tal afirmativa, Pereira afirma:

Podemos tratar a enfermagem [...] como uma profissão, a partir de Florence Nightingale, inventada e naturalizada na cultura moderna ocidental para mulheres, produzindo representações culturais feminizadas, divergindo as expectativas do gênero masculino, das profissões tidas como sendo masculinas (PEREIRA, 2008, p. 34).

Ainda de acordo com Moreira (1999), o hospital é como se fosse uma casa grande para o papel da mulher, a enfermeira. É lá que ela desenvolve práticas de cuidado, gestão e organização. A mulher, no ambiente hospitalar, expõe características subjetivas mais claras do que o homem pela própria facilidade emotiva que possui.

Não se acanha quanto ao choro, quanto aos sentimentos de tristeza e quanto ao seu sofrimento. Além disso, a mulher desenvolve um tipo de cuidado emocional que acolhe o enfermo oncológico devido a sua característica maternal. Com isso Pereira (2008) enfatiza que a sociedade exige para profissões como a enfermagem pré-requisitos como bondade, amor, delicadeza, abnegação, caridade e emoção. Todas essas exigências são tidas como características femininas e, por isso, fazem da enfermagem uma profissão voltada para as artes femininas e para os cuidados maternos.

Mas os profissionais que atuam nessa categoria se enxergam dessa maneira? No exercício da profissão, o cuidado é algo estritamente associado a práticas de caridade? A maioria dos indivíduos que escolhe a profissão enfermagem é contaminada pelo conceito que a própria formação e a sociedade impõem a esse grupo. A idealização de que a profissão é um método de cuidar do outro e assim se tornar um profissional do cuidado com o intuito de preservar vidas está enraizada na cultura populacional. Tal fato pode ser comprovado ao se acompanharem alunos de graduação em enfermagem. De acordo com os escritos de Rosa e Lima, “durante os estágios da graduação, o aluno vivencia situações que fogem à realidade da profissão, como o fato de prestar cuidados a um único paciente, alimentando a visão idealizada da assistência direta” (ROSA; LIMA, 2005, p. 125).

Caponi contradiz a ideia acima ao afirmar que “essa bondade que agora precisa ser obsessivamente declarada e insistentemente enunciada pode converter-se em seu oposto: na hipocrisia, na falsidade, na perseguição” (CAPONI, 2004, p. 43). Ainda, segundo a autora, os

cuidados realizados pelos profissionais de saúde, em especial pelos sujeitos da enfermagem, sempre se afirmaram e se afirmam pela forma do humanismo, da compaixão, da piedade e do bem-estar do outro, mas podem designar relações de poder entre os profissionais e os doentes ou mesmo entre os doentes e os profissionais.

Num contexto hospitalar, o poder circula na maioria das relações existentes. Ao sentir compaixão e piedade para com outro, o profissional pode expressar uma relação ambígua com este. Ações voltadas para promoção do conforto podem, ao mesmo tempo, auxiliar no tratamento terapêutico do doente como podem demonstrar um posicionamento superior em relação ao saber técnico do profissional.

3.7. A linguagem técnica como produtora de subjetividade

Para Macedo e colaboradores, a linguagem explica a determinação de vários fenômenos e conceitos. Ainda para os autores:

[...] a palavra é uma espécie de ponte lançada entre um ou mais locutores e um ou mais interlocutores. [...] é o modo mais puro e sensível de relação social, configurando-se como fenômeno ideológico, por excelência (MACEDO *et al*, 2008, p.649).

A linguagem utilizada dentro do contexto hospitalar é uma forma das pessoas se relacionarem de modo muito particular. Especificamente, no contexto da enfermagem oncológica, muitas vezes, o uso de termos técnicos possibilita ao profissional um afastamento da realidade vivenciada pelo paciente terminal, mostrando uma imensa fragilidade ao lidar com a morte do outro. Outro aspecto importante que perpassa pelo elemento linguagem é o poder exercido perante o doente ao utilizar termos indiferentes ao seu entendimento. Esse tipo de abordagem demonstra a detenção do saber por parte do profissional em relação ao internado. Além disso, a linguagem técnica sugere que o paciente deve recorrer a esse profissional em casos de dificuldades de adaptação dentro do ambiente hospitalar. Essa particularidade vivida pela equipe de enfermagem denota modos de subjetivação demonstrados por eles de alguma forma, seja da forma negativa ou por meio da hierarquização dos papéis.

A linguagem também pode aparecer no dia a dia da enfermagem oncológica como uma forma de demonstrar o poder existente nos profissionais de saúde. Tal poder está vincu-

lado ao saber do profissional que, perante o paciente, é o maior conhecedor das informações obtidas no ambiente hospitalar. Foucault (2006) afirma que o poder está diretamente relacionado ao discurso do sujeito. Ainda para o mesmo autor, “o poder é alguma coisa que opera através do discurso. O próprio discurso é um elemento em um dispositivo estratégico de relação de poder” (FOUCAULT, 2006, p. 253).

Esse exercício do poder por meio da linguagem acontece principalmente no momento de comunicação do diagnóstico. Nessa situação, o profissional representa, literalmente, o papel de detentor de todo o saber e é como aquele que sabe o melhor para o paciente nesse momento. Na grande maioria das vezes, o responsável por essa comunicação é o médico, mas a equipe de enfermagem possui um papel delicado, uma vez que os pacientes não costumam questionar ou ir contra o conceito médico. É aí que a enfermagem entra, como uma mediadora das necessidades dos portadores de neoplasia. Para Ramalho e Martins (2007), em relação ao diagnóstico, tanto o paciente quanto a família e os profissionais envolvidos se encontram em uma situação de extrema vulnerabilidade. Sentimentos de insegurança, frustração, medo e incerteza rondam esse momento e cabe à enfermagem o papel de empoderamento e apoio ao doente e à família.

3.8. A terminalidade como produtora de subjetividade

A situação de morte iminente de um paciente, num processo relativamente lento, produz angústia e sensação de fracasso para a equipe que o assiste (SADALA; SILVA, 2008). Lidar com pacientes oncológicos tem sido um fator considerado extremamente estressante para os profissionais de enfermagem, uma vez que câncer e terminalidade são dois conceitos que estão interligados. Tal tipo de ocupação tem exigido uma carga emocional grande por parte dos profissionais hospitalares. Com o avanço da medicina e das práticas de saúde, fazendo dessas práticas urbano-cêntrica e hospitalocêntrica, o hospital se tornou um local privilegiado para a morte, tornando-se por isso impossível se evitar a morte no ambiente hospitalar.

Para Faria e Maia (2007), com o trabalho em meio ao paciente oncológico, a morte é vista como um fator que permeia a discussão do estresse em relação ao profissional de enfermagem. Ainda segundo os autores acima, tal relação permanece dentro da sociedade devido à

responsabilidade atribuída ao profissional de enfermagem que é a manutenção da vida do paciente. A partir do momento em que essa missão não pode ser cumprida, surgem ansiedades, angústias e frustrações perante a prática realizada.

Apesar de a morte ser um fato consumado, nós, seres humanos, não estamos acostumados a lidar com essa questão. Para Gargiulo e outros “[...] talvez seja por isso que os profissionais de enfermagem, apesar de discussões sobre morte e morrer, não estão preparados para atender no processo de morte” (GARGIULO *et al*, 2007, p.700). O estudo realizado por Sadala e Silva (2008) mostra que a ideia da morte e do morrer do paciente desvela-se em perspectivas particulares, ou seja, para cada indivíduo, a interpretação do significado da morte é diferente. O mesmo estudo também mostra que, para alguns profissionais, a morte tem o sentido de continuidade da vida, para outros não remete a sentimento algum, para outros significa alívio da dor do paciente, mas para alguns remete ao pensamento da própria morte.

Concordando com a ideia acima, Varella afirma que “a reação individual diante da possibilidade concreta da morte é complexa, contraditória e imprevisível” (VARELLA, 2008, p.8). A realidade profissional associada à terminalidade de pacientes oncológicos é extremamente árdua para a equipe de enfermagem que está tão diretamente envolvida com os doentes. Recco e Pinto (2005) afirmam que a equipe de enfermagem oncológica está exposta no seu dia a dia a situações geradoras de conflitos por múltiplas razões, entre elas o encontro direto com a morte, o trabalho constante com doentes graves, o que leva a um envolvimento maior da tristeza que envolve a situação. Tal cenário é visto como dificultador da prática profissional de enfermagem quando o doente se encontra em fase terminal, o que leva a um sentimento de impotência por parte da equipe que assiste este enfermo.

4. O CAMINHO METODOLÓGICO

A escolha de uma metodologia depende do objeto e do tipo de questões a que se propõe (JACQUES, 1993). Portanto, para alcançar os objetivos propostos neste estudo, optou-se por realizar uma pesquisa de caráter qualitativo.

Segundo Martins:

A pesquisa qualitativa é definida como aquela que privilegia a análise de micro-processos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados, e caracterizada pela heterodoxia no momento da análise (MARTINS, 2004, p. 289).

O campo empírico da pesquisa foi um hospital de grande porte, localizado em Belo Horizonte/MG. A referida instituição possui um caráter privado (mas com atendimento em parceria com o SUS) e com conceituação de hospital geral, ou seja, é apto a atender às diversas especialidades da área da saúde. O ambulatório de oncologia foi escolhido para a realização da pesquisa, pelo fato de, nesse setor, os profissionais terem um maior contato com pacientes oncológicos. Assim os processos de subjetivação decorrentes desse encontro estariam presentes mais claramente durante a jornada de trabalho da equipe de enfermagem.

No primeiro momento, procurou-se a coordenação do Ambulatório de Oncologia da referida instituição a fim de explicar os objetivos da pesquisa e obter o consentimento para a sua realização. Com isso, pôde-se realizar a entrega do projeto referente a esta dissertação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do próprio hospital. Após a aprovação do CEP, foi feito um contato com as enfermeiras responsáveis pelo ambulatório de oncologia a fim de solicitar a ajuda delas para a realização da pesquisa. Foi garantido aos participantes o anonimato na pesquisa e somente a pesquisadora teria acesso às suas identificações. Os dados coletados serão arquivados e guardados em poder da pesquisadora num prazo de cinco anos para quaisquer esclarecimentos.

4.1. Instrumentos de coleta de dados

No primeiro momento da coleta de dados, realizou-se a observação participante da equipe de enfermagem oncológica com anotações em diário de campo, a fim de perceber as questões subjetivas durante a jornada de trabalho do referido grupo. A escolha desse primeiro instrumento técnico foi devido à necessidade de haver um conhecimento do campo empírico e dos sujeitos participantes da pesquisa. Tal elemento resumiu-se na observação da rotina de trabalho da equipe de enfermagem oncológica sem levantar questões sobre a referida rotina e o trabalho dos integrantes da equipe. Realizou-se tal procedimento durante dois plantões diurnos, pois é durante a jornada de trabalho do dia que a equipe de enfermagem tem um maior contato com os pacientes oncológicos. As observações foram realizadas sempre às terças-feiras, a fim de possibilitar uma igualdade de procedimentos, o que na prática não foi confirmado. A segunda observação se deu numa terça-feira, após um feriado nacional e por isso o setor encontrava-se fora de sua rotina habitual. O número de pacientes era maior do que nas terças-feiras habituais, e os profissionais estavam sobrecarregados de tarefas. Os fatos observados durante esses dois plantões foram anotados em um diário de campo, a fim de compor os dados da pesquisa para posterior análise.

Nessa observação, a pesquisadora percebeu certo estranhamento por parte dos profissionais do ambulatório. Em função dessa percepção, houve uma tentativa de idealizar a rotina de trabalho em virtude desse “olhar estrangeiro” (ARAÚJO, 2005, p. 53) presente durante o decorrer do dia, sem sequer alterar a percepção da pesquisadora. De acordo com as ideias de Boni e Quaresma (2005), a observação é considerada um instrumento para a coleta de dados, possibilitando ao pesquisador um encontro com a realidade sobre o tema a ser pesquisado. Ainda segundo Lakatos citado por Boni e Quaresma, a observação auxilia o pesquisador a “identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento” (LAKATOS *apud* BONI; QUARESMA, 2005, p.71) ⁵.

No segundo momento da coleta de dados, a pesquisadora utilizou entrevistas semiestruturadas com a equipe de enfermagem oncológica do Hospital Felício Rocho, totalizando

⁵ BONI, V; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **EmTese**, Florianópolis, v.2, n.1, p. 68-80, jan./jul. 2005.

oito entrevistados, podendo mais uma vez atentar às questões subjetivas presentes em cada integrante da equipe. Toda a equipe é composta de 10 profissionais, mas, durante a observação participante, foram selecionados alguns integrantes da equipe que se mostraram mais sensibilizados com a situação dos pacientes terminais. Tal escolha se justifica pelo tema principal da pesquisa que perpassa pelo comportamento dos integrantes da equipe de enfermagem, adiante da terminalidade de um paciente oncológico. Além disso, uma componente da referida equipe se encontrava afastada de suas atividades laborais por motivo de doença.

Para a realização da entrevista, foi elaborado um roteiro flexível e passível de alterações, pautado por temas de interesse dessa pesquisa. Tal roteiro segue em anexo (anexo A) ao final desta dissertação. Como critério de inclusão das entrevistas, foi utilizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para melhor esclarecer a utilização da pesquisa semiestruturada em pesquisas qualitativas, Turato afirma:

A escolha pela entrevista semidirigida, como instrumento auxiliar para a pesquisa clínico-qualitativa, dá-se então pelo motivo de que ambos os integrantes da relação têm momentos para dar alguma direção, representando ganho para reunir os dados segundo os objetivos propostos (TURATO, 2003, p.313).

