

MARÍLIA SPER DE ALBUQUERQUE

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE MÉDICOS
QUE TRABALHAM COM PACIENTES
PORTADORES DE CÂNCER**

CAMPINAS

Unicamp

2009

MARÍLIA SPER DE ALBUQUERQUE

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE MÉDICOS
QUE TRABALHAM COM PACIENTES
PORTADORES DE CÂNCER**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Coletiva

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a SILVIA MARIA SANTIAGO

CAMPINAS

Unicamp

2009

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

AL15a Albuquerque, Marília Sper de
Aspectos psicológicos de médicos que trabalham com
pacientes portadores de câncer / Marília Sper de Albuquerque.
Campinas, SP: [s.n.], 2009.

Orientador: Silvia Maria Santiago
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Oncologia. 2. Saúde mental. 3. Saúde Pública. 4. Atenção
à saúde do trabalhador. I. Santiago, Silvia Maria.
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
Médicas. III. Título.

**Título em inglês: Psychological aspects of doctors who takes care of
patients with cancer**

Keywords: • Oncology
• Mental health
• Public health
• Occupational health services

Titulação: Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Profa. Dra. Silvia Maria Santiago

Profa. Dra. Anna Valéria Gervásio de Britto

Profa. Dra. Nely Aparecida Guernelli Nucci

Data da defesa: 07-08-2009

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

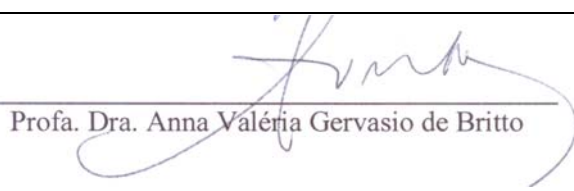
Aluno(a): Marília Sper Albuquerque

Orientador: Prof.(a). Dr.(a). Silvia Maria Santiago

Membros:


Prof. Dra. Sílvia Maria Santiago


Prof. Dra. Nely Aparecida Guernelli Nucci


Prof. Dra. Anna Valéria Gervasio de Britto

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 07/08/2009

DEDICATÓRIA

A Deus que me amparou durante esse momento de suma importância em minha vida.

Aos meus pais que me estimularam e me apoiaram em todo o processo de aprendizagem, desde meus primeiros anos de vida.

Aos meus amigos que me deram muito apoio durante o curso de mestrado.

A toda minha família, pessoas especiais que sempre me trazem alegria.

A todos os professores que me apresentaram à Saúde Coletiva e me estimularam a cada dia, mostrando-me que é possível construir junto à equipe de saúde, elaborar projetos terapêuticos com participação de usuários e comunidade.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dr^a Silvia Maria Santiago que possibilitou meu crescimento profissional, estimulando-me a estudar o campo da Saúde Coletiva, dando-me a oportunidade de conhecer e lutar pelo cuidado aos profissionais de saúde, em especial os médicos que também podem se beneficiar de um espaço de escuta e acolhimento quanto às suas questões mais íntimas.

À Prof^a Dr^a Nely Aparecida Guernelli Nucci, com sua imensa sensibilidade e conhecimento na área de Psico-Oncologia, gostaria de agradecer-lá imensamente, pela disponibilidade em estar presente nesta fase de minha vida, auxiliando-me quanto aos elementos teóricos do meu núcleo de conhecimento.

À Prof^a Sonia Novaes de Rezende, pela qual tenho grande admiração. Ajudou-me através de sua ampla experiência no campo do cuidado ao cuidador, acolhendo-me quando necessário com indicações teóricas e através de palestras que pude presenciar.

Ao Prof. Dr. Valdemar Donizeti de Sousa que sempre contribuiu para meu crescimento pessoal e profissional, motivando-me a realizar curso de mestrado, já em 2005, enquanto estava realizando curso de aprimoramento em Saúde Pública.

Ao Hospital de Clínicas da Unicamp que me acolheu e possibilitou esse estudo.

Aos profissionais médicos, por serem especiais e muito importantes para a vida de tantos pacientes, sobretudo aos portadores de câncer, que eles possam continuar esse maravilhoso trabalho na dimensão do cuidar.

Especialmente aos participantes dessa pesquisa, que possibilitaram a realização deste trabalho, com um papel fundamental na construção do conhecimento científico, de novos olhares, possibilidades e perspectivas para uma melhor qualidade de vida do profissional médico e de seus pacientes.

Aos recepcionistas do setor de oncologia que me receberam muito bem e foram essenciais para a articulação da realização das entrevistas.

Há inúmeros trabalhos relacionados ao cuidado dispensado ao profissional médico, pelo risco de adoecimento que lhe pode ocorrer em razão de sua prática. No entanto, existem poucos serviços com práticas regulares, que ofereçam espaços de reflexão, partilha e crescimento na difícil tarefa do cuidar em saúde. Ao lado disso, há ainda pouco investimento na elaboração de projetos que auxiliem na saúde do cuidador. O trabalho em oncologia remete ao intenso contato do médico com questões subjetivas como a dor, o sofrimento, a vida e a morte. Há estudos que mostram a existência de sentimentos de angústia, tensões, impotência e onipotência do médico, ao lidar com as limitações da própria doença, relação com o paciente e familiares, por não conseguir solucionar muitas questões referentes ao câncer, uma doença grave, que remete à finitude humana. Esse trabalho objetivou conhecer quais aspectos psicológicos estão presentes no médico que cuida de pacientes com câncer, além de identificar quais estratégias pessoais e institucionais existem para apoiá-los, a partir de sua perspectiva. A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa. Foram realizadas entrevistas com médicos que cuidam de pacientes oncológicos do Hospital de Clínicas da Unicamp. Os resultados foram analisados a partir da análise temática de conteúdo, utilizando referenciais teóricos da psicanálise e da Saúde Coletiva. O estudo pretendeu contribuir com a Saúde Coletiva, na medida em que investigou as necessidades de cuidado desses trabalhadores e poderá suscitar novas questões para futuros projetos que auxiliem a saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde, repercutindo no cuidado em oncologia mais ampliado e integral.

Palavras-chave: Oncologia, saúde mental, saúde pública, atenção à saúde do trabalhador.