De acordo com a prática profissional da pesquisadora, acredita-se que, na área de oncologia, em especial lidando com pacientes terminais, o profissional leva um tempo para se envolver e apresentar reações relativas ao sofrimento daquele paciente. Portanto, estimou-se como tempo de experiência mínimo, nesse campo empírico, seis meses para a participação do profissional de enfermagem na entrevista semiestruturada pertencente a este estudo.

4.2. Exploração do campo empírico⁶

O ambulatório de quimioterapia do hospital onde foi realizada a pesquisa está situado em seu interior. Os pacientes portadores de câncer são o público-alvo desse setor, tendo em vista o atendimento público e privado, ou seja, pacientes conveniados ao SUS e pacientes portadores de planos privados de saúde são atendidos no ambulatório.

⁶ Dados obtidos através da observação e com anotação em diário de campo.

Tal setor possui 21 leitos para o atendimento aos pacientes em tratamento com a quimioterapia. Desses, seis leitos são destinados aos pacientes mais debilitados e, por isso, são considerados leitos isolados. No ambiente há uma cama e uma cadeira para a acomodação de um acompanhante. Os outros 15 leitos são cadeiras de infusão⁷ dispostas em círculo para uma melhor visão dos profissionais. Acima dessas cadeiras, há um quadro branco para que o nome do paciente seja escrito e dois televisores estão disponíveis para distrair os pacientes e acompanhantes. Nos leitos isolados, não há televisores. Dois postos de enfermagem estão localizados no setor para uma melhor distribuição do espaço de trabalho da equipe. Um posto está mais próximo dos leitos isolados, e o outro, mais próximo do salão de infusão. O atendimento médico é feito em salas separadas e externas ao salão.

A equipe da saúde responsável pelo atendimento a esses pacientes é composta de médicos oncologistas e hematologistas, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, técnicos de farmácia, auxiliares administrativos e auxiliares de serviços gerais. Todos esses profissionais são treinados e capacitados a lidarem com as especificidades que a clínica e o tratamento oncológico oferecem. Os sujeitos de estudo dessa pesquisa são os profissionais de enfermagem que atuam no ambulatório de oncologia. A equipe de enfermagem é composta de duas enfermeiras e oito técnicos de enfermagem, distribuídos em quatro plantões de 12 horas. A carga horária de trabalho das enfermeiras está distribuída em 8 horas diárias de segunda a sexta-feira. Além dessa equipe, acadêmicos de enfermagem e residentes médicos em oncologia e hematologia exercem suas atividades nesse setor. Os acadêmicos de enfermagem são provenientes da Universidade Federal de Minas Gerais, que tem convênio com o referido hospital para a realização de estágios curriculares.

Durante o plantão diurno, a equipe de enfermagem fica responsável pela assistência prestada aos pacientes do ambulatório e pela infusão da quimioterapia aos pacientes internados nos andares do hospital. A responsabilidade de preparo da quimioterapia é dos técnicos de farmácia, sendo supervisionado pela farmacêutica. A infusão da medicação, dentro do ambulatório, é de responsabilidade das enfermeiras, que, além disso, supervisionam e gerenciam a equipe de enfermagem. Os técnicos de enfermagem, que tem a responsabilidade do trabalho técnico, iniciam a infusão da medicação aos pacientes internados.

Durante o período noturno, os enfermeiros plantonistas do hospital são responsáveis pelos profissionais de enfermagem do ambulatório. Os técnicos de enfermagem dos plantões

⁷ Cadeiras de infusão são assentos próprios para os pacientes que fazem o tratamento quimioterápico.

noturnos são responsáveis por terminarem as infusões presentes no ambulatório, além de manterem a infusão das medicações aos pacientes internados. Não há atendimento ambulatorial no período noturno.

Os pacientes oncológicos, às vezes, permanecem internados nos leitos isolados do ambulatório. Tal fato, eventualmente, acontece, por falta de leitos nos andares do hospital. Em função dessa situação, os técnicos de enfermagem do período diurno e noturno são responsáveis pelos cuidados prestados a esses pacientes; as enfermeiras do ambulatório responsáveis pela supervisão e gerenciamento desses cuidados. Essa característica é uma especificidade desse ambulatório. Tal fato traz para o cotidiano desse ambulatório de oncologia a presença do processo de morrer e da terminalidade de alguns pacientes.

4.3. Tratamento e análise dos dados

Após a realização das entrevistas, elas foram transcritas para facilitar a leitura deste *corpus* de análise. A transcrição foi feita em arquivo *word* e transformada em textos que foram analisados. Para isso, foi utilizada a análise do conteúdo por acreditar que a subjetividade de um indivíduo está diretamente envolvida com o processo de linguagem. Para Laville e Dione, o princípio da análise do conteúdo perpassa

[...] por um estudo minucioso de seu conteúdo, das palavras e frases que o compõem, procurar-lhes o sentido, captar-lhes as intenções, comparar, avaliar, descartar o acessório, reconhecer o essencial e selecioná-lo em torno das ideias principais... É este o princípio da análise de conteúdo: consiste em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação (LAVILLE; DIONE, 1999, p. 214).

A análise de conteúdo foi representada nessa pesquisa pela análise temática de dados, que, segundo Kind, parte do princípio de que “os textos registrados a partir da coleta de dados podem ser organizados em categorias e subcategorias, que expressam temas identificados pelo pesquisador no processo de análise” (KIND, 2007, p. 2-3). Numa primeira leitura do *corpus* de análise, focaram-se as possíveis hipóteses que poderiam surgir com base nas falas dos entrevistados. Tais suposições auxiliaram na elaboração do processo de análise. Após esse momento, realizaram-se leituras exaustivas do conteúdo e uma consequente categorização do texto. Quatro categorias foram elaboradas para compor o processo de análise: a relação do

profissional de enfermagem com os pacientes, as dimensões institucionais presentes no trabalho da enfermagem oncológica, as associações dos profissionais de enfermagem com o câncer e a perspectiva diante da terminalidade como rotina de trabalho.

Essas categorias foram de fundamental importância para a “leitura” diferenciada dos relatos proporcionados à pesquisadora. Assim os processos de subjetivação apresentados pelos profissionais dessa equipe de enfermagem puderam ser percebidos e identificados. Pela variedade de assuntos abordados na entrevista, surgiu-se a necessidade de agrupar os relatos dos participantes em subcategorias. Esse método também facilitou a análise e a compreensão da individualidade de cada um dos profissionais entrevistados. Após a categorização dos dados, um texto de análise foi construído em diálogo com a literatura encontrada, dando maior credibilidade aos dados analisados. Ao final do processo de análise, a ideia de subjetivação foi retomada e associada com o que apareceu em cada categoria analisada.

5. UNIDADES ANÁLITICAS DOS DADOS

O trabalho em oncologia requer muita habilidade e dedicação por parte dos profissionais, principalmente quando se trata de um doente em fase terminal. Estar em contato com alguém que vivencia a morte tão próxima é também reviver os objetivos de vida que cada sujeito possui. Antes de se analisarem os dados pertencentes a essa pesquisa, é necessário conhecer os sujeitos envolvidos nesse trabalho.

A equipe de enfermagem do referido campo empírico é relativamente nova, com poucas pessoas antigas em sua composição. Isso se dá devido à alta rotatividade de profissionais nesse setor, provavelmente relacionada com as próprias especificidades da clínica oncológica ou mesmo com as dimensões institucionais características de um hospital privado. No campo empírico analisado, os profissionais com mais tempo de experiência fazem parte dos plantões noturnos. Tal fato pode sugerir que isso seja uma boa estratégia para manter a qualidade da assistência aos pacientes, uma vez que, no período noturno, há uma redução do quadro de enfermeiras, dificultando, assim, a gerência do cuidado prestado.

Na referida equipe, a diferença de idade e o tempo de experiência no serviço é um dado relevante, pois, durante a coleta de informações, percebe-se que as pessoas mais velhas e mais experientes são mais seguras em relação ao tema da pesquisa. A capacitação da equipe técnica é feita periodicamente pelas enfermeiras do próprio setor. Para tanto, segue-se uma tabela com os dados de cada um deles.

TABELA 1: Sujeitos da Pesquisa

Função	Idade	Tempo de serviço
Enfermeira (E1)	27 anos	1 ano
Enfermeira (E2)	26 anos	8 meses
Técnica de enfermagem (T1)	25 anos	5 anos
Técnica de enfermagem (T2)	23 anos	1 ano
Técnico de Enfermagem (T3)	32 anos	1 ano
Técnica de Enfermagem (T4)	25 anos	6 meses
Técnica de Enfermagem (T5)	44 anos	17 anos
Técnica de Enfermagem (T6)	45 anos	12 anos

Fonte: Dados da pesquisa.

5.1. A relação dos profissionais de enfermagem com os pacientes

Relacionar-se com pacientes portadores de uma doença oncológica é parte da rotina profissional daqueles que atuam em oncologia. O doente com câncer tem sua vida transformada após se deparar com o diagnóstico e, por isso, várias são as necessidades por ele apresentadas. A equipe de enfermagem oncológica, diante desse contexto, torna-se um para-raios de sentimentos e emoções dos pacientes e seus familiares. Tais sensações aumentam quando o dia a dia de trabalho envolve pacientes em estágio terminal.

O contato com a terminalidade da vida do paciente traz para a enfermagem efeitos importantes para a vida particular e profissional de cada um dos profissionais. Na maioria das vezes, lidar com a morte significa aproximar-se do próprio sofrimento em virtude da relação que se cria com o paciente. Um dos sujeitos entrevistados faz esta afirmativa:

Lidar com a morte é muito complicado, né? Eu falo que a gente é ser humano, então a gente sofre muito, tem paciente que se a gente tá perto, a gente se impacta, tem paciente que a gente já espera (T1).

Corroborando com a afirmativa anterior, Kübler-Ross (2008) afirma que trabalhar tão próximo da morte faz com que angústias, tristezas e até quadros depressivos apareçam no cotidiano de trabalho. Ao analisar os dados colhidos com as entrevistas, percebem-se vários aspectos dos profissionais e da instituição hospitalar que permeiam a relação do profissional com o paciente oncológico. Isso pode ser ilustrado nas falas a seguir:

Então, as vezes a gente pensa que (pausa) a quimio as vezes é... (pausa) decai tanto o paciente, ele perde tanta coisa da vida, tem paciente que abandona o caso para viver o resto de vida que tem, né? Agora um paciente que você sabe que está em estado bom, tem que a chance de cura, né? Mesmo que seja por um período (????) e saber que a pessoa desistiu, aí é muito triste, né? Porque você vê tanto paciente em estágio IV lutando por uma coisa que é só para melhorar, é só para sarar a dor, é só para viver mais um pouquinho e se paciente desiste é um pouco frustrante para gente (T1).

[...] muitas vezes eu já saí daqui do hospital, eu já até conversei com a psicóloga e tudo, a gente tinha esse acompanhamento. A sensação que a gente tem é que o trabalho da gente foi em vão, e ela dizia pra gente que não... que o que a gente for fazer é da melhor qualidade, mas tipo assim é pensar que puxa vida eu trabalhei, eu ganhei dinheiro e perdi, entendeu? (T5).

Os aspectos apresentados nesta pesquisa acabam por interferir na relação do sujeito “enfermagem” com o sujeito “paciente” facilitando ou dificultando essa relação. Entre esses fatores, os tidos como aqueles que atrapalham a relação do profissional com o paciente apareceram mais vezes devido à associação de trabalho em oncologia e sofrimento profissional. Rodrigues e Chaves confirmam essa afirmativa ao relatarem que “na especialidade oncologia, são muitos os fatores que podem conduzir o profissional de enfermagem ao estresse ocupacional” (RODRIGUES; CHAVES, 2008, p. 24). Tais fatores se relacionam com a angústia e com o sofrimento do profissional diante da situação vivida pelo paciente oncológico. Estresse profissional, distanciamento do paciente, identificação com a doença câncer, idade do paciente atendido e maternidade das profissionais são fatos relacionados aos sujeitos que dificultam a relação dos profissionais com os pacientes. A sobrecarga de trabalho, o excesso de tarefas, a hierarquização da equipe estão relacionados à instituição hospitalar.

Durante as entrevistas, aspectos que facilitam o manejo dos profissionais com os pacientes oncológicos também foram citados. Religiosidade do profissional, vínculo afetivo do trabalhador da enfermagem com o paciente, mudança pessoal do profissional são exemplos de aspectos enfatizados pelos entrevistados que aproximam o profissional do doente portador de neoplasias.

5.1.1. Aspectos subjetivos que interferem no enfrentamento por parte dos profissionais das questões dos doentes oncológicos

O dia a dia com os pacientes oncológicos oferece uma demanda conturbada e repleta de sentimentos contraditórios para os profissionais de enfermagem. Lidar com a proximidade da morte e ao mesmo tempo com a esperança de cura são opostos que fazem a equipe de enfermagem produzir sentimentos como angústias, tristezas, depressão, alegrias e até realizações. Pode-se perceber essa contradição na fala de T1:

A gente não difere paciente de SUS e de convênio, porque todo ser humano deve ser tratado como único e nesta situação tem paciente que não tolera, acha que a gente tem culpa do problema, tudo, mas tem paciente que não, que quer o nosso carinho. É um momento muito difícil e eu falo para as pacientes que a luta não é só dele, a luta é minha, é da família, dos médicos, né? Ele tendo a melhora eu sei que eu contribui para isso. Eu até brinco com eles que eu faço parte da família deles. Assim, a gente pega um paciente, a gente sofre junto, a gente vê a melhora do paci-

ente, a gente fica muito feliz, porque é se dar a um paciente que você sabe que pode morrer, né? (T1)

A fala acima mostra o sentimento contraditório de um profissional de enfermagem diante de um paciente oncológico. Ora este mostra angústia, sofrimento e tristeza diante da circunstância dos pacientes em sofrimento, ora mostra alegria pela melhora do outros pacientes. A oncologia é uma especialidade que possibilita ao profissional uma gama ampla e por vezes ambivalente de sentimentos durante o cotidiano de trabalho desses sujeitos.

As várias manifestações dos sujeitos envolvidos nessa pesquisa mostram que, quando se trata de terminalidade e morte, os princípios religiosos adquiridos ao longo da vida são fatores que ajudam no cotidiano do trabalho. A fala de E2 mostra como a religiosidade auxilia seu o trabalho na oncologia.

Eu acho que a minha personalidade e os valores que eu adquiri me ajudaram aqui na quimioterapia, eu não precisei mudar aqui. É... Eu sempre fui... Eu sou uma pessoa que estuda a Bíblia, então eu tenho valores religiosos, então eu tento seguir o que a Bíblia ensina para a gente, os passos de Cristo, que é o que eu falei envolvia compaixão, envolvia empatia, então como eu estudo a Bíblia, a gente realmente... a minha família, a gente tenta aplicar isso e não só aqui, a gente tenta aplicar isso a todas as pessoas (E2).

No cotidiano de trabalho da enfermagem oncológica, muitas vezes, é necessário que o profissional se concentre nos seus valores religiosos, a fim de conseguir prestar a assistência que o doente necessita, principalmente diante de seu agravamento ou mesmo diante do processo de morrer (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2007). Ainda de acordo com Gussi e Dytz “a religião e a espiritualidade, como requisitos para a prática da enfermagem [...] permeia a trajetória da enfermagem ao longo dos anos e está impregnado no pensar, no ser e no fazer da profissão” (GUSSI; DYTZ, 2008, p. 381).

Durante o processo de coleta de dados, percebeu-se que dos oito componentes da equipe de enfermagem entrevistada, quatro usam a religiosidade como artifício para lidar com as dificuldades trazidas pela assistência aos doentes oncológicos. A maioria acredita que Deus é o responsável pelo “destino” dos doentes. Portanto, a morte desses pacientes e o processo de morrer em que eles estão envolvidos são desígnios de Deus, e isso deve ser compreendido.

Eu como cristão eu falaria que é Deus quem decide isso [...] (T3).

[...] como eu sou religiosa, a gente fala... para Deus nada é impossível [...] (T5).

Para Langendoen citado por Gutierrez e Ciampone, “a religiosidade representa o divino, é a maneira como a pessoa se conecta com o que acredita serem forças protetoras [...] em seu cotidiano” (LANGENDOEN *apud* GUTIERREZ; CIAMPONE, 2007, p. 664)⁸. Portanto, a religião, no contexto da prática de enfermagem, pode funcionar como um alento para os profissionais que atuam com a terminalidade e com a proximidade da morte. Alguns acreditam que a continuidade após a morte existe e, com isso, aceitar a morte do outro se torna, pelo menos, suportável.

Eu encaro assim de uma forma tranquila. Porque até mesmo a religião que eu sigo eles ensinam... A gente aprende que a gente tem vida depois de... Aqui na Terra, né? Então assim eu acredito que a morte pra mim é uma vida após... (T2)

Com isso, sugere-se que nessa equipe, a religião passa a ser um aspecto que auxilia a relação do profissional de enfermagem com o doente oncológico. Ao lidar com pacientes terminais, a religião oferece ao sujeito da enfermagem uma relação mais amena com a situação de morte que deve ser enfrentada e, portanto, permite-lhe um cotidiano de trabalho mais fácil perante a proximidade com o sofrimento do outro.

Ao mesmo tempo, pode-se sugerir que nessa equipe a ótica da religiosidade funciona como um mecanismo de poder no intermédio da relação com o paciente oncológico. As ações de enfermagem, muitas vezes, vêm acompanhadas por um sentimento de compaixão piedosa que está associada às crenças religiosas de cada indivíduo. Para Caponi a compaixão piedosa “parece instaurar uma modalidade peculiar de exercício de poder que se estrutura a partir do binômio servir-obedecer, multiplicando, assim, a existência de relações dissimétricas, entre quem assiste e quem é assistido” (CAPONI, 2004, p. 16). A fala de T5 ilustra este exercício de poder:

Eu levava os pacientes para a igreja, para a oração, levava os pacientes para dentro da minha casa, envolvia meus filhos, meu marido, comentava, chegava em casa e ligava para os pacientes para saber como é que tava, as vezes é... colocava música, eu gosto muito de músicas evangélicas, colocava a música no telefone, então criava aquele elo muito grande, aí com o passar do tempo a gente vai vendo que a gente tem que aprender a separar, né? (T5)

⁸ GUTIERREZ, B. A.O; CIAMPONE, M. H. T. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTI's. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 660-667, 2007.

Tal fala representa uma relação de poder do profissional com os pacientes oncológicos por meio da religiosidade. Nesse sentido, a crença religiosa do profissional passa a ser um elemento de alienação sobre a relação do trabalhador da enfermagem com o paciente.

Outro ponto dentro da equipe de enfermagem estudada que aparece como vetor importante dessa relação entre o profissional e o paciente é o tempo de experiência no setor de oncologia. Para três dos oito entrevistados, estratégias são criadas ao longo da vivência com os doentes oncológicos e estas os ajudam a lidar melhor com as situações diárias dos pacientes. Percebe-se isso na fala de T6:

Há é com um tempo que vai criando... De momentos assim que você vê que está pegando para o lado do paciente, então a gente sempre tem uma saidazinha, uma estrategiazinha que vai criando no dia a dia, para a gente tá conseguindo lidar com aquele momento ali, com aquela pessoa, sem ta te afetando, muito, né? (T6)

Pitta (1990) afirma que, com o passar do tempo, o trabalhador da enfermagem se torna mais sintomático, mas ao mesmo tempo sabe se defender melhor das situações que são percussoras de ansiedade. Por conta disso, os profissionais que possuem mais experiência apresentam menos sintomas sobre as situações que são vivenciadas. Por meio da realização das entrevistas, entende-se que os profissionais participantes dessa pesquisa, que atuam no ambulatório de oncologia por um período igual ou superior a cinco anos, são mais tranquilos e serenos ao falarem sobre pacientes terminais. Por isso, são sujeitos que lidam melhor com esses pacientes e conseqüentemente sofrem menos com as situações enfrentadas. Tal perspectiva foi percebida quando as entrevistadas do plantão noturno e com maior tempo de experiência relatam possuírem estratégias para enfrentar a relação com os pacientes terminais.

Na rotina, aí a gente usa as técnicas que a gente tem, né? A gente usando a técnica, a gente vai, vai lá, medica, cuida, tranquilamente (T5).

É igual eu falei... A gente se esquiva, né? De situações... De momentos, assim, que você vê que está pegando mais para o lado do paciente, então a gente sempre tem uma saidazinha, uma estrategiazinha que vai criando no dia a dia, pra gente ta conseguindo lidar com aquele momento ali, com aquela pessoa, sem ta te afetando muito, né? A gente tem que saber lidar, ludibriar esse momento aí (T6).

Uma situação que impacta todo o cotidiano da referida equipe é a idade do paciente atendido no ambulatório. A maioria dos entrevistados apontou a criança como a faixa etária de maior vulnerabilidade, portanto o grupo de paciente que mais impacta os profissionais. Para eles, as crianças são mais carentes, indefesas, e a grande maioria sofre de doenças hematológicas, o que leva a um tratamento mais prolongado e sofrido para o paciente.

As crianças, né? [...] é um paciente hematológico, né? É um tratamento grande (pausa) e nem todos conseguem, né? (pausa) conseguir a cura da doença, a maioria morre, né? (T1)

As crianças, né? Muito, muito, muito. A maioria das crianças são leucemias e a fase terminal da leucemia é muito difícil da gente acompanhar, então é... quando eu vejo criança assim... (T5)

É criança sempre impacta mais, porque a gente sempre tenta justificar o porquê da doença, né? (E1)

Crianças eu acho que... é uma coisa que a gente que... (pausa) a gente sabe todo mundo tá sujeito? Tá. É o mesmo câncer para todo mundo? É, mas você vê uma pessoa mais velha, de meia idade... Agora quando você vê uma criança... A gente fica mais abalada, um pouco mais sentida com a situação (E2).

Para Faria e Maia “lidar com a criança que se encontra em estágio terminal é mais difícil, pois ela ainda não viveu o suficiente, tendo toda a vida pela frente” (FARIA; MAIA, 2007, p. 1136). Muitas são as justificativas apontadas quando se diz respeito ao maior sofrimento profissional no atendimento às crianças oncológicas. A maioria dos profissionais entrevistados corroboram com os autores acima. Ainda de acordo com Ramalho e Martins (2007), as várias etapas por que a criança passa durante o processo da doença são estressantes para a equipe de enfermagem. Segundo as autoras tanto o diagnóstico como o tratamento e a morte são etapas promotoras de ansiedade e angústia em toda a equipe de enfermagem. Para elas a própria chegada da criança ao hospital é um momento de extrema dificuldade para o profissional, uma vez que é nesse momento que todas as situações a serem enfrentadas pela criança vão a tona tanto para a equipe quanto para a família.

Outro fator apresentado pelas mulheres da equipe de enfermagem analisada foi a interferência do “ser mãe” na assistência prestada às crianças oncológicas. Dos sujeitos entrevistados apenas duas técnicas de enfermagem são mães. Para elas, a maternidade interfere na relação com a criança portadora de neoplasia, uma vez que elas se colocam no lugar da mãe dessa criança. Esse comportamento aumenta a angústia e o sofrimento sentidos por elas.

Eu acho que... eu me coloco no lugar da mãe, no lugar da... se fosse meu filho, como é que eu ia agir daquela forma, então assim, a dificuldade que eu tenho é nessa parte, entendeu? (T5)

Também, né? Porque a gente sempre se coloca no lugar das pessoas (T6).

Para Stumm, Leite e Machio (2008), quando o sujeito “enfermagem” se coloca no lugar do outro, ele sente como gostaria de ser cuidado. Assim, fica mais fácil entender e compreender as necessidades do outro. Com isso, a angústia aumenta, o sofrimento aparece, e a tristeza ganha lugar de destaque na vida do profissional de enfermagem. Portanto, o trabalho com câncer produz no trabalhador todas essas sensações citadas anteriormente.

“A prática de enfermagem em oncologia coloca os profissionais em contato estreito com situações de dor, finitude e morte, além de mutilações, desesperança e expectativas de cura da doença” (BARRANCO; MOREIRA; MENEZES, 2010, p. 213). A equipe de enfermagem é a categoria profissional que mais tem contato com o paciente. Com isso, é o grupo que mais participa de todos os momentos vivenciados pelos pacientes durante o processo de tratamento da neoplasia.

A pessoa de fora é... Vê o câncer como (pausa) não vê a... A importância do câncer, como destrói a vida de uma pessoa, ele desestrutura uma família (T1).

Então as coisas materiais vêm e vão, a vida, não. A vida a gente tem que valorizar muito mais, porque a vida é tudo e a vida na oncologia com aquela, né? Então a gente vê que nós temos que valorizar mais a vida, cuidar mais da nossa saúde, porque senão... (T5)

O câncer é uma doença que altera as emoções, os sentimentos e até mesmo o comportamento dos pacientes. Por causa dessas sensações mostradas pelos doentes, a equipe de enfermagem vivencia angústias e sofrimentos diante do que o pacientes apresenta. Em sua grande maioria, os profissionais que lidam com o câncer diariamente acabam elaborando identificações com a doença. Com isso, há uma insegurança com a própria saúde e também com a saúde dos entes queridos.

A gente passa a vida de uma forma diferente, né? Por exemplo, se uma pessoa... Principalmente se for uma pessoa da sua família começa a ter queixas, essas coisas... Você fica até mais preocupado, já não é a mesma coisa. (T3).

O que é diferente é essa carga que eu levo embora, sabe? Esse medo, da doença (E1).

A identificação do profissional com a doença traz para a sua vida pessoal e também profissional uma grande angústia, prejudicando o seu desempenho no dia a dia. Ao se preocupar demasiadamente com a doença, o profissional se enxerga no lugar do paciente e na grande maioria das vezes somatiza algumas situações.

[...] eu já fiz uma cirurgia na mama... Eu tirei nódulo, mas assim não era nódulo maligno, mas também não descarta 6% da possibilidade de virar maligno. Ai, tipo assim, eu fico me vendo, entendeu? Amanhã, vamos supor, é claro que isso não vai acontecer, assim... Mas às vezes passa pela minha cabeça, não é uma coisa que fica martelando na minha cabeça, mas já passou na minha cabeça isso. Então às vezes é isso, às vezes eu me vejo ali, entendeu?(T4)

Para Gargiulo e colaboradores, “o aspecto emocional está muito presente na assistência ao paciente oncológico [...]” (GARGIULO et al, 2007, p. 699). Tal afirmativa demonstra que a doença câncer pode ser considerada um grande produtor de ansiedade nos profissionais que estão envolvidos no seu tratamento. Portanto, a identificação com o paciente é uma realidade nos centros de tratamento quimioterápico. Os profissionais acabam associando o trabalho em oncologia com o desenvolvimento da doença, ou seja, ao exercer a atividade laboral em oncologia, o profissional acabará desenvolvendo a doença, mais cedo ou mais tarde.