There are several works about the care related to the medical professional, regarding the sickness risk that can happen due their practice. However, still few services exist with regular practices that offer to these professionals opportunities to reflect, share and growth in the difficult task of taking care in health environment, besides that, there is still little investment in the elaboration of projects regarding the health care professionals. The work in oncology makes the doctor be in intense contact with subjective subjects as pain, suffering, life and death. There are studies that show the existence of anguish feelings, tensions, impotence and onipotence by the doctor when working with limitations of their own disease, relationship with the patient and their relatives and with the fact of not solving many subjects regarding cancer, a serious disease that is related to the human finiteness. This work had the objective to know which psychological aspects are present in the doctor who takes care of patients with cancer, and also to identify which personal and institutional strategies are used to support them, starting from that professional's perspective. The methodology used was a qualitative research. Interviews were accomplished with doctors who take care of oncology patients in the General Hospital of Unicamp. The results were analyzed from the thematic content analysis, using theoretical references of the psychoanalysis and the Public Health. The study intended to contribute with the Collective Health by investigating the needs of those medical workers and it can rise new subjects for projects that can help the health care workers who work for the public health system in Brazil (called Unique System of Health), reflecting in a more extended and full oncology care.

Key-words: Oncology, mental health, public health, occupational health services.

	Pág.
RESUMO	xi
ABSTRACT	xiii
1- INTRODUÇÃO	21
1.1- A influência do modelo médico centrado no cuidado em saúde	27
1.2- O cuidado em oncologia: cuidar de si e cuidar do outro na relação médico-paciente	29
1.3- A questão da comunicação para o profissional médico	35
1.4- O trabalho multiprofissional na construção do cuidado Integral	39
1.5- Instituições de saúde e cuidado do trabalhador	41
1.6- Justificativa	42
2- OBJETIVOS	45
2.1- Objetivo geral	47
2.2- Objetivos específicos	47
3- SUJEITOS E MÉTODO	49
3.1- Tipo de estudo	51

3.2- Instituição.....	51
3.3- Período de estudo.....	52
3.4- Sujeitos.....	52
3.4.1- Critérios de inclusão.....	54
3.4.2- Critérios de não inclusão.....	54
3.4.3- Critérios de exclusão.....	54
3.4.4- Critérios de desistência.....	54
3.5- Procedimentos de pesquisa.....	55
3.6- Categorias de análise.....	56
3.7- Considerações éticas e termo de consentimento livre e esclarecido.....	57
4- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	59
4.1- Critérios.....	61
4.2- Apresentação dos resultados.....	61
4.3- Desejo de trabalhar em oncologia.....	70
4.4- Comunicação.....	74
4.5- Sentimentos vivenciados.....	85
4.6- Ambiente de trabalho em oncologia.....	100
4.7- Cuidado ao cuidador.....	112

5- CONCLUSÃO.....	113
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	145
7- ANEXOS.....	153
ANEXO 1- Diário de campo.....	155
ANEXO 2- Roteiro de entrevista.....	161
ANEXO 3- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	163

1- INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem se estruturando no país com avanços muito significativos, principalmente no que se refere à ampliação do acesso aos serviços de saúde e descentralização da atenção. As maiores conquistas são observadas no acesso aos cuidados oferecidos pela atenção básica, tanto em unidades tradicionais, quanto através da Estratégia de Saúde da Família. O princípio do SUS de prover a atenção integral e equânime aos cidadãos trouxe o desafio, para além da atenção básica, de organizar serviços de referência especializada que atendam a demanda de casos que necessitam de maior complexidade, ao mesmo tempo mantendo a atenção qualificada e humanizada.

O acesso aos serviços especializados constitui-se em um problema atual do sistema de saúde, como um grande gargalo que dificulta, este acesso e também impede a resolução dos casos demandados pela atenção básica. Um exemplo é a atenção aos pacientes com câncer hoje no Brasil. A importância do câncer como problema de saúde pública é crescente e hoje já representa a segunda causa de morte no país e no mundo. Além da importância epidemiológica, o câncer é uma doença de manejo complexo desde a sua suspeita, o seu diagnóstico, tratamento e seguimento que demanda o trabalho multiprofissional, em locais adequados. Muito frequentemente, está acompanhado de estigma por ser uma doença grave e com grande mortalidade, especialmente em um país onde os diagnósticos são feitos, na sua maioria, em estágios avançados. É importante destacar que suas características epidemiológicas podem variar, dependendo da patologia e do local (território nacional), porém é agravo de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade. E estas são características que o classificam como um problema de saúde pública (Castilho, 2002; Brasil, 2007).

Para os profissionais de saúde que acompanham os pacientes e suas famílias, neste percurso, a carga emocional não é pequena, em especial para o profissional médico, sobre quem recaem as maiores responsabilidades em relação ao sucesso das intervenções terapêuticas. Este protagonismo e expectativas acabam gerando um bônus, mas também um ônus para o profissional que pode

não estar preparado para o enfrentamento da carga emocional que acompanha o cuidado de pacientes com câncer. Como esse profissional tem enfrentado esta difícil tarefa nos dias atuais em que as relações humanas encontram-se tão desvalorizadas e, por outro lado, o uso ou consumo de equipamentos e todo o tipo de tecnologias tão valorizados? A demanda dos pacientes e familiares é pelo cuidado integral, pela atenção às suas necessidades. Como estão conciliadas as expectativas de profissionais e pacientes? Como os profissionais médicos têm se preparado para este diálogo?

Na Grécia Antiga, no período pré-cartesiano, Hipócrates propôs uma terapêutica baseada na razão, de forma a afastar-se do misticismo que havia na época, com foco na observação objetiva e raciocínio dedutivo. No século XVII houve um grande desenvolvimento da física que tinha uma visão mecanicista e reducionista do homem, bem como das ciências naturais. Mayer (1988) *apud* Nucci (2008) considerou, em um determinado momento da história (a partir do século XVII), que a medicina influenciou-se pela física e começou a estudar os seres vivos como se fossem máquinas, de modo a estudar cada parte ou cada órgão separadamente (influência do modelo biomédico). Assim, o sujeito passa a não ser mais o centro da medicina e sim as características universais das doenças. No século XIX, o modelo biomédico influenciou fortemente a medicina e a saúde pública, como forma de enfrentar doenças infecciosas.

A partir de 1970, começa todo um movimento de Reforma Sanitária no Brasil, que passa a considerar a saúde não como ausência de doença e sim um bem-estar físico, mental e social, considerando o sujeito de uma forma mais ampla, além de ser definida mais tarde pela Constituição de 1988 um direito de todos (Nucci, 2008). Porém, essa proposição contida no Sistema Único de Saúde fica limitada e circunscrita pela força da medicina de mercado que se impõe à sociedade e influencia os profissionais.

O médico se depara com todo um contexto sociocultural, já estruturado no imaginário social e em algumas práticas de organizações de saúde, que exerce um papel na sociedade de “saber-poder” (conceito de Foucault, 1972) que deve

ser aceito por todos, sem a participação e reflexão dos diversos atores envolvidos. Para Foucault (1972) o saber científico constitui-se em disciplinas que estão relacionadas com mecanismos de poder. O saber disciplinar implica em um mecanismo político de controle quanto ao exercício de poder: discursos dominantes tentam produzir saberes sujeitados. Foucault (1972) faz uma crítica a esta prática hegemônica de poder, dizendo que as pessoas podem utilizá-lo como uma força produtiva e criativa, podendo construir novas formas de agir, não necessariamente moldadas pelo o que é instituído.