5.1.2. Trabalho técnico e estratégias subjetivas no cotidiano da enfermagem oncológica

O cotidiano da enfermagem oncológica é baseado em tarefas próprias do serviço de enfermagem, mas também é movido por reações e sensações subjetivas elaboradas pelos próprios profissionais quando vivenciam a rotina dos doentes oncológicos. Podem-se considerar as tarefas específicas da enfermagem como um trabalho técnico, pois a maioria dos procedimentos exige um conhecimento técnico que apenas aqueles capacitados para tal são capazes de executá-los. Uma série de procedimentos técnicos pode auxiliar o sujeito da enfermagem durante o agravamento de um paciente ou quando não se tem o objetivo de se envolver com o doente. Muitos componentes da equipe de enfermagem se atêm ao trabalho técnico para evitar o contato com esse paciente oncológico. Com esse comportamento, o profissional consegue manter-se distante da ansiedade, da angústia, do sofrimento e da tristeza causados pelo convívio com o paciente oncológico. Observa-se esse mecanismo de defesa, na fala de T5:

Na rotina, aí a gente usa as técnicas que a gente tem, né? A gente usando a técnica, a gente vai, vai lá, medica, cuida, tranquilamente (T5).

Para Avellar, Iglesias e Valverde, o distanciamento e o trabalho técnico são meios elaborados pelos trabalhadores da enfermagem para “se manterem saudáveis no ambiente de trabalho” (AVELLAR; IGLESIAS; VALVERDE, 2007, p. 480). Portanto, prestar assistência aos doentes oncológicos é antes de tudo ter conhecimento técnico científico sobre a doença e o tratamento, mas, além disso, é necessário que o profissional de enfermagem esteja aberto a novas relações cheias de necessidades emocionais, psicológicas e sociais. Dos oito profissionais entrevistados, apenas um não levantou a questão do vínculo como prática dentro do cotidiano na oncologia. Para eles, pela especificidade do paciente oncológico, o envolvimento é algo de que não há como fugir. Tal fato pode ser perceptível na fala a seguir:

Uma parte da vida além... Viver mais um pouco com a família, com... É muito difícil a gente falar, é... Que a gente não se envolve, né? Porque igual os pacientes de QT ambulatorial, eles vêm, geralmente vêm de segunda a sexta, fazem quimio dez horas por dia, não faz vinte e um ????. Então assim, a gente tem um vínculo, né? Tanto o paciente conhece a gente e a gente conhece o paciente (T1).

Para Costa e Lima (2005), o vínculo entre o profissional e o paciente é “uma relação de apego que é concebida como qualquer forma de comportamento que uma pessoa alcança e mantém a proximidade com outro indivíduo diferente e preferido” (COSTA, LIMA, 2005, p. 153). Ainda, no estudo realizado pelas autoras, observou-se que os profissionais vivenciam a perda de um paciente “querido” e com isso se enlutam e sofrem. Assim, “o profissional da enfermagem compreendeu que as manifestações de perda estavam relacionadas com a existência do vínculo afetivo” (COSTA, LIMA, 2005, p. 153). Tal fato relatado pelas autoras pode ser confirmado pelas falas a seguir:

Mas em relação ao paciente é muito difícil você não se envolver, né? Às vezes a gente vai chorando para casa [...] a gente se envolve, querendo ou não a gente se envolve (T1).

*Igual eu fiquei chateada por uns dois que morreram ai, os outros a gente não tem muita convivência então você não sente tanto, né?
(T4)*

[...] agora, eu não crio mais relação com criança. Eu sofri demais com a morte de uma delas a distância. Então eu não crio mais afeto, porque eu não tinha o que fazer e... a não, nunca mais. E agora, eu vou ainda ao quarto, converso, educada, mas não crio mais vínculo [...] (E1).

O envolvimento desse profissional de enfermagem com o paciente pode levar a interferências na vida pessoal deste profissional. Para Stumm, Leite e Maschio (2008), o compo-

nente da equipe de enfermagem leva para fora do cenário de trabalho sentimentos e emoções relacionados às situações vividas pelos pacientes. Isso pode ser constatado na fala a seguir.

[...] mas ainda eu consigo é... Levar alguns pacientes pra minha casa, preocupação, como é que tá, como é que não tá. A gente liga pra cá pra ver se o paciente tá bem, se tá vivo [...] (T5).

Para alguns entrevistados o vínculo com os pacientes pode ser o início de um conjunto de estresse ocupacional que acaba refletindo na sua vida como um todo. Para E1 o ideal é manter pouco envolvimento com o paciente e aumentar a resistência emocional.

Se eu não tiver essa firmeza, vou chegar lá e vou me comportar como parente, sabe? Como familiar, e isso é ruim. Eu não posso ser um familiar, eu tenho que ter estrutura para isso. Eu penso dessa forma (E1).

Na fala acima, observa-se uma tentativa de controle sobre o sentimento. O sentimento é algo que surge no sujeito diante de situações vivenciadas. Seria possível, então, domesticar esse sentimento diante da morte de um paciente? Mesmo se colocando na condição de profissional e esquecendo o vínculo construído com essa relação? Assim como o vínculo é produtor de sofrimento nos profissionais, na equipe analisada, o distanciamento dos pacientes serve como estratégia para amenizar as emoções sentidas pelos sujeitos. Quando a equipe de enfermagem executa seu trabalho voltando-se para o cuidado ao doente terminal, muitos tentam não manter uma relação próxima a esses pacientes. O distanciamento, então, existe entre esses dois sujeitos para proporcionar um conforto maior ao lidar com a proximidade da morte. Percebe-se o distanciamento como defesa nas falas a seguir:

Se eu não tenho controle emocional para trabalhar com isso desta forma, então é melhor eu distanciar (E1).

Se eu encontrar com a família na rua, ou coisa assim, eu converso, eu abraço, mas eu ir lá ver o paciente agonizando, aí eu não gosto não (T5).

Stumm, Leite e Maschio afirmam que

[...] a equipe de enfermagem para conviver com o sofrimento, cotidianamente, utiliza mecanismos de enfrentamento: distancia-se dos pacientes e evita envolver-se, o que denota o despreparo para lidar com a carga emocional resultante do convívio diário com pacientes oncológicos (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008, p. 80).

O distanciamento é visto como uma das estratégias usadas pelos profissionais para conseguirem trabalhar com os pacientes oncológicos. Ficar longe é, na maioria das vezes, para o sujeito da enfermagem se resguardar do sofrimento trazido pela convivência do sofrimento do outro. Por isso, diante desse contexto que a terminalidade de um paciente impõe, a distância que o profissional cria em relação ao paciente nasce pela necessidade de afastar e ignorar aquilo que é o gerador de ansiedade do sujeito, no caso o paciente oncológico terminal. Além disso, para alguns o distanciamento é necessário para que a assistência seja garantida, como se percebe na fala a seguir.

Eu preciso saber distanciar para poder promover conforto (E1).

Filizola e Ferreira (1997) corroboram com tal afirmativa ao destacarem que, para alguns profissionais da enfermagem, evitar o envolvimento com o paciente é garantia de se manter uma relação o mais profissional possível. Assim, mesmo considerando o distanciamento como uma arma de defesa para o seu próprio sofrimento, E1 considera que a equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem, não está preparada para lidar com a terminalidade do paciente oncológico. Tal fato, é descrito nas falas a seguir:

[...] a gente sabe que o preparo para vivenciar isso não é bem estruturado, nem dos médicos, nem dos enfermeiros, nem do familiar, então a gente sabe... (E1)

Não tem preparo da equipe médica, não tem preparo da equipe, é... De enfermagem, de ninguém [...] (E1)

Em relação ao preparo do profissional em relação à morte, Barranco, Moreira e Menezes afirmam:

No que diz respeito ao enfrentamento com a morte do outro, ressaltamos que, da mesma forma que fomos ajustados para nascer, precisamos ser também ajustados para morrer, assim como experienciamos a solidão diante do lidar com as dificuldades ante a morte do outro, trazendo-nos à tona nossa própria morte, bem como dos nossos entes queridos (BARRANCO; MOREIRA; MENEZES, 2010, p. 216).

Levando-se em consideração o conceito acima, pode-se afirmar que a falta de preparo em lidar com a morte pode aparecer no profissional como uma reação a não pensar na sua própria morte. Já Gargiulo e colaboradores (2007) afirmam que o conhecimento e a experiência são boas estratégias para melhorar a qualidade prestada ao paciente oncológico. Ainda para as autoras os sentimentos e emoções provenientes de situações que envolvem o doente

oncológico produzem nos profissionais de enfermagem um grande desconforto e é, por esse motivo, que os profissionais devem procurar uma melhor capacitação, a fim de facilitar o envolvimento com o doente portador de câncer e sua família.

O despreparo do profissional interfere diretamente na sua relação com o paciente, já que o profissional deve passar confiança e demonstrar sua habilidade na promoção da assistência de enfermagem (GARGIULO *et al*, 2007). Em paralelo à ideia das autoras, Silva e Lima (2005) escrevem que, no ambiente hospitalar, onde a morte está presente a todo tempo, os profissionais devem estar preparados para receber e cuidar dos pacientes em processo de morte, não só dos doentes, mas também de suas famílias, necessitando entender suas reações e necessidades diante da morte. Corroborando então, com as autoras, E1 comenta sobre o aumento de conhecimento na área:

[...] depois que eu vivenciei esse artigo e fiz o meu TCC, eu comecei a lidar melhor com isso, porque a gente gera um desespero para ele... Quando o paciente tá falecendo e não quer morrer, ou então aquela total aversão, né? (E1)

A relação do profissional de enfermagem com o doente oncológico mostra uma parte fundamental na assistência de enfermagem, uma vez que esta promove empatia e maior conhecimento das necessidades dos pacientes. Na enfermagem oncológica, há um permanente movimento de aproximação de afastamento afetivo entre o profissional e os pacientes e seus familiares. Isso acaba afetando o cotidiano prático desse trabalhador e também os diversos processos de subjetivação construídos apoiados nessa relação. O distanciamento desses sujeitos pode promover mecanismos de defesa que cristalizam a posição que cada sujeito ocupa nessa relação e, assim, a subjetivação se mostra enrijecida num movimento defensivo de afastamento, que pode não ser salutar tanto para o paciente quanto para o profissional. Por isso, um planejamento da assistência de enfermagem ao portador de neoplasias torna-se mais fácil e prazeroso.

5.2. Dimensões institucionais presentes no trabalho da enfermagem oncológica

Além de todas as emoções vividas pelos profissionais de enfermagem citadas, o local de trabalho também se torna um componente fundamental no cotidiano desse indivíduo. Geralmente, trabalhar em oncologia remete ao trabalho em instituições que desenvolvem o servi-

ço hospitalar. O hospital é o lugar escolhido pela maioria dos profissionais de enfermagem para exercerem sua profissão. É nesse cenário que a equipe de enfermagem presta assistência aos doentes, priorizando o cuidado desde as suas necessidades básicas até um cuidado mais complexo.

A enfermagem oncológica é uma especialidade que precisa de uma instituição com características hospitalares para conseguir proporcionar aos doentes um cuidado adequado e especializado, que envolve procedimentos técnicos como a construção de uma relação respeitosa baseada na confiança e no apego entre os profissionais e o paciente. Para tanto, ao atuar nesse cenário, é necessário que a equipe de enfermagem esteja preparada para lidar diretamente com as questões normativas da instituição. Portanto, o planejamento de uma assistência de enfermagem a um doente oncológico deve ser feito levando-se em consideração não só as necessidades do paciente, mas também respeitando as diretrizes presentes numa instituição hospitalar.

Tomando os aspectos supracitados como referência para o cotidiano da enfermagem, pode-se afirmar que trabalhar com o doente oncológico dentro de um hospital é uma tarefa desgastante tanto física quanto emocionalmente para os profissionais envolvidos nesse contexto. Tal relação é descrita na fala de E1 quando questionada sobre a maneira como começou a trabalhar em oncologia:

Na verdade foi por necessidade, porque na época todo mundo falava muito mal, né? Falava muito mal, falava da quimioterapia, que todo mundo caía o cabelo, até os profissionais que trabalham na área, que era muito triste, que era muito ruim, que trabalhava demais, mas eu não tinha opção. Então eu tive que vir (E1).

Assim como afirma Avellar, Iglesias e Valverde, “o exercício profissional no âmbito hospitalar é marcado por múltiplas exigências: lidar com dor, sofrimento, morte e perdas, a que somam as condições desfavoráveis de trabalho e a baixa remuneração, fatores que, em conjunto, propiciam a emergência de estresse” (AVELLAR; IGLESIAS; VALVERDE, 2007, p. 476). Atuar no campo da enfermagem hospitalar, em especial da enfermagem oncológica, faz com que os sujeitos se deparem com situações que, na maioria das vezes, interferem no cotidiano profissional de cada um, e isso é percebido pela resposta de E1 ao ser questionado sobre fatores que influenciam a rotina de trabalho.