Essa ideia também é discutida por Merhy (2002), quando atenta para a existência de um redesenho dessas práticas, o qual ele define como “cegueira paradigmática”, pois além de novos equipamentos, surge também uma “modelagem da gestão do cuidado em saúde”, que significa reproduzir o modelo médico hegemônico, com seu dotado poder, o qual está baseado no desenvolvimento tecnológico, um modelo que valoriza a especialidade e procedimentos específicos como exames laboratoriais, ou com aparelhos cada vez mais avançados.

O autor aponta para uma relação capitalista de produção, uma vez que o trabalho médico está cada vez mais mercantilizado, sendo assim, faz uma crítica à continuidade de um modelo médico centrado, mas não ao avanço de equipamentos tecnológicos, pois o mesmo é necessário para o desenvolvimento da atuação em saúde.

Merhy (2002) destaca a importância da valorização dos espaços já existentes no fazer saúde, ou seja, lugares onde já se produzem o trabalho de promoção em saúde, opondo-se às macropolíticas neoliberais, em que a gestão acaba impondo o modo de organização do trabalho das instituições como um “saber-fazer”, uma nova forma tecnológica de constituir o modo de cuidar. O autor considera importante esse modo de gestão, no entanto esse modelo não contempla as singularidades dos processos produtivos e o cotidiano vivido pelos profissionais de saúde. Ainda aponta para uma construção teórica que considere essas questões, sendo a sua teoria sistematizada como saúde enquanto uma cartografia do trabalho vivo.

É importante lembrar que para o cumprimento dos princípios do SUS, há de se oferecer atenção integral, multiprofissional e em rede, representando um avanço na organização de um sistema de saúde baseado no vínculo e no cuidado, exigindo dos profissionais uma postura de acolhimento, de participação, de responsabilidade e de resolutividade.

Há uma reflexão acerca da integralidade na atenção, no que se refere à coexistência e interação de vários saberes multiprofissionais que ocupam um espaço singular nos serviços de saúde. Além da integração de múltiplos saberes e práticas, outra característica da integralidade é a de atenção pensada como uma rede de serviços, pois o trabalho em saúde não ocorre em um só lugar, existem várias instâncias que devem estar disponíveis, conforme a necessidade dos indivíduos. As equipes devem estar preparadas para a escuta das necessidades de saúde das pessoas, afim de oferecer um atendimento humanizado e de qualidade (Cecílio, 2001).

No entanto, devido ao contexto histórico-social da medicina, essa postura de cuidado integral, ainda é difícil de ser encontrada na prática dos profissionais, uma vez que a formação destes ainda está centrada no modelo hospitalar de atenção à saúde, com caráter assistencialista, em que o paciente costuma ser tratado de forma objetiva e específica, com um olhar centrado na especialidade e na doença (Fernandes, 1993).

Dentro dos princípios apresentados pelo SUS, a integralidade do cuidado traz grandes contribuições para a reflexão da atenção direcionada aos pacientes com doenças graves. Considerando a organização da atenção de forma integrada, em especial a pacientes com doenças graves como o câncer, ganha importância a saúde dos profissionais. Diante disso, o profissional que se conhece melhor e cuida de si sabe identificar adequadamente as diversas necessidades do usuário e pode estar mais preparado para oferecer um atendimento mais qualificado e humanizado. O médico é um dos trabalhadores da saúde mais exigidos na atenção ao paciente oncológico, pois costuma liderar a equipe multiprofissional nas responsabilidades referentes às definições diagnósticas e

terapêuticas. Existe hoje uma preocupação com a saúde dos trabalhadores da área e tem se incorporado a ideia de que é necessária uma atenção especial, muito frequentemente denominada de cuidado ao cuidador. Vale ressaltar que “cuidado ao cuidador” é um termo muito utilizado pela enfermagem e menos frequente na saúde coletiva, em que o cuidado é também direcionado ao profissional de saúde, cuidador de alguém, termo adequado ao contexto deste trabalho.

1.1- A influência do modelo médico centrado no cuidado em saúde

Pode-se perceber uma ambivalência de atitudes no que diz respeito às vivências dos profissionais médicos nos dias atuais: deve-se compreender o médico como uma pessoa humana, pertencente a um contexto histórico-cultural, dotado de sonhos, desejos, com suas potencialidades, modificando-se no processo de cuidar e no contato com o paciente. Ao mesmo tempo, alguns estudos apresentados a seguir trazem uma tendência da escola médica na valorização da pesquisa e num movimento considerável para a especialização, uma prática com foco na doença e que, em situações extremas, podem não valorizar o sofrimento daqueles que estão ali. Torna-se importante procurar entender como as ações desses profissionais se efetivam, em qual contexto, quais são as influências culturais sofridas em sua história e modo de se colocar na vida.

Favoreto (2005) faz uma discussão acerca do modelo médico tecnocêntrico, em que o médico e o estudante de medicina não são preparados para lidar com a prática da clínica. O autor refere como dicotomia o que ele chama de tensão estruturante entre o profissional e o humano, saber e sentir, dizendo que o sofrimento do médico está nesse ponto, ou seja, o médico muitas vezes apresenta uma dificuldade de lidar com a subjetividade da clínica, uma vez que não lhe foi ensinado suficientemente em sua formação.

Segundo Fernandes (1993), o raciocínio anatomoclínico é frequentemente insuficiente para dar conta do sofrimento apresentado ao médico. O modelo médico tradicional existente ainda hoje, principalmente nos hospitais, caracteriza-se por uma importância relativamente maior da anatomofisiopatologia, uma vez que nesse campo o paciente apresenta um quadro maior de complexidade. Assim, o paciente necessita de um especialista que possua uma habilidade necessária para olhar suas lesões com profundidade. Nesta conduta mecanicista, a história de vida do paciente e sua subjetividade pouco acrescentam ao médico que o trata.

Favoreto (2005) faz uma crítica à clínica, uma vez que esta vem assumindo diversos sentidos relacionados à prática médica hegemônica, do modelo anatomoclínico, biomedicina e pronto-socorro. É de extrema importância lembrar que a forma de organização e de atuação hospitalar ainda estão muito calcadas no modelo anatomoclínico. Assim, como Merhy (2002), para o autor, a clínica é uma ação que deve se basear nas necessidades dos usuários, considerando o contexto social em que eles vivem e utilizando também o fazer clínico, enquanto uma técnica. Ainda refere que a clínica advém do cuidado ou “resposta ao sofrimento” devido à impossibilidade do paciente continuar com seus planos de futuro.