A sobrecarga de serviço... Eu acho que é isso. Porque hoje em dia a tendência é... Hoje tudo visa lucro, né? (E1)

As instituições hospitalares estão, cada vez mais, sendo administradas como empresas. Toda ação desenvolvida pela gestão se volta para o recebimento de lucros e para evitar o prejuízo. Corroborando com a entrevistada acima, Anunciação e Zoboli afirmam que o hospital é uma “organização prestadora de serviços, integra um setor de atividade econômica e incorpora algumas características das empresas em sua estruturação” (ANUNCIÇÃO, ZOBOLI, 2008, p. 522). Tudo isso acarreta um aumento da carga de trabalho visando otimizar os “recursos humanos” em sua produtividade. Dessa maneira, as enfermeiras do referido campo empírico se mostram preocupadas com a interferência que a sobrecarga de trabalho e o excesso de tarefas podem proporcionar na relação delas com os pacientes e familiares. Isso fica claro nas falas a seguir:

Eu acho que a sobrecarga de trabalho.... São só duas enfermeiras e aqui só a gente que liga a QT, então quando chama a gente pra ligar você tem que ligar, então isso.... Saber que só tem a gente e que a gente tem que ir na hora que chama é uma coisa que compromete o que você tá fazendo [...] (E2)

Eu queria, por exemplo, conhecer todos os pacientes do andar, queria passar lá, falar que as meninas têm uma supervisão tem alguém que é responsável, sabe? Orientar, eu não consigo fazer isso, porque além da parte assistencial, a gente tem uma parte burocrática muito grande, que eu acho que interfere demais (E1).

Para Pafaro e De Martino (2004), as intensas experiências vivenciadas pelos enfermeiros hospitalares em seu cotidiano exigem dele uma profunda adaptação. Com isso, o sujeito acaba passando por momentos de estresse, acarretando uma indisponibilidade para a maioria de suas funções.

A fala supracitada de E1 retoma outro ponto de extrema importância dentro de uma instituição hospitalar. A hierarquia é um ponto necessário e, na maioria das vezes, é um fato que possibilita o sujeito a exercer relações de poder, relações disciplinares, que interferem na assistência ao paciente. Tomando o conceito de biopoder de Foucault (2006) e a sua associação com a disciplina, pode-se considerar a hierarquia como algo que regulamenta. Para Pogrebinschi (2004), “a disciplina, no âmbito do biopoder, é convertida em regulamentação. Regulamenta-se para assegurar e garantir a vida, para prevenir e evitar a morte” (POGREBINSCHI, 2004, p. 196-197). Tomando a hierarquia como exemplos de normatização, os componentes da equipe de enfermagem hospitalar se deparam com uma rotina diária de várias atribuições e, como a maioria dessas atribuições está relacionada às normas institucionais, o contato com o doente acaba ficando prejudicado, e isso promove o afastamento gradual do paciente com a enfermagem. E1 se recorda do tempo em que a assistência à enfermagem possibilitava conversas e discussões sobre os casos dos pacientes.

[...] a gente tava no ambulatório o dia inteiro, era só o ambulatório, era só para a quimioterapia, não tinha paciente internado. Então a gente conseguia ter esse tempo, de sentar, de conversar, de olhar um acesso, de discutir alguma coisa (E1)

Segundo Barranco, Moreira e Menezes (2010), a oncologia deveria ser um setor que favorecesse as trocas de saberes e também as relações interpessoais. Com a sobrecarga de trabalho dos profissionais, esse ambiente acaba sendo desconstruído, e a oncologia passa a ser mais um setor dentro de uma instituição que busca a recuperação da saúde dos sujeitos. Estar em contato com um doente oncológico é também saber ouvi-lo e procurar ajudá-lo nas suas necessidades. O excesso de tarefas dificulta esse exercício da enfermagem. As enfermeiras se veem cada vez mais distantes do paciente devido à carga institucional que elas carregam, por ocuparem um cargo de liderança. Ainda de acordo com Barranco, Moreira e Menezes:

O líder de enfermagem é fundamental [...] na interação do paciente, utilizando estratégias para a criação da ambiência propícia à valorização da dimensão subjetiva nas práticas de atenção. É nessa ambiência que devem ser construídos os espaços de encontro entre os sujeitos, para a troca e a construção dos saberes e a identificação de suas necessidades, desejos e interesses (BARRANCO; MOREIRA; MENEZES, 2010, p. 215).

Porém, contradizendo as autoras acima, a prática traz uma realidade muito diferente para o profissional enfermeiro. No cotidiano hospitalar, a rotina diária exige uma habilidade muito grande desse profissional para que ele dê conta das funções assistenciais, burocráticas e, em oncologia, da função do “enfermeiro oncológico”. Isso é perceptível na fala a seguir.

Eu queria, por exemplo, conhecer todos os pacientes do andar, queria passar lá, falar que as meninas têm uma supervisão, tem alguém que é responsável, sabe? Orientar, eu não consigo fazer isso, porque, além da parte assistencial, a gente tem uma parte burocrática muito grande, que eu acho que interfere demais (E1).

Portanto, refletir sobre a organização e a estrutura do ambiente de trabalho da enfermagem oncológica sugere o conhecimento do outro lado da enfermagem, ou seja, o lado do sofrimento e da insatisfação. Torna-se necessária uma noção maior sobre esses detalhes a fim de melhorar a relação do profissional com seu local de trabalho e indiretamente com o paciente.

5.3. Associações dos profissionais de enfermagem com o câncer

O senso comum é algo que permeia os conceitos dos indivíduos. Ele ajuda na formação e no conhecimento dos valores individuais de cada sujeito dentro da sociedade em que ele está inserido. Dessa forma, com o câncer não é diferente. A população, de uma maneira geral, vincula à doença e também a seus portadores a valores e crenças previamente rotulados. Nesse sentido, os profissionais de saúde possuem uma imagem do câncer pré-moldada e que, na maioria das vezes, permanece junto a eles durante seu cotidiano de trabalho. Para Fonseca e Car (2000), o câncer é uma doença metafórica, já que à sua imagem são atrelados diversos significados, tais como luta, sofrimento, castigo, crueldade e até a morte. A maioria das significações atreladas ao câncer possui um caráter negativo. Tal fato pôde ser observado em algumas falas dos entrevistados da referida pesquisa.

Só com aquele diagnóstico e tudo, e você vê aquela pessoa ali definhando, definhando, a cada mês, a cada mês, a cada ciclo, né? (T6)

Tem o paciente de diálise, que se ele faz o tratamento, a vida dele é enorme, se ele faz o tratamento certinho, ele vive 25-30 anos. O nosso é muito incerto, né? (T1)

Paciente que chega aqui com a vida boa, que a gente fala, mas que a gente vê que o tratamento, na maioria das vezes, vai deixando eles com cara de doente, né? E ele chegou com cara saudável [...] (T5).

Para alguns entrevistados, o câncer está grandemente associado com a morte. Corroborando com eles, Trincaus e Corrêa (2007), em um estudo sobre a vivência de pacientes metastáticos a respeito da vida-morte, mostram que grande parte dos entrevistados associa a ideia de morte ao momento experienciado. As autoras apontam que alguns conseguem falar explicitamente sobre o assunto, mas outros falam de forma implícita e cabe aos profissionais identificar essa situação nas falas e atitudes dos pacientes analisados. Assim, ocorreu com a equipe de enfermagem analisada neste estudo. Apenas dois dos entrevistados falam abertamente sobre a possibilidade de morte dos pacientes, enquanto o restante dos participantes não consegue discorrer tão abertamente sobre o assunto.

[...] se dá a um paciente que você sabe que pode morrer né? E que você pode contribuir para um pouquinho de melhora que seja, né? Então acho que eles perdem um pouco o medo da morte [...] (T1)

O pior é que dar um diagnóstico desse a possibilidade de cura é mínima (E1).

Dessa maneira, as autoras supracitadas ainda afirmam que pensar na morte ou tê-la como parte do seu cotidiano é algo temeroso e covarde. Assim elas relatam:

A morte do outro pode se mostrar marcante na vida dos que ficam permitindo que experimentem o sentimento da perda. Sentimento este que só pode ser sentido pelos que ficam. Acompanhar a morte-do-outro permite aos que ficam experienciar o fenômeno da perda, sem necessariamente deixar-de-ser-no-mundo (TRINCAUS, CORRÊA, 2007, p. 47).

Tomando como norte a associação do câncer e morte, outra faceta é relatada pelos entrevistados. Para grande maioria dos profissionais da equipe de enfermagem entrevistada, o câncer também está atrelado ao sofrimento. Para eles, esse sofrimento pode ser tanto do paciente, quanto da família e até deles próprios, os profissionais de saúde. Isso é evidenciado nas falas a seguir, quando questionados sobre a relação entre eles e o paciente terminal:

[...] mesmo sendo profissional a gente tem que ter um carinho especial, maior, né? Tanto com a família também, que a família às vezes sofre demais também. Até mais que o próprio paciente, porque não aceita aquela situação (T2).

E... Além da questão de tempo... Muitos... Tem os agravos que vêm em decorrência do avanço do tumor, aí às vezes este paciente não consegue mais alimentar, tem paciente que não consegue mais falar... É muito triste! (E2)

E aí perguntou se eu aceitava, aí eu vim, aceitei, gostei muito, é uma área gostosa de trabalhar, é uma área que a gente sofre muito, né? (T5)

Eu penso na família, pensando assim... Família. Eu fico pensando, ainda mais que a gente acompanha muito aqui parentes, às vezes a gente vê o sofrimento daquela família que tá ali, aquele paciente que vai perder, então eu procuro passar naquele momento assim... (T5)

A fala de E1, ainda é mais expressiva ao ser questionada sobre as associações do câncer com a morte:

[...] com a morte não. Com o sofrimento. Eu acho assim... Teve um paciente aqui no ano passado, que ele fez quimioterapia, o médico falou que ele tava curado, quando ele acabou a quimioterapia, no fim de semana ele infartou. Então a morte tá presente, tendo o câncer ou não, né? Mais ao sofrimento eu acho que sim (E1).

Confirmando a ideia exposta acima, Kastenbaum e Aisenberg citados por Borges e colaboradores (2006)⁹ afirmam que o sofrimento de um paciente está associado ao temor da

⁹ BORGES, A. D. V. S. *et al.* Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, maio/ago. 2006.

própria morte, uma vez que o sofrimento físico traz medo e angústia para aquele que enxerga sua morte próxima. Já Avellar, Iglesias e Valverde discorrem sobre o sofrimento do profissional de saúde que atua na oncologia. Para as autoras o ambiente hospitalar “é marcado por múltiplas exigências, o setor de oncologia porta uma particularidade, que são as representações do câncer, fortemente associadas à ideia de morte” (AVELLAR, IGLESIAS, VALVERDE, 2007, p. 476). No decorrer do estudo, as autoras acima ainda enfatizam a ideia de que os profissionais da oncologia estão diretamente relacionados com a morte e, portanto, sofrendo junto com os doentes.

Ainda, tendo como norteadora a ideia de morte associada ao câncer, dos oito profissionais entrevistados, metade associa a doença câncer a pacientes idosos. Tal fato se justifica, pois as crianças foram o grupo de pacientes que mais angustiam os referidos entrevistados. Para eles, o idoso já cumpriu seu dever na vida e, por isso, fica mais fácil aceitar a morte de um idoso portador de câncer. Borges e outros corroboram com a ideia desses entrevistados.

Na sociedade ocidental, a ideia de morte parece ser mais aceita para o idoso. Isso porque as pessoas desta faixa etária, em sua maioria, completaram todo o processo do desenvolvimento e estão na etapa final do ciclo vital. Eles já realizaram o que é esperado pelas pessoas em nossa sociedade: trabalharam, casaram-se e tiveram filhos (BORGES *et al*, 2006, p. 366-367).

No presente estudo, compreende-se este fato pelas falas a seguir:

Há porque a gente imagina que essa doença acomete pessoas assim mais velhas, pessoas que já têm outras doenças já (T2).

[...] é uma coisa que a gente que.... A gente sabe que todo mundo está sujeito, tá. É o mesmo câncer para todo mundo? É, mas você vê uma pessoa mais velha, de mais idade... (E2)

Por que.... Não que os mais velhos não me impactam, mas os jovens têm a vida toda pela frente, os mais jovens, os adolescentes, poderiam estar aproveitando a vida, estudando... (T3)

[...] porque o idoso a gente sempre acha assim, né? Já viveu, já fez o que tinha que fazer né? (T6)

De acordo com os escritos de Borges e colaboradores (2006), a associação da morte com a velhice é um conceito cultural que perpassa pela vida dos sujeitos, podendo, então, o adulto temer mais a morte do que o próprio idoso. Levando-se em consideração essa narrativa, pode-se afirmar que a associação do câncer com pacientes idosos para os profissionais de enfermagem em questão é algo que advém da cultura de que cada um provém. Talvez, por isso, apenas metade dos entrevistados tenham feito essa analogia.

Entretanto, os trabalhadores de enfermagem do campo empírico estudado não fizeram associações do câncer apenas com o paciente. Associações relacionadas a eles próprios também surgiram durante as entrevistas. Todos os técnicos de enfermagem entrevistados afirmam ter havido uma mudança pessoal após terem iniciado seus trabalhos em oncologia. Para eles, ao se atuar em um setor oncológico, o lado humano do sujeito é aflorado fazendo com que outros valores se tornem importantes nas suas vidas. Comprovando essa narrativa, Queiroz e suas colaboradoras (2005) descrevem em seu estudo que uma pessoa que já tenha experienciado o câncer, independentemente da forma, consegue enxergar aberturas de novos caminhos e possibilidades de mudanças durante e após tal experiência. Evidencia-se a seguir a concordância com as autoras:

Então assim, pra mim foi uma mudança radical na minha vida. Mudou o meu modo de ver, né? As coisas, as pessoas, até mesmo tratar assim, uns aos outros, assim... (T2)

Interferiu sim, interferiu sim. A gente é... Vê que realmente o ser humano é muito frágil. Mudou bastante coisa sim (T3).