Segundo o mesmo autor, os atendimentos realizados pelas equipes de saúde estão baseados em modelos de atenção ou em programas centrados em ações preventivas e curativas, porém com dificuldade em identificar as necessidades de saúde dos sujeitos, considerar a subjetividade e contexto de vida destes. Sendo assim, propõe entre as práticas das equipes e dos médicos uma abordagem mais ampliada do processo “saúde-doença-cuidado”, objetivando o cuidado integral e a autonomia das pessoas.

Para Favoreto (2007), o médico necessita desenvolver uma habilidade que nomeia como competência dialógica: capacidade de entender o significado e representações do adoecimento; em ouvir as histórias contadas pelos pacientes e estar atento aos elementos inconscientes presentes em suas narrativas.

Valoriza a narrativa como um modo de facilitar a comunicação entre os sujeitos, promovendo melhora na relação médico-paciente e possíveis intervenções terapêuticas. O autor aponta que:

...a noção de autonomia das pessoas no processo de saúde-doença-cuidado: a autonomia na relação médico-paciente implicaria em reconhecer que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo... (Favoreto, 2005 p. 215).

Freud (1974) e Foucault (1985) apontam para forte influência da cultura na formação da pessoa humana. Apesar de não ser o foco do trabalho, este pensamento também dialoga com a questão trazida por Merhy (2002) e Favoreto (2005) sobre a tendência do modelo tecnocêntrico no trabalho médico. O médico tem uma bagagem de história afetiva no contato com essa cultura e no que se refere à sua prática e age, muitas vezes, conforme esse modelo, dependendo de sua formação, experiências de vida e modo de realizar suas escolhas.

1.2- O cuidado em oncologia: cuidar de si e cuidar do outro na relação médico-paciente

O cuidado ao cuidador é um tema de extrema importância, especialmente no que se refere à oncologia, tornando-se relevante pensar na relação médico-paciente. O médico, ao cuidar de um paciente com câncer, necessita acurácia técnica e sensibilidade. Assim, é importante compreender os mecanismos ou processos mentais que ocorrem durante o processo de adoecimento e tratamento do câncer.

O cuidado é um tema essencial para a integralidade das ações em saúde, considerando a clínica ampliada (Brasil, 2004) e o cotidiano das práticas dos profissionais de saúde.

Para Campos (2005), o ato de cuidar pressupõe uma experiência compartilhada, deixa de ser um ato de superioridade, ou seja, não é um ato de dar e sim de trocar. Já, Boff (1999) propõe o cuidado enquanto *ethos*:

Cuidar é mais que um ato é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (...) É no cuidado que vamos encontrar o *ethos* necessário para socialidade humana (...) Quando falamos *ethos* queremos expressar o conjunto de valores, princípios e inspirações que dão origem a atos e atitudes (as várias morais) que conformarão o *habitat* comum e a nova sociedade nascente (p. 33-39).

Cuidar envolve uma relação de vínculo. A negação do vínculo pode levar à despersonalização do sujeito. Pichon (1995) define a despersonalização como tentativa de perda do ser, de si mesmo ou do eu, de não ser ninguém para não ter compromisso com o outro, não ser a pessoa que se quer vincular. A construção de vínculo é um recurso terapêutico, esclarecendo que vínculo é uma palavra de origem latina que significa atar ou ligar, indica interdependência, é uma circulação de afeto entre as pessoas. A constituição de vínculo depende de movimentos do usuário e da equipe de saúde (Campos, 2003).

Para Silva Junior e Mascarenhas (2005), o vínculo pode ser pensado enquanto afetividade, como relação terapêutica ou continuidade. Atentam para os movimentos de transferência e contratransferência, para as lacunas dos discursos: nos ditos e não ditos, para autoconhecimento por parte do profissional de saúde. O vínculo também implica a responsabilização da equipe de saúde em dar algum tipo de resolutividade ao problema, alguma intervenção tendo como foco o sujeito, partindo de um olhar que entende a saúde como produção de vida e promoção de uma rede de cuidados.

O processo da relação médico-paciente é conflituoso, pois essa relação é carregada de valores, símbolos, representações e poderes frente à saúde, à enfermidade, à vida e à morte e das identidades profissionais (Machado, 1995). Os médicos e todos os profissionais que trabalham em enfermarias, principalmente em oncologia, têm o cuidado como objetivo de seu saber e de sua prática. Porém, muitas vezes o trabalho do médico se automatiza e dificulta a prática de uma visão integrada de intervenções e realizações de projetos terapêuticos.

O médico ao tecnificar o seu trabalho e fixar-se na doença utiliza um mecanismo de defesa contra a volta àquela fase de desconforto íntimo de ansiedade que tivera no início do aprendizado. Muitos médicos excluem-se do processo de tratamento, pois assim procuram deixar sua própria subjetividade de lado e tendem focalizar a doença, na tentativa de desumanizar o paciente (Perestrello, 1996).

É imprescindível constituir o vínculo com o paciente uma vez que as queixas trazidas pelos usuários dizem respeito a suas condições de existência. Entende-se a saúde como produção de vida desses sujeitos, em suas famílias, em suas crenças e contextos.

Campos (2005) cita que o ser humano tem uma necessidade em ser aceito, reconhecido e valorizado pelos outros. Relata que nesse caso olhar a doença não é suficiente, é necessário olhar a subjetividade que existe no sujeito. Assim, o ato terapêutico passa a ser o olhar. Às vezes, a doença vem como uma maneira do sujeito ser tocado, afetosamente, carinhosamente e cuidadosamente. A doença pode ser um pedido de ajuda, uma forma de falar, ou uma tentativa de ser ouvido, uma forma de estabelecer comunicação com o mundo externo.

A relação profissional de saúde-paciente pode ser influenciada pelas circunstâncias de trabalho e de como o trabalhador está se sentindo naquele momento. Muitas vezes, as inúmeras tarefas e funções do profissional são tantas,

que o impede de aproximar-se do paciente e atendê-lo adequadamente. Pode levá-lo ao descuido ou sentimento de raiva pelo paciente (Campos, 2005).

O profissional de saúde tem um papel terapêutico, o paciente deposita nele uma relação de ajuda e esperança, quando o paciente encontra-se em conflito precisa do terapeuta para poder ajudá-lo. Nesse momento, necessita que ele continue ali, acessível, porque é a partir deste sofrimento que ele vai encontrar alternativas, novos caminhos de resolver o conflito, resgatando a realização pessoal. Nessa relação terapêutica profissional-paciente, é imprescindível considerar a subjetividade e a singularidade nos sujeitos implicados (Rosa, 2000; Silva Junior e Mascarenhas, 2005).

Entendendo que o médico também está nessa relação, para se discutir o cuidado ao cuidador, existem alguns estudos que trazem contribuições no que se refere aos aspectos psicológicos deste profissional.

Encontra-se na literatura, em relação aos aspectos psicológicos do profissional médico, uma dualidade de sentimentos: o de onipotência em contrapartida com o sentimento de impotência. Essa ambiguidade pode ser vista em alguns trabalhos, como o de Campos (2005), Rosa (2000) e Rezende (2005):

Na atividade clínica uma série de fatores podem contribuir para dificultar as relações no trabalho. Os próprios locais como o hospital, as unidades básicas de saúde, os ambulatórios, entre outros, são espaços que estão organizados para tratar do sofrimento, da doença e não necessariamente contemplam os processos de saúde ou ao menos de prevenção à doença. Adoecer parece significar descobrir um sentimento de impotência, de estar mais próximo da morte, com menos entusiasmo para a vida. Está relacionado com a dor física ou psíquica, com desconforto ou angústia, com perdas, incapacidades, com a diminuição da força ou da vontade de cuidar-se, de tomar conta da própria vida. Os profissionais da saúde vão lidar com essa situação no seu cotidiano, o que faz gerar sofrimento (Rosa, 2000, p. 62).

Os trabalhadores de saúde convivem com emoções, sentimentos e conflitos intensos presentes nos pacientes e seus familiares, precisam lidar com a expectativa de onipotência e conviver com a frustração da impotência. Confrontam-se com a realidade da doença e morte, temendo a finitude. Sendo assim, os sentimentos de onipotência-impotência ocorrem devido à existência de uma realidade perturbadora para a consciência, causando uma paralisação no indivíduo, impedindo-o de refletir, funcionando também como um mecanismo de defesa. As diversas demandas da instituição e do próprio trabalho com o paciente geram sentimentos de solidão e desamparo. São ações importantes: o acolhimento, o exercício de pensar e compartilhar as emoções, pois são atitudes que facilitam o processo de significação e amadurecimento da experiência vivida por esses profissionais (Campos, 2005; Rezende, 2005).

Nesse sentido, o referencial da psicanálise contribuiu fortemente com a descoberta de que a atividade psíquica é principalmente inconsciente. Freud atribuiu os mecanismos mentais à lei da causalidade psíquica. Há processos psíquicos que são barrados, impedidos de chegar à consciência (Brenner, 1987).

No inconsciente, várias energias coexistem, há sentimentos de ambivalência como amor e ódio, satisfação e insatisfação, prazer e desprazer. Ou seja, o ser humano busca uma satisfação motivada por mecanismos inconscientes de “tudo ou nada”. Em relação ao profissional de saúde, a ambivalência de sentimentos de onipotência e impotência ocorre de modo mais intenso, pois lida com o sofrimento humano constantemente e realiza um papel social daquele que vai curar o indivíduo de todas as suas mazelas.

Alguns elementos da teoria psicanalítica podem ajudar a compreender um pouco do trabalho médico em oncologia. Todo ser humano é dotado de desejos, fantasias e representações subjetivas. No que se refere ao cuidado a pacientes oncológicos, o médico entra na relação com o sujeito, com seu desejo e sua própria subjetividade.

Diante disso, esse trabalho procura discutir sobre o desejo dos profissionais de trabalharem com oncologia, a comunicação na relação médico-paciente, tendo a fala como principal instrumento, reflexões e representações do profissional sobre “*Eros e Tanatos*” (a vida e a morte), a maneira de perceber e lidar com a subjetividade do paciente, o cuidado de si, como o médico percebe o olhar institucional quanto ao sofrimento do profissional de saúde.

Os estudos em psicanálise, em geral, atentam para a importância do discurso em relação aos sentidos das palavras que trazem significado da vida e do mundo. Segundo Freud (2007), no discurso há sempre uma energia psíquica dotada de desejo. Um desejo é uma ideia ou um pensamento, sendo que ocorre no nível da representação e procura ser satisfeita.

A tendência do ser humano é reviver experiências de satisfação e proteger-se de experiências de desprazer. Os mecanismos de defesa surgem no sentido de evitar a dor, como uma proteção ao sofrimento (Garcia-Roza, 1999).

O trabalhador desenvolve mecanismos de defesa, uma vez que sente-se controlado, agindo conforme a ordem recebida, adoecendo e protegendo-se do risco de errar. O médico, enquanto figura hegemônica na história da saúde ocupa um papel de quem detém sabedoria e experiência. Assim, as práticas passaram a ser assistenciais, nas quais o profissional tende a dominar sozinho o espaço da clínica. Na maioria das vezes, os mecanismos de defesa surgem no sentido do profissional suportar suas angústias (Rosa, 2000).

Os mecanismos de defesa são processos mentais com o objetivo de sobrevivência do sujeito no mundo que o cerca, é uma forma de interagir com a realidade, forma que o indivíduo consegue elaborá-la naquele momento, ou seja, de maneira suportável para a consciência. Existem vários mecanismos de defesa, conceituados por muitos psicanalistas, no entanto vale destacar alguns deles como: identificação; introjeção; negação; projeção; racionalização; formação reativa e sublimação (Laplanche e Pontalis, 1992).

1.3- A questão da comunicação para o profissional médico

Para refletir acerca dos aspectos psicológicos de médicos que trabalham com pacientes portadores de câncer, é importante compreender o sentido do trabalho para esses profissionais.

O trabalho em saúde necessita de um investimento subjetivo, revelando a maneira de o sujeito estar no mundo, sua forma de pensar, sentir, agir, expressar-se e relacionar-se no mundo.

Segundo Campos (2005), o profissional médico trabalha sob constante tensão, uma vez que seu objeto de trabalho é uma pessoa doente ou alguém atingido na integridade física, psíquica e, muitas vezes, social, vulnerável em sua autoestima, alguém que expressa sofrimento. Os procedimentos de saúde não são fáceis de realizar, pois estão relacionados com sinais e sintomas de mal-estar do indivíduo. Os médicos precisam lidar com o risco de vida e tudo que isso acarreta no doente, em sua família e amigos que o cercam, exigindo altos graus de resultados do profissional.