Eu falei que, quando eu entrasse, eu ia dar mais valor à vida, mais valor à família, mais valor aos amigos. Porque a gente não sabe, a gente não sabe do amanhã, então eu tô aprendendo, ainda não aprendi tudo, a gente vai aprendendo, cada dia a gente aprende mais dar valor né? (T4)

[...] então a gente vê que nós temos que valorizar mais a vida, cuidar mais da nossa saúde, porque senão... Então eu acho que mudou muito, eu tento valorizar mais o ser humano. (T5).

A gente fica mais humano, né? A gente aprende mais a ver o outro lado das coisas, né? A amar mais o próximo, a saber que seus problemas não são o único. A gente se dedica mais às coisas. Deixa a gente mais humano, a oncologia (T6)

Nas falas citadas, aspectos importantes e peculiares são destacados. A fragilidade humana que é observada durante um momento de doença, promove nos profissionais de enfermagem uma necessidade de humanizar a assistência prestada aos sujeitos. A humanização da assistência favorece uma possibilidade de mudança e alterações no cotidiano pessoal e profissional dos componentes da equipe de enfermagem. Tal cenário é presenciado no contexto da assistência ao paciente oncológico. Stumm, Leite e Maschio (2008) confirmam essa afirmativa ao assegurarem que o contato com o paciente oncológico traz para os profissionais alterações nas suas atitudes e condutas, principalmente perante dificuldades a serem enfrentadas. Nessa perspectiva, pode-se enfatizar que os técnicos de enfermagem supracitados foram moldados pelas diversas significações que o câncer possui. Estabelece-se, então, um exercício de

poder entre o aspecto de sofrimento vinculado à possibilidade de morte presente nos relatos anteriores e os profissionais da enfermagem.

Outra forma de estabelecer uma relação de poder entre a doença câncer e os profissionais de enfermagem participantes deste estudo é a associação que eles fazem de que, ao trabalharem com oncologia, as chances de se desenvolver uma doença neoplásica aumenta. Tal aspecto está presente nos relatos da equipe de enfermagem e é apontado como a associação do câncer com o medo de contrair a doença.

Então assim, eu vou para casa e aparece um caroço em mim... Eu já fico desesperada. Pode ser uma espinha (E1)

Porque hoje eu tenho um medo que eu não tinha antes, porque quanto mais a gente sabe, mais medo a gente tem (E1).

Meu pai está com 60 anos e eu já falei com ele para ir no urologista e ele não quer, e já era pra ter feito. Por mais que tipo assim, não tenha nada, mas ele tem que fazer o controle. E ele não quer fazer, então eu fico pelejando com ele, porque eu vejo muitos casos aqui de câncer de próstata, a gente fica doido, né? Fica meio assim, né? (T4)

O cotidiano dos profissionais que assistem o paciente oncológico possibilita um encontro com as diversas representações sociais atribuídas à doença. Dessa forma, a sensação de que qualquer um pode ser vítima desse mal se torna mais concreta aumentando o temor de passar pelas mesmas situações vivenciadas pelos pacientes. Assim, Araújo e Fernandes (2008) afirmam que, diante da convivência com pacientes portadores de neoplasias, os profissionais se tornam vulneráveis, uma vez que o câncer pode trazer mutilações passíveis de alterar a imagem corporal e, além disso, traz sentimentos que remetem à finitude da vida. Dessa forma, a vulnerabilidade presente nos profissionais da enfermagem deve ser encarada como um aspecto que enfraquece e até dificulta a construção de subjetividades nos sujeitos envolvidos. Por outro lado, a humanização e a sensibilidade existentes nesse profissional podem enriquecer e favorecer as experiências subjetivas dos pacientes, familiares e trabalhadores.

Portanto, após essa análise das diversas representações sociais para a equipe de enfermagem em questão, sugere-se que o câncer é uma doença passível de relações de poder com os sujeitos, levando-os a moldes e crenças que perpassam pelo cotidiano enfrentando por quem é portador de uma doença neoplásica.

5.4. A perspectiva da terminalidade como rotina de trabalho

A terminalidade dos pacientes oncológicos é algo que pertence ao contexto de trabalho da enfermagem oncológica. Assistir doentes no seu processo de morrer é uma ação de enfermagem que acaba criando conflitos pessoais, profissionais, espirituais e mesmo sociais nos profissionais envolvidos. Porém, para se trabalhar com oncologia, não tem como fugir dessa realidade, mesmo com o avanço das tecnologias que perpassam o cenário da saúde atualmente. Quintana e colaboradores (2006) advertem que, com o crescimento da tecnologia na área da saúde, a tendência é haver um afastamento entre a equipe de saúde e os pacientes agonizantes. Tal fato não é confirmado pela entrevista de uma das enfermeiras participantes da presente pesquisa.

Tem gente que gosta de ficar um pouco mais distante, eu não.... Não... Gosto. Eu não... Sou que fico amiga, me envolvo demais, mas eu gosto de ficar do lado, de ouvir, de conversar.... Às vezes o paciente não tá vindo, saber.... Saber dele como é que ele tá... Perguntar quando é que ele volta... Porque eu não... Eu acho que é uma equipe da vida da gente (E2).

Nessa equipe, os profissionais aparentam ter uma boa relação com os pacientes terminais e procuram respeitá-los e reconhecer as suas necessidades. Assim, para eles essa relação se dá de forma tranquila, sem atravessamentos e interferências. Isso é evidenciado a seguir:

[...] é tranquila. Até mais tranquila do que qualquer outro tipo de paciente, por que.... Os outros assim... Tem aquela coisa que.... Às vezes pode até ser mais complicado, ficar mais grave.... Mas aqueles ali não, a gente sabe o que eles estão passando [...] (T2)

Na verdade, a gente... Eles.... Não ficam... Geralmente quando é internado eles não ficam aqui... Pois é.... É uma questão de respeito... Eu procuro conversar com ele normalmente... Se for um paciente que ainda tá conversando normalmente... Basicamente isso, é uma questão de respeito. Procuro lidar com ele como se ele fosse um paciente comum, até porque ele não tem que se sentir diferente, ele tem que se sentir respeitado como ser humano (T3)

Geralmente é tranquila. A gente passa aquela tranquilidade para eles, né? Por mais que seja complicado, mas a gente tem que passar. E a gente acaba buscando esta tranquilidade na gente mesmo, porque senão como é que vai ser? Desestrutura a gente também, né? (T6)

Oliveira, Sá e Silva (2007) discorrem sobre a assistência ao doente terminal. Para as autoras esse subsídio é possível através de um diálogo efetivo entre o paciente, a família e o profissional de saúde. Ainda para elas “a assistência ao doente terminal exige que o profissio-

nal de saúde seja responsável por articular as relações dentro dessa tríade, bem como se comunicar de forma eficaz com a família e o paciente” (OLIVEIRA, SÀ, SILVA, 2007, p. 288).

Melhor possível. Melhor possível, que eu possa fazer, chegar perto, conversar, falar uma palavra bíblica, de animar aquela pessoa, sabe? De dar ela a força pra ela ta lutando ali. Igual eu vejo muito, e umas das coisas que eu vi, que eu achei interessante, foi uma professora que foi visitar uma criança que tava com leucemia em fase terminal, e começou a falar para ela assim, olha você tem que sair desta cama, você tem que fazer o dever de casa e começou a dar dever para ele e começou a falar para ele... Ai lá no fundo dele, ele conseguiu puxar e... Forças e recuperar. E ele recuperou e ainda viveu mais algum tempo, não sei quanto tempo, mas ainda teve uma quantidade... Então essa é o que eu posso fazer naquele momento ali, fazer a pessoa acreditar que tem chance, nunca, nunca eu penso que... (T5)

Essa narrativa demonstra que, realmente, a equipe de enfermagem analisada procura empoderar e respeitar as necessidades dos pacientes terminais. Tal perspectiva vai ao encontro com os escritos de Oliveira, Sá e Silva (2007) ao dizerem que a autonomia do doente terminal é o ponto primordial a ser respeitado e cabe à equipe da saúde reconhecer que o paciente, mesmo no seu processo de morrer, tem vontade própria e necessidades a serem atendidas e aceitas pelos profissionais.

Após analisar a relação dos componentes da equipe de enfermagem com os pacientes terminais, torna-se necessário discutir as perspectivas por eles apresentadas em seus discursos durante a coleta de dados deste estudo. Primeiramente, os profissionais se referem à terminalidade como um processo e não como uma associação de morte iminente. No estudo realizado por Quintana e outros (2006), a terminalidade também é reconhecida como um processo, ou seja, o paciente terminal apresenta uma alta probabilidade de morrer em um espaço de tempo, sendo ele curto ou longo. Além disso, os autores reconhecem o paciente terminal como aquele impossibilitado de cura, ou seja, aquele condenado à morte e, portanto, responsável por sentimentos de angústia e sofrimento por parte dos profissionais. Por isso, compreende-se a fala dos entrevistados:

O paciente terminal, né? Eu... Não é exatamente aquele paciente que veio e que vai morrer daqui a algumas horas. A gente sabe que aquele paciente que o tratamento é paliativo, que o médico vira e fala assim a gente só vai tratar a dor, né? Porque não tem mais jeito, né? O câncer já está avançado, é um paciente sem conduta. Mas assim a gente não vê o paciente, não encara como há... Vai morrer daqui cinco dias, vai morrer daqui dez dias, né? (T1)

Uai, tipo assim. Ele está se despedindo dos familiares, está despedindo desta vida, não tem jeito, vai terminar, vai acabar. Então ta despedindo do mundo, das coisas que ele faz, que ele gostava de fazer... (T4)

Uai, paciente terminal é... Tiveram todas as tentativas aparentes, né? E que não tem mais o que fazer, é só mesmo cuidar dele clinicamente e esperar a hora de Deus, né? (T6)

Nessa perspectiva, observa-se uma aproximação da noção de terminalidade com a de paliativo. Para tanto, os cuidados paliativos são uma especialidade direcionada para as necessidades dos pacientes terminais que auxiliam os profissionais a lidarem melhor com a situação de terminalidade enfrentada no cotidiano de trabalho. Assim, os profissionais de enfermagem no campo prático, ao se depararem com os pacientes terminais, “procuram realizar as tarefas da melhor maneira possível, mas têm dificuldades para apoiar e confortar o paciente e a família” (COSTA, LIMA, 2007, p. 152). Nesse sentido, os cuidados paliativos podem auxiliar os integrantes da equipe da enfermagem a apoiarem os pacientes terminais reconhecendo os seus anseios. A impossibilidade de cura dos pacientes terminais é um fator importante na assistência de enfermagem para estes e diferencia o planejamento do cuidado. Isso é evidenciado pelas falas das enfermeiras do campo empírico pesquisado:

[...] paciente terminal parece que ta no fim e o fim ele tem um limite, né? Vai ser, sei lá, 2 horas da tarde de hoje ou vai ser 1 hora da tarde de amanhã, né? E às vezes a gente acha, igual às vezes dura 1 hora ou as vezes a semana inteira. Então é difícil para mim lidar com esta questão terminal, eu acho que o que vem a ser isso é quando a quimioterapia já não tem mais efeito [...] (E1)

[...] porque pra mim é aquele que não tem possibilidade de cura. Não necessariamente aquele que... já ta em vias de falecer e sim aquele que não tem a possibilidade de cura confirmada (E2).

Desse modo, a terminalidade num contexto hospitalar está relacionada com o processo de morrer do paciente. Isso faz do hospital o local de escolha para que os pacientes terminais tenham uma assistência mais direcionada às suas necessidades. Mesmo que essa afirmativa vá contra as tendências culturais da saúde, os familiares não têm dúvidas quanto à escolha do melhor local para os pacientes terminais. Tal fato é evidenciado por alguns entrevistados do presente estudo:

[...] tem paciente que assim a gente ouve falar... A família que no momento final pede para vir para cá, porque eu acho que ele sente uma segurança com a gente, né? Sabe que a gente tem carinho, então acho que eles perdem um pouco o medo da morte, né? (T1)

[...] ficar no hospital sendo que... As intervenções que serão feitas lá são as mesmas que podem ser feitas em casa, então a gente vê os pacientes terminais, eles vêm para cá porque a família, no desespero mesmo, né? No intuito de salvação tudo, traz para cá [...] (E1)

Consequentemente a essa análise das perspectivas da terminalidade sob a ótica dos componentes da equipe de enfermagem, sugere-se que a morte seja um ponto a ser discutido e considerado no dia a dia de trabalho da oncologia. Para que o paciente terminal tenha uma assistência com respeito e dignidade, espaços de diálogo sobre as especificidades desse momento devem ser criados facilitando o convívio do profissional com a terminalidade e melhorando a relação existente entre eles.

5.5. Relação dos processos de subjetivação com as unidades analíticas

Após discorrer sobre as categorias analisadas, faz-se necessário promover uma discussão entre os principais pontos analisados e a questão da subjetividade em cada um deles. No decorrer da escrita desta pesquisa, optou-se por detalhar e se ater aos conceitos de subjetividade propostos por Michael Foucault. Fazendo uma breve retomada nas falas desse teórico, a subjetividade é uma característica vivenciada pelo sujeito independentemente do local e da relação que ela possui com as situações experienciadas. Em vista disso, todas as formas de moldar o sujeito e tudo que pode provocar relações de poder são elementos que servem como produtores da subjetividade do indivíduo. Foucault (2009) denomina essa forma de produzir subjetividade como assujeitamento, cujo indivíduo é moldado por preceitos existentes na sociedade em que ele está inserido. Mas cada indivíduo reage de uma maneira diferente, pois, além da interferência dessas normas, há que se levar em consideração os valores e crenças de cada um, chamados por Foucault (2009) de práticas de liberdade. Essa subjetividade do indivíduo será moldada de forma mais livre e autônoma. Portanto, Silva (1998) concorda com Foucault ao propor a noção de subjetividade e processos de subjetivação por “processos de produção histórica, o que nos leva a pensar cada sujeito singular como sujeito coletivo de enunciação” (SILVA, 1998, p. 27).

Assim, tendo as categorias deste estudo como um norte para a discussão da subjetividade na referida equipe de enfermagem, a relação com o paciente, as dimensões institucionais, as representações sociais do câncer e mesmo a perspectiva da terminalidade como rotina de trabalho são elementos provocantes da subjetividade de cada sujeito da enfermagem oncológica. No cotidiano da prática hospitalar em que essa equipe está inserida, as relações com os pacientes são permeadas por atravessamentos que, mesmo indiretamente, compõem o relacio-

namento desses profissionais com o alvo da sua assistência: os doentes oncológicos. Esses atravessamentos vão desde a idade do paciente atendido até o vínculo que essa dupla constrói ao longo do tratamento quimioterápico. Todos esses fatores são contribuintes para a formação da subjetividade não só do profissional, mas também do paciente e de todos os outros sujeitos que o cercam. Logo, a prática encontrada na presente pesquisa corrobora com a prática encontrada por Barranco, Moreira e Menezes (2010). Para as autoras:

A produção do sujeito está relacionada à identidade pessoal como resultado de um processo de produção de subjetividade, construído a partir das interações que se dão na prática entre os sujeitos desse processo, que são os trabalhadores/equipe de saúde, pacientes, familiares e gestores (BARRANCO, MOREIRA, MENEZES, 2010, p. 214).

Portanto, a relação que existe entre pacientes e profissionais no campo empírico escolhido indica uma mistura de processos que interferem nos sujeitos envolvidos de modo a moldá-los e transformá-los em pessoas diferentes, mesmo que seja somente no ambiente analisado. O campo de pesquisa do presente estudo está inserido numa instituição hospitalar e, por isso, é importante avaliar os processos de subjetivação que são formados com base nas imposições hospitalares que se mostram presentes na rotina de trabalho diária.

Para um bom funcionamento de uma empresa, regras e normas são colocadas para atender às necessidades dos gestores. Assim, a relação dos profissionais com o próprio hospital perpassa pelo exercício de poder proposto por Foucault (2009), fazendo um paralelo com a ideia de panóptico por ele mesmo explicitada. Complementando os processos de subjetivação existentes no hospital, pode-se entendê-los como o modo de subjetividade capitalística ou maquínica, propostos por Guattari e Rolnik (2005). Na categoria intitulada dimensões institucionais presentes no trabalho da equipe de enfermagem oncológica, alguns aspectos presentes no cotidiano dos profissionais são apontados e considerados elementos capazes de produzir subjetividade. Por meio desses aspectos, o profissional se transforma, muitas vezes, em outro sujeito e na grande maioria um sujeito insatisfeito com o trabalho. Corroborando com essa questão, Silva (1998) sustenta que os profissionais que trabalham em hospitais imponentes se tornam trabalhadores insatisfeitos. Ainda para a autora “o trabalho no hospital produz conflitos entre o ideal, habitualmente suposto [...]” (SILVA, 1998, p. 27).

Já o trabalho diário com a doença câncer, por si só, é um elemento produtor de subjetividade devido, principalmente, às representações sociais que a doença possui. Na atualidade, mesmo com tecnologias avançadas no setor da saúde, o câncer ainda é uma doença associada à morte e, por isso, é tão temida em nossa sociedade ocidental. Para Rey, o câncer está inseri-

do “em uma produção subjetiva, social e individual que é parte de sua qualidade e tem um valor central no processo de cura e na qualidade de vida dos pacientes” (REY, 2006, p. 83). As várias associações do câncer discorridas pela equipe de enfermagem analisadas, em sua grande maioria, estão relacionadas ao lado negativo que a doença apresenta. Pode-se, portanto, formar outra associação à doença câncer em virtude das representações sociais apresentadas que é considerar a relação do profissional com o câncer como um relacionamento intermediado pelo exercício de poder que ele exerce sobre os indivíduos. A doença câncer exerce um poder sobre os sujeitos, uma vez que está associada diretamente ao processo de morte e, assim, as pessoas se moldam e se transformam a fim de evitar a doença; isso não é diferente nos profissionais de saúde.

As perspectivas em relação à terminalidade como rotina de trabalho também produzem processos de subjetivação nos profissionais envolvidos. Em relação à equipe de enfermagem, durante a coleta de dados realizada, observa-se uma relação muito tranquila e harmoniosa com os pacientes terminais assistidos por eles. Mas o acompanhamento do sofrimento e de toda a situação vivenciada pelos pacientes terminais traz sentimentos e comportamentos específicos dos trabalhadores da enfermagem. A terminalidade nessa equipe, em especial, está relacionada a processos de subjetivação implícitos. Tal fato é confirmado pelas respostas quando os sujeitos são questionados a respeito dos sentimentos experienciados ao prestarem assistência aos doentes terminais.

Há... Eu sinto desejo, uma vontade muito grande de dar o máximo que eu puder pra ele, assim de tratamento, de carinho mesmo para o próximo.... Eu não vou dizer assim: “nó que dó” eu penso assim dó daquela pessoa.... Que Deus, né? Às vezes ela é uma pessoa que nem devia estar passando por aquilo.... (T2)

Eu fico com pena. Porque... Tem gente que fala que... Tem muita gente que fala há esse é um sentimento muito ruim..., mas eu acho que... Sentir pena... Pena é sinônimo de compaixão. É você ter que lidar com o sofrimento da pessoa, então fico sentida pela família, fico sentida pelo paciente. A gente sabe que pra ele ali é uma questão de tempo, né? E... Além da questão de tempo... (E2)

Igual eu falei, eu penso como se fosse eu... Como se fosse um familiar meu... Tento passar o máximo de carinho... Porque eu acho que aqui no ambulatório muita gente evolui, é um ambiente muito tranquilo, muito assim é... Acolhedor entendeu? Porque a gente sabe que as pessoas estão debilitadas, sabe que eles estão precisando... (T4)

Muito difícil, é uma sensação de impotência. De grande impotência mesmo, é uma sensação de que você fez, que você trabalhou, não valeu nada... Muitas vezes eu já saí daqui do hospital, eu já até conversei com a psicóloga e tudo, a gente tinha esse acompanhamento. A sensação que a gente tem é que o trabalho da gente foi em vão, e ela dizia pra gente que não... que o que a gente for fazer é da melhor qualidade, mas tipo assim é pensar que puxa vida eu trabalhei, eu ganhei dinheiro e perdi, entendeu? Então a sensação é essa, impotência (T5).

Os entrevistados mostraram sentimentos de compaixão, identificação e até impotência em relação à assistência prestada ao paciente terminal oncológico. Tais sensações podem mostrar exercícios de poder ou de vulnerabilidade relacionados à circunstância vivenciada pelo paciente. Por esse lado, os sentimentos existentes nessas pessoas norteiam atitudes e permeiam os processos de subjetivação existentes no cotidiano profissional, alterando comportamentos e modos de agir dos indivíduos envolvidos, sejam eles os trabalhadores da enfermagem, ou o paciente, ou seus familiares.

Dessa maneira, sugere-se que os profissionais que atuam na oncologia sejam sujeitos de autonomia e ao mesmo tempo passíveis de serem moldados conforme normas e rotinas impostas. Assim, o sujeito se torna um ser de relações, sejam elas relações com outros sujeitos ou com elementos das esferas de poder de cada sociedade. Dentro de uma instituição hospitalar, relações de diversos tipos existem e funcionam como mecanismos moduladores dos indivíduos envolvidos, sejam eles pacientes, familiares, profissionais ou gestores do hospital.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Talvez, nestas últimas páginas, seja permitida uma explanação mais clara de ideias e valores. Tudo começou com a escolha do mestrado. Será esse mesmo o caminho a seguir? Sim, é isso mesmo! Mas em Psicologia? Sim! A oncologia é uma área ingrata de se atuar como enfermeira. Ao mesmo tempo em que promove boas relações e alegrias, leva a pessoa ao fundo do poço com a proximidade da morte; mas a escolha é essa. Ao longo da atuação na enfermagem oncológica, alguns questionamentos e algumas indagações surgiram com situações experienciadas. Por que, nós da equipe de enfermagem, sofremos tanto com o processo de morrer dos pacientes? Não somos preparados? O que posso fazer de diferencial para o meu paciente que está com a morte próxima, uma vez que aprendi a trabalhar com o cuidado direcionado ao tratamento de cura dos doentes? Como evitar o meu envolvimento com os pacientes oncológicos? Como não sofrer com eles e com seus familiares? O que uma enfermeira, como líder de uma equipe, pode fazer para auxiliar os outros profissionais a continuarem num cotidiano de sofrimento e tão próximos à morte? Eis aí como nasceu a presente pesquisa.

Nessa pesquisa, buscou-se investigar os impactos da experiência adiante da terminalidade para os profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade oncológica dentro de um contexto hospitalar. Portanto, concluiu-se que a enfermagem oncológica está rodeada de situações e momentos considerados, na grande maioria das vezes, momentos difíceis e delicados, pois retratam o sofrimento do ser humano e a sua imensa fragilidade. Durante a assistência aos pacientes envolvidos nesses momentos, os próprios sofrimentos e sentimentos de fragilidade tomam conta do profissional de enfermagem. Além disso, sentimentos como fracasso, impotência e inutilidade perpassam diariamente pelas rotinas de trabalho da enfermagem oncológica que foram mencionados pelos entrevistados. O pensamento de desilusão diante do outro, portador de neoplasia, uma doença repleta de associações e que muitas vezes não está relacionada ao paciente em questão, toma conta do ambiente de trabalho.

Procurando responder ao objetivo proposto, optou-se por passeios, muito surpreendentes afinal, pelas aventuras da subjetividade e seus correlatos, conhecendo assim Foucault e outros autores que possibilitaram a unção entre os aspectos presentes na rotina de trabalho da enfermagem e a relação destes com os comportamentos e sentimentos dos profissionais. Em função disso, analisou-se a subjetividade de cada componente da equipe e concluiu-se que os técnicos de enfermagem dessa equipe possuem percepções diferenciadas das enfermeiras di-

ante da mesma situação. Na maioria deles, os técnicos se mostram mais emotivos e sofrem mais com a situação enfrentada pelos pacientes. Tal fato pode ser justificado pelo grande acúmulo de tarefas que as enfermeiras vêm recebendo. Elas concordaram que o excesso de trabalho, a sobrecarga de tarefas e o trabalho burocrático trazem o afastamento delas da parte assistencial da enfermagem, ou seja, do lado do paciente. Outro fator importante na equipe é que os técnicos conseguem perceber o lado positivo de se trabalhar com a terminalidade tão de perto. Todos eles percebem uma mudança pessoal após o início do trabalho na oncologia. Tal fato está associado, mais uma vez, ao lado assistencial da enfermagem, já que, estando próximos ao paciente, suas aflições, sofrimentos e angústias servirão como exemplos para os problemas dos profissionais tornando-os assim pessoas diferentes e com outras prioridades na vida. Vivenciar o sofrimento dos outros pode promover mudanças subjetivas num indivíduo.

Porém, avaliando essas questões da equipe de enfermagem sob uma ótica do saber foucaultino, conclui-se que todas as relações existentes no cotidiano de trabalho da enfermagem são relações que exprimem poder. As relações entre o profissional e o paciente, as relações dentro da própria equipe de enfermagem tomando como norte a hierarquia; as relações entre o profissional e a instituição, tendo as suas normas e rotinas como moldes a serem seguidos sob a ótica do assujeitamento; a relação do profissional com a doença câncer que, por meio das suas representações promove significações para esses indivíduos e a relação destes trabalhadores com a morte que representa importante elemento produtor de subjetividade dentro da oncologia permeiam todas as relações supracitadas. Entretanto, mesmo que a análise dos dados realizada neste estudo represente uma segmentação dos temas abordados, os processos de subjetivação produzidos pelos profissionais de enfermagem e aqui destacados representam uma junção dessa variedade de elementos que produzem subjetividade.

Dentro desse contexto, buscou-se analisar os variados processos de subjetivação presentes nessa equipe diante do cotidiano com a terminalidade. Para tal, utilizaram-se os conceitos de subjetividade de diversos autores, mas atendo-se aos conceitos de Foucault, Guattari e Rolnik e Nicholas Rose. Assim, pôde-se concluir que os processos de subjetivação formados pela referida equipe de enfermagem perpassam por aspectos externos ao sujeito, como as questões institucionais e também por aspectos internos a eles, ou seja, as crenças e os valores. No entanto, um fator atravessador de toda essa realidade faz dos processos de subjetivação processos individuais e, ao mesmo tempo, coletivos: a cultura. A crença cultural de cada profissional traz um norte na vida desse sujeito e ao mesmo tempo produz comportamentos semelhantes no grupo, uma vez que todos são emoldurados pelos mesmos aspectos culturais.

Contudo, o trabalho em oncologia se mostra estritamente peculiar em relação às atividades de enfermagem. Proporcionar ao paciente uma assistência com moldes nas rotinas hospitalares e ao mesmo tempo perceber as suas reais necessidades são tarefas que se contradizem e ao mesmo tempo se tornam congruentes. Julga-se importante, então, proporcionar aos profissionais de enfermagem espaços reservados para o diálogo de suas aflições e angústias que transitam pelo dia a dia de trabalho. A enfermeira como líder deve estar aberta a ouvir o restante de sua equipe e, assim, formar grupos melhores adaptados às especificidades da enfermagem oncológica.