Segundo Klüber-Ross (2005), no inconsciente a morte é inconcebível, uma vez que se trata da morte de si mesmo, a tendência do homem é atribuir a ela uma intervenção maligna fora de seu alcance (uma resposta mágica). O homem sente dificuldade em aceitar a morte, tem medo e tende a proteger-se dela. A autora coloca em discussão o assunto sobre a morte e o morrer, considerando que a sociedade tende a ignorá-la ou a evitá-la e assim acaba criando valores baseados na tecnologia, no desenvolvimento da ciência, de maneira a reduzir cada vez mais a relação interpessoal. Porém, é importante ressaltar que tanto o desenvolvimento da tecnologia quanto a valorização do campo relacional devem andar juntos na atenção em oncologia. O profissional deve ser crítico quanto à influência da cultura médico centrada, necessita saber utilizar-se da tecnologia e conhecimento científico, bem como lidar com a subjetividade existente na relação de cuidado.

Para Klüber-Ross (2005), o paciente ao ser informado sobre a possibilidade de ter câncer remete-se a uma ideia de morte iminente; um tumor maligno, no imaginário das pessoas, está associado à finitude. A autora enfatiza a importância de assumir a doença e a capacidade de tentar superá-la.

Nesta mesma linha de pensamento, segundo Castilho (2002), mesmo nos dias atuais existe um conceito do senso comum de que o câncer é um mecanismo mágico, há uma ideia de que seja uma doença do mal, algo que as pessoas evitam chamar pelo nome: “muitos a chamam de aquela doença, doença ruim, doença do demo ou aquilo” (p.13).

A maneira que é dada a notícia de câncer pelo médico é um fator muito relevante para a aceitação da doença, Klüber-Ross (2005) enfatiza que a comunicação do diagnóstico, na maioria das vezes, é subestimado e deveria ter mais atenção ao longo de todo o processo de ensino da medicina. A autora defende que a informação sobre o processo de morte e o morrer para os pacientes é importante, adiar essa comunicação só poderá colocar o paciente numa posição defensiva. Ainda observa que há uma tendência dos profissionais de saúde de evitarem esse tipo de paciente, ressalta que eles estão perdendo uma grande oportunidade de aprender sobre a vida.

Portanto, a mesma ideia é apontada por Perdicaris e Silva (2008), quando afirmam que no cotidiano do trabalho do médico, a comunicação é um instrumento de trabalho muito importante para sua intervenção a qual deve incluir ações educativas, de promoção à saúde, envolvendo uma equipe interdisciplinar. Os autores consideram a comunicação como uma habilidade importante no trabalho em medicina e deve ocorrer da maneira mais franca possível.

A questão da habilidade de comunicação no ambiente em oncologia é muito importante na relação do médico com o paciente. A maneira como ocorre o primeiro encontro do médico com o doente pode influenciar em todo o tratamento (Perdicaris e Silva, 2008).

Katajima e Cosmo (2008) citam que há diversos tipos de comunicação: a comunicação falada, escrita por meio de sinais e símbolos e signos (comunicação verbal e não verbal). Há duas partes na comunicação: dos sentimentos e do conteúdo de informação. As autoras trazem como informações importantes ao paciente, por parte da equipe de saúde: a rotina do hospital, os procedimentos e exames a serem realizados, a disponibilidade para esclarecimentos e o dizer sempre a verdade. No que se refere aos sentimentos, Katajima e Cosmo (2008) consideram que, na maioria das vezes, os profissionais se distanciam ou reagem defensivamente, influenciando na relação médico-paciente.

No que se refere à Saúde Coletiva, é importante destacar que há estudos que associam a integralidade à comunicação, como por exemplo, Xavier e Guimarães (2005) citam que a comunicação é um comportamento pessoal que influencia diretamente na prática da integralidade, considerando que a escuta é uma atitude desejável na relação médico-paciente, uma vez que o profissional de saúde é capaz de despir-se do conhecimento técnico-científico, tendo disponibilidade interna para ouvir o outro, constituindo uma maior capacidade de acolhimento nesse profissional dentro do sistema de saúde. O ato de escuta é definido, pelos autores, como um saber que dialoga com o conhecimento biomédico. Nesse mesmo sentido, o termo integralidade é conceituado por Silva Junior e Mascarenhas (2005) como um atributo na organização e das práticas adotadas nos sistemas de saúde. A integralidade articula-se com o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e qualidade de atenção.

Em oncologia, o contato com a morte é frequente e remete ao sentimento de perda de autonomia sobre a existência, podendo gerar um afastamento das pessoas como forma de proteção ao sofrimento (Kovács, 2008).

Klüber-Ross (2005) define alguns estágios que são vivenciados por pacientes que apresentam doenças graves com iminência de morte: o estágio da negação e isolamento que, na maioria das vezes, é uma fase temporária de

choque inicial; o estágio da raiva, em geral a raiva é descarregada em alguém, é projetada em algum objeto como equipe de saúde, familiares, sendo importante que a equipe perceba esse movimento não como o um paciente-problema, mas como um processo natural para a aceitação da doença, a equipe não deve abandonar o paciente nesse momento; o estágio de barganha, no qual há uma tentativa de adiamento através de um prêmio ou meta autoimposta, como promessas de cunho religioso. Pode estar associada com algum sentimento de culpa e desejo de autopunição; o estágio da depressão em que pode ocorrer a depressão reativa (da doença) ou depressão preparatória (preparo para a perda de todos os objetos amados); o estágio de aceitação, após exteriorizar os seus sentimentos, inicia-se um processo de desligamento, de repouso nos quais a dor e a luta chegam ao fim. A presença do profissional e dos familiares é de extrema importância como forma de acompanhá-lo até o fim.

É importante destacar que Klüber-Ross (2005) aponta como relevante a sensibilização da equipe quanto uma maior atenção a todas essas fases e acompanhamento paciente nesse processo.

O contato constante com a morte tanto em relação aos pacientes, quanto em relação à própria equipe pode levar a pessoa a vivenciar o processo de ferida narcísica, uma vez que ao entrar em contato com a finitude, ao mesmo tempo poderá entrar em contato com suas limitações e sentimento de impotência que são próprios do ser humano.

Diante de um cenário em que o contato com a morte leva as pessoas a pensarem em sua existência, Klüber-Ross (2005) enfatiza que o profissional de saúde deve trabalhar primeiramente com o seu próprio “complexo de morte”, para ajudar o paciente a vencer o medo e a ansiedade presentes no cuidado a pacientes terminais.

1.4- O trabalho multiprofissional na construção do cuidado integral

Segundo Ceccim (2005), as práticas de saúde integram diferentes núcleos de competências que são prestados aos usuários dos serviços de saúde. Na formação dos profissionais de saúde, além do desenvolvimento de capacitação quanto à especialidade, valoriza-se também a multiprofissionalidade para a composição de uma atenção descentralizada, com práticas integradas e que visem à promoção de saúde. Esse modelo se contrapõe a modelos de profissões hegemônicas que impõe as práticas de saúde de maneira a verticalizar o poder, porém a multiprofissionalidade promove a autonomia dos profissionais, propiciando uma ação política e de participação de todas as disciplinas para o cuidar.

A ética interdisciplinar proposta por Ceccim (2005), ou multiprofissional, valoriza os atos terapêuticos enquanto uma política de integralidade em saúde (cuidado, tratamento, escuta, envolvendo projetos de múltiplos campos de conhecimentos e práticas).

Segundo Merhy (1999), o trabalho em saúde envolve um processo de produção de cuidado que ele denomina atos de saúde. Os atos de saúde devem visar às necessidades de saúde do usuário, contrapondo-se àqueles centrados em procedimentos, ainda muito encontrados no Brasil.

Para Cecílio (2001), é importante que o conceito de necessidades de saúde pudesse ser compreendido pela equipe de saúde, utilizando-o em seu cotidiano. As necessidades de saúde não são demandas pelas ofertas dos serviços oferecidos, podem ser a busca de algum tipo de respostas para condições de vida dos usuários, busca da constituição de vínculo ou de ajuda para obter maior autonomia ou forma de prolongamento da vida. O autor aponta essas questões como “cesta de necessidades”, que necessita ser escutada pela equipe. A integralidade ampliada envolve o cuidado de cada profissional, de cada equipe, da ampla rede de serviços de saúde e outros setores, e mais, o cuidado individual está sempre em relação com outros saberes e práticas dos diferentes serviços.

Há necessidades diferentes de vínculos para diferentes pessoas. Sendo assim, existem diferentes necessidades de consumo quanto às tecnologias de saúde, que devem levar em conta as condições de vida e formas particulares de construção da autonomia (Cecílio, 2001).

Para Merhy (1999), a saúde implica em um “trabalho vivo em ato”. Esse termo significa o trabalho construído no cotidiano do profissional, no âmbito das relações em que há o encontro de duas pessoas: o trabalhador de saúde e o usuário, criando-se intersubjetivamente momentos de falas, escutas e interpretações, caracterizando-se uma relação de vínculo e responsabilização. Porém, o agir em saúde envolve sempre uma relação de tensão. Considera como tensões-potências aquelas que promovem a criação de novos poderes no sentido da atenção centrada nas necessidades dos usuários, opondo-se ao modelo médico centrado, intervindo no campo da gestão, considerando tecnologias relacionais e possibilitando a participação coletiva dos usuários. Nesse sentido, propõe uma ação gerenciada no sentido de dar visibilidade aos espaços institucionais em que haja a expressão dos desejos dos usuários, constituindo uma ação instituinte nos serviços de saúde.

É importante que se valorize as potencialidades já existentes nos profissionais, de forma que o agir em saúde contemple os diversos núcleos de conhecimento, construindo uma teia de saber multidisciplinar, de forma a garantir um cuidado ao usuário mais integral, equânime e humanizado.

Do ponto de vista dos trabalhadores da saúde o movimento do trabalho partilhado entre profissionais pode significar o apoio necessário para a manutenção da qualidade da atenção e o cuidado de si.

Foucault (1985) apontava para a necessidade do cuidado de si, dizendo que esse era um tema antigo na cultura grega. Trouxe a importância do respeito a si mesmo. O cuidado de si significa “tomar a si próprio como objeto de conhecimento” (p.48), é na relação consigo que o sujeito constitui-se enquanto sujeito de seus próprios atos, sendo capaz de transformar-se.

Ao cuidar de si, o profissional encontra-se mais preparado para cuidar do outro. Para Merhy (2007), o cuidar de si tem um efeito autoanalítico que traz potência ao profissional de saúde em seu cotidiano, utiliza-se de algumas estratégias grupais como os mapas analíticos, que levam os trabalhadores a se autoanalisarem para identificarem suas implicações no cuidado com o outro. O autor refere que o trabalhador que não cuida de si, tende a não identificar as produções de cuidado em formas instituídas pela organização. O cuidado de si permite que o trabalhador opere seus próprios processos de trabalho, tornando-se sujeito da ação.

1.5- Instituições de saúde e cuidado do trabalhador

Em geral, as instituições de saúde tendem a oferecer respostas rápidas ao usuário, de modo a retirar o sofrimento do sujeito, sem procurar suas raízes. Além disso, há uma desvalorização do diálogo, dos espaços de discussão e da busca de sentido. Para Campos (2005):

O desafio é romper com um modelo de atenção à saúde que, na verdade, privilegia a doença. Um modelo que idealiza o profissional, coisifica o paciente e impessoaliza o relacionamento entre eles. Um modelo que, quando pensa em dar atenção ao profissional, o faz tardiamente, quando esse profissional já adoeceu (p. 140).

Existem estudos que discutem acerca do estresse vivenciado pelos pacientes e profissionais que trabalham na área de saúde. Botega (2002) *apud* Macedo et al. (2008) considera como reações emocionais ao estresse em relação ao paciente: a ameaça à integridade narcísica (impotência); ansiedade de separação (dos vínculos estabelecidos), medo da perda do controle de funções,

perda do amor e da aprovação, medo da perda ou danos das partes do corpo, medo da dor e da morte, entre outros. Em relação aos profissionais: contato com o próximo e seu sofrimento, fadiga, convívio com hierarquias, relacionamento com a equipe multiprofissional, lidar com pacientes “difíceis”, entre outros.

É importante apontar que a formação do médico, em geral, traz poucas ferramentas para enfrentar as questões emocionais dos pacientes e suas próprias, principalmente quando se trata de doenças mais graves e complexas. Na maioria das vezes torna-se importante um espaço de capacitação quanto essas questões.

Segundo Macedo et al. (2008): a capacitação dá subsídios para que os trabalhadores reconheçam suas próprias potencialidades e aprendam a utilizar algumas ferramentas existentes para o cuidado, como forma de oferecer assistência de qualidade, utilizando-se de conhecimentos técnicos e relacionais em relação a pacientes, familiares ou com a equipe de saúde.

O desenvolvimento dessas habilidades vem auxiliar na percepção da subjetividade desse indivíduo, como sentimentos e representações sobre a vida, sobre a doença e as relações humanas, para que haja uma escuta qualificada das necessidades de pacientes e familiares, estimulando o médico na construção de uma abordagem integrada sobre o adoecimento e sobre o cuidado.

1.6- Justificativa

No que se refere ao campo da Saúde Coletiva, esse estudo se justifica na medida em que o profissional médico atende inúmeros pacientes, e, no caso dessa pesquisa, em ambiente hospitalar, serviço de alta complexidade, especificamente no trabalho direto com uma doença grave como o câncer, com poucas chances de cura, se não diagnosticada e tratada precocemente.