REFERÊNCIAS

AIRÉS, P. Quinta Parte, A morte invertida. In: AIRÉS, P. **O homem diante da morte II**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. p. 612-656.

ANUNCIACÃO, A. L.; ZOBOLI, E. Hospital: valores éticos que expressam sua missão. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 6, n. 54, p. 522-528, 2008.

ARAÚJO, I. M. A.; FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n.4, p. 664-71, dez. 2008.

ARAÚJO, L. F. S. **Processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o enfermeira/o, nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar – a Unidade de Terapia Intensiva**. 2005. 236f. Tese (Doutorado) – Programa Interdisciplinar para a capacitação de docentes, Universidade Federal do Mato Grosso, Ribeirão Preto.

AVELLAR, L. Z.; IGLESIAS, A.; VALVERDE, P. F. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.12, n.3, p.475-481, set./dez. 2007.

BARRANCO, E.; MOREIRA, M. C.; MENEZES, M. F. B. O líder de Enfermagem em Unidades Oncológicas: Intervenções da Subjetividade na Organização de Espaços Saudáveis de Trabalho. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 12, p. 213-218, 2010.

BARBOZA, J. I. A. *et al.* Avaliação do padrão de sono dos profissionais de Enfermagem dos plantões noturnos em Unidades de Terapia Intensiva. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 296-301, 2008.

BARRETO, E. M. T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 267-275, 2005.

BENELLI, S. J. A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 237-252, set./dez. 2004.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **EmTese**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005.

BORGES, A. D. V. S. *et al.* Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, maio/ago. 2006.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 1986. fls. 9273-9275.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 2439/GM**, de 08 de dezembro de 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>>. Acesso em: 08 jul. 2010.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador**: uma proposta para os profissionais de saúde. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 148 p. (Série Enfermagem).

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, 95 p.

CARVALHO, V. Da enfermagem hospitalar – um ponto de vista. **Revista de enfermagem da escola Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 640-644, jul./set. 2009.

CASSORLA, R. M. S. A negação e outras defesas frente à morte. In: SANTOS, F. S. (Org). **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 4, p. 59-76.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n.290/2004**. Dispõe sobre as Especialidades de Enfermagem. Disponível em: <<http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4326>>. Acesso em: 04 set. 2010.

CORDEIRO, J. R. *et al.* O mito do branco. **Dedus**, Curitiba, p. 1-8, 2008.

CORRÊA, J. A. **Morte**. São Paulo: Globo, 2008. 127 p. (Coleção Filosofia Frente e Verso).

COSTA, J. G.; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 151-157, mar./abr. 2005.

COUTINHO NETO, O. B. **Estudo sobre carga de trabalho e processo de desgaste das auxiliares de enfermagem de um hospital universitário de Pernambuco**. 1998. 60 fls. Te-

se (Doutorado) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

FARIA, D. A. P.; MAIA, E. M. C. Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1131-1137, nov./dez. 2007.

FERNANDES, C. R. **Introdução à ciência do cuidado**. Belo Horizonte: Copyright, v. 1, 2006. 166 p. (Série Ciência do Cuidado).

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

FILHO, W. D. L.; LUNARDI, V. L.; SPRICIGO, J. O trabalho de enfermagem e a produção de subjetividade de seus trabalhadores. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 91-96, mar. 2001.

FONSECA, S. M.; CAR, M. R. A dialética da representação do tratamento quimioterápico para o doente oncológico: vida *versus* morte. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 73-81, 2000.

FOUCAULT, M. Introdução. In: FOUCAULT, M. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009. v. 1, p.7-44.

FOUCAULT, M. Poder e Saber. In: FOUCAULT, M. **Ditos e escritos IV: Estratégia, poder-saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. Cap. 21, p. 223-240.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos V: Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Coleção Ditos e Escritos).

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: FOUCAULT, M; RABINOW; DREYFUS (Org.) **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1985. Cap. 1, p. 231-149.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. Cap. 5, p. 58-64.

GARGIULO, C. A. *et al.* Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 696-702, out./dez. 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008. 312 p. (Coleção debates).

GUATARRI, F.; ROLNIK, S. Subjetividade e História. In: GUATARRI, F.; ROLNIK, S. **Cartografia do desejo**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. Cap. II, p. 25-55.

GUSSI, M. A.; DYTZ, J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 377-384, maio/jun. 2008.

GUTIERREZ, B. A.O; CIAMPONE, M. H. T. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTI's. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 660-667, 2007.

INCA. Ministério da Saúde. Estimativa 2011: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: MS, 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/versaofinal.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2010.

INCA. Ministério da Saúde. Vigilância do câncer e fatores de risco: Atlas de Mortalidade por Câncer. Rio de Janeiro: MS, 2009. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/prepararModelo02.action>>. Acesso em: 25 set. 2009.

JACQUES, M. Um método dialético de análise de conteúdo. **Psico**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 117-127, 1993.

KIND, L. Elementos para a análise temática em pesquisa qualitativa. In: **COLÓQUIO INTERINSTITUCIONAL DE LABORATÓRIOS DE PSICOLOGIA**, 6, 2007, Belo Horizonte – MG.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 296 p.

LAVILLE, C.; DIONE, J. Das informações à conclusão. In: LAVILLE, C.; DIONE, J. **A construção do saber**. Porto Alegre: Artmed, 2008. Cap. 8, p. 197-236.

LEMOS, J. C.; CRUZ, R. M.; BATOMÉ, S. P. Sofrimento psíquico e trabalho de profissionais de enfermagem. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 7, n. 2, p. 407-409, 2002.

LUNARDI, V. L. *et al.* A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 1-6, maio/jun. 2007.

MACEDO, L. C. *et al.* **Análise do discurso**: uma reflexão para pesquisar em saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação*, v.12, n.26, p.649-657, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000300015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 set. 2009.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/ago. 2004.

MOREIRA, M. C. N. Imagens no Espelho de Vênus: mulher, enfermagem e sociedade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto / SP, v. 7, n. 1, p. 55-65, 1999.

OLIVEIRA, A. C.; SÁ, L.; SILVA, M. J. P. O posicionamento do enfermeiro frente a autonomia do paciente terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 286-290, maio/jun. 2007.

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

PARO, D.; PARO, J.; FERREIRA, D. L. M. **O enfermeiro e o cuidar em oncologia pediátrica**. *Arquivo Ciência e Saúde*, v. 12, n. 3, p. 151-157, jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/online.html>. Acesso em: 15 jun. 2009.

PENHA, R. M. Finitude e Terminalidade: um novo olhar sobre as questões da morte e do morrer em Enfermagem. In: SANTOS, F. S. (Org). **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 6, p. 89-102.

PEREIRA, E. B. Fundamentação teórica. In: PEREIRA, E. B. **A liderança na enfermagem em oncologia e os nexos com a humanização: uma perspectiva dos líderes**. 2007. Cap. 2, p. 17-57. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PEREIRA, P. F. Gênero e as masculinidades. In: PEREIRA, P. F. **Homens na Enfermagem: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional**. 2008. Cap. 4.1, p. 32-40. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PESSINI, L. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. In: SANTOS, F. S. (Org). **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. Cap. 22, p. 319-347.

PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990. 189 p.

POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. **Lua Nova**, São Paulo, n. 63, p. 179-201, 2004.

POPIM, C. R; BOEMER, M. R. Cuidar em Oncologia na Perspectiva de Alfred Schütz. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 677-685, set./out. 2005.

PROENÇA, W. L. Contribuições do Método da Observação Participante para pesquisas no campo religioso brasileiro. **Revista Antropos**, Manaus, v. 2, p. 8-33, maio 2008.

QUEIROZ, A. H. *et al.* Reflexões sobre percepções sociais da AIDS e do Câncer e as interações entre os pacientes, famílias e profissionais de saúde. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 37, p. 105-119, abr. 2005.

QUEIROZ, S. G. **Condições de trabalho e saúde dos enfermeiros em oncologia**. 2008. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

QUINTANA, A. M. *et al.* Sentimentos e percepções da Equipe de Saúde frente ao Paciente Terminal. **Paidéia**, Santa Maria, v. 16, n. 35, p. 415-425, out. 2006/jan. 2007.

RAMALHO, M. A. N.; MARTINS, M. C. F. N. Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 123-132, jan./abr. 2007.

RECCO, D. C.; LUIZ, C. B; PINTO, M. H. **O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo**. Arquivo Ciência e saúde, v. 12, n. 2, p. 85-90, abr./jun.2005. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_01/online.html>. Acesso em: 16 abr. 2009.

REY, F. L. G. As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 8, n.2, p. 69-85, 2006.

ROCHA, V. Do caranguejo vermelho ao Cristo cor-de-rosa: as campanhas educativas para a prevenção do câncer no Brasil. **História, Ciência e Saúde**, Manguinhos-Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 253-263, jul. 2010.

RODRIGUES, A. B.; CHAVES, E. C. Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 24-28, jan./fev. 2008.

ROSA, L. M. *et al.* As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 410-414, jul./set. 2008.

ROSA, R. B; LIMA, M. A. D. S. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre o que é ser enfermeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 125-130, 2005.

SADALA, M. L. A; SILVA, M. P. Cuidar de pacientes em fase terminal: a experiência de alunos de medicina. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 12, n. 24, p. 7-21, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 abr. 2009.

SALGUEIRO, N. O vestuário do pessoal de enfermagem (II): o domínio do branco. **Revista Referência**, Coimbra, Portugal, n. 5, p. 79-85, nov. 2000.

SANTOS, F. S. Tanatologia: a ciência da educação para a vida. In: SANTOS, F. S. (Org). **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 1, p. 1-29.

SILVA, I. M. B. P. O hospital como Organização. In: SILVA, I. M. B. P. **A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar**. 2006. Cap. 3. p. 74-90. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Ciências Sociais, São Paulo.

SILVA, K. S.; RIBEIRO, R. G.; KRUSCE, M. H. L. Discurso de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 451-456, maio/jun. 2009.

SILVIA, L. C. O sofrimento dos profissionais de saúde na atenção aos pacientes oncológicos. In: III CONGRESSO INTERAMERICANO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 2005, São Pau-

lo. **Anais do III Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde**. São Paulo: Psicologia Hospitalar, 2005. p. 127.

SILVIA, C. O. Trabalho e Subjetividade no Hospital Geral. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 26-33, 1998.

STUMM, E. M. F.; LEITE, M. T.; MASCHIO, G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n.1, p. 75-82, jan./mar. 2008.

SWITZERLAND, **Paliative Care**. Module 5. Geneva: World Health Organization, 2006, 51 p.

TEIXEIRA, L. A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciência e Saúde**, Manguinhos, v. 17, n. 1, p. 13-31, jul. 2010.

TOFFOLETTO, M. C. *et al.* A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, jul./set. 2005.

TRINCAUS, M. R.; CORRÊA, A. K. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástases. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 44-51, 2007.

TURATO, E. R. Viabilizando a etapa do trabalho e do campo. In: TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 305-349.

VARELLA, D. **Por um fio**. 9. ed. São Paulo: Schwarcz, 2008, 218p.

VENTURA, M. M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Revista SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, set./out. 2007.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para equipe de enfermagem oncológica

Nome:

Idade:

Função:

Tempo de serviço:

1. Qual é a idade do paciente que o impacta mais?
2. O que o levou a escolher a oncologia como campo de trabalho?
3. Para você, o que é um paciente terminal?
4. O que você sente ao prestar assistência a um paciente terminal?
5. Descreva sua relação com esse paciente.
6. Diga uma palavra que vem a sua cabeça ao lembrar-se de um paciente terminal.
7. Como é conviver com a morte para você?
8. Alguns elementos presentes no seu dia a dia interferem na sua relação com esse paciente? Se sim, quais?
9. Você se julga uma pessoa diferente após começar a trabalhar em oncologia?
10. Você pensa nos seus pacientes quando não está trabalhando?
11. O seu trabalho interfere na sua vida pessoal? De que maneira?

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: **A EQUIPE DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA: A experiência com a terminalidade no contexto hospitalar.**

Você foi selecionado por fazer parte da equipe de enfermagem do ambulatório de oncologia do Hospital Felício Rocho e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição, pois essa pesquisa está vinculada ao mestrado da PUC Minas e não possui qualquer vínculo com a instituição, com exceção da autorização no CEP.

Objetivos do estudo:

- **Investigar os impactos da experiência adiante da terminalidade para os profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade oncológica dentro de um contexto hospitalar.**
- **Verificar as dimensões institucionais que compõem a experiência da equipe de enfermagem oncológica.**
- **Estudar as implicações desta experiência no trabalho da equipe de enfermagem oncológica diante da terminalidade.**
- **Analisar os processos de subjetivação da equipe de enfermagem perante o cenário da terminalidade.**

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semi-estruturada que será conduzida pela própria pesquisadora.

Não possuem riscos relacionados a sua participação.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, sendo utilizados apenas com a finalidade acadêmica. Os dados

(gravação da entrevista) serão armazenados em poder da pesquisadora para qualquer possibilidade de nova consulta e/ou esclarecimentos por um período de cinco anos e após serão destruídos.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

Maria Carolina Costa Rezende (PUC Minas)
(31) 3319-4568/3319-4922

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Felício Rocho
Coordenadora Selme Silqueira de Matos
Tel.: 3514-7626