Há muitos trabalhos relacionados ao cuidado de profissionais médicos, porém poucas práticas regulares que ofereçam efetivamente espaços de reflexão sobre o cuidado de si e o cuidado em saúde.

Optou-se por realizar a pesquisa no Hospital de Clínicas da Unicamp (HC/Unicamp), pois se trata de um hospital geral público, terciário, que é referência de atendimento para região metropolitana da cidade de Campinas e que chega a atender pessoas de todo o país. O HC/Unicamp tem um perfil frequente no atendimento ao paciente oncológico no Brasil, pois são poucos os hospitais especializados em oncologia no país. Na maioria das vezes, o paciente é atendido por médicos de outras especialidades para realizações de diagnóstico, cirurgias e seguimento, em geral com a participação do oncologista. Esta é uma situação comum, na qual os cirurgiões de diferentes especialidades também atendem a pacientes oncológicos e mesmo clínicos de especialidades não exclusivamente oncológicas.

Os aspectos psicológicos de médicos que trabalham com pacientes portadores de câncer estão relacionados com a subjetividade, interesses, realizações, potencialidades, criatividade, bem como angústia e sofrimento vividos por esses profissionais. Do ponto de vista da organização dos serviços, conhecer esses aspectos psicológicos é muito importante, quando se pretende oferecer ao paciente oncológico uma atenção integral, dentro dos princípios e diretrizes do SUS, pois quanto mais conhecidas as condições psicológicas dos profissionais, maiores as possibilidades destes serem cuidadores que promovam um trabalho qualificado, humanizado e integral.

O tratamento do câncer é um tratamento agressivo, que exige do paciente paciência e força para suportá-lo. Vai da mutilação do corpo nas cirurgias até a infusão de medicamentos e radiações que, por sua característica de inibição de crescimento celular ou de ataque às células malignas, acaba por atacar o próprio organismo do paciente, com efeitos colaterais penosos. O diagnóstico precoce e a indicação terapêutica precisa são estratégicos. A tecnologia, nesse caso, vem acrescentar, favorecer o tratamento da doença, a medicina vem para ajudar a compreendê-la e tratá-la o mais rápido possível. Sendo assim, o médico é uma figura muito importante nesse contexto.

Portanto, é importante lembrar que os profissionais médicos, no trabalho em oncologia, encontram muitas dificuldades, pois passam por situações de fragilidade humana: deparam-se com questões de sofrimento, desde doenças físicas, até questões de sofrimento social, além de muitas vezes não encontrarem acesso à tecnologia adequada nos serviços públicos.

O trabalho em oncologia pode gerar angústia, tensões, sofrimento diante de situações frequentes nesse adoecimento: a própria doença e o desafio de viver com ela e o medo da morte, de lidar com os familiares, de lidar com uma tecnologia que não consegue responder todas as questões desta doença e da existência humana.

A psicologia tem ferramentas que podem auxiliar na saúde mental do médico, considerando cuidado em saúde, a carga horária, a rotina de vida, as pesadas e imensas necessidades desse trabalhador. A psicologia pode criar estratégias para compreender o sofrimento do médico e oferecer espaços para a produção de sentido de suas práticas, podendo auxiliar em sua saúde, em sua autonomia, no processo de cuidar. O presente estudo tem como pressuposto que o cuidado ao cuidador pode gerar novas contribuições para um trabalho mais integral ao paciente com câncer.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo geral

Conhecer aspectos psicológicos de profissionais médicos que cuidam de pacientes com câncer e pacientes terminais, além de identificar quais estratégias pessoais são utilizadas e quais institucionais existem para apoiá-los, a partir da perspectiva desses profissionais.

2.2- Objetivos específicos

- Compreender as formas de comunicação utilizadas no contato com o paciente com câncer e seu familiar;
- Investigar a percepção do ambiente de trabalho e cuidados institucionais para esse profissional.

3- SUJEITOS E MÉTODO

3.1- Tipo de estudo

O método de análise utilizado nesta pesquisa foi o qualitativo, baseado em Turato (2003b). Trata-se de um estudo que pretende investigar aspectos psicológicos de médicos que trabalham em oncologia, suas redes de significações e subjetividade presentes na vivência deste cuidado.

3.2- Instituição

A pesquisa foi realizada no setor de Oncologia Clínica e Cirúrgica do Hospital de Clínicas da Unicamp, localizado na cidade de Campinas (SP). Conforme citado na justificativa, o HC/Unicamp, é um hospital geral público, de nível terciário e a oncologia é parte de muitas especialidades que atuam em seu interior.

Segundo entrevista com a coordenadora da área, o setor de oncologia, atualmente, atende, em média, 800 consultas por mês, com 4 a 5 casos novos por dia, 100 casos novos por mês, são realizados de 500 a 600 ciclos de quimioterapia por mês, a radioterapia ocorre no setor de radiologia e tem boa parceria com o setor.

Hoje o setor conta com equipe multiprofissional, composta por 4 enfermeiros, 4 auxiliares de enfermagem, 6 médicos contratados, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 nutricionista, há alunos de aprimoramento de psico-oncologia (2 alunos); nutrição (2 alunos), serviço social (1 aluno) e enfermagem (1 aluno). Há uma divisão de responsabilidades entre os médicos e os outros profissionais, de forma solidária e compartilhada, todos desempenham papéis importantes para o setor de oncologia.

Atualmente, pretende-se ampliar o trabalho dos ambulatórios conjuntos, para que as outras especialidades que cuidam de pacientes com câncer atendam no mesmo local do setor de oncologia. Apenas uma especialidade já iniciou esse

trabalho: o ambulatório de urologia, com o objetivo de estar mais próximo da oncologia, evitando a reprodução de mesmos procedimentos e facilitando o diálogo intersetorial.

Em relação à pesquisa havia pouco investimento, porém atualmente é importante que haja assistência, ensino e pesquisa. Há um investimento grande na área de pesquisa, para que haja um avanço no ensino e assistência. Há um grande investimento no Registro Hospitalar de Câncer, que é o registro de tumores para notificação e controle dos casos que vai para a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Há uma alta capacitação dos funcionários que trabalham no setor de oncologia, quase todos os médicos têm curso de doutorado.

3.3- Período de estudo

O estudo foi realizado de março de 2007 a agosto de 2009 e a atividade em campo ocorreu de julho de 2008 a abril de 2009, conforme descrito no Anexo 1. Vale destacar que dois participantes foram entrevistados duas vezes para a retomada de algumas questões, por isso houve um período longo para a realização das entrevistas.

3.4- Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais médicos que atuam no setor de Oncologia Clínica e Cirúrgica do HC/Unicamp. Foram entrevistados profissionais que trabalham nos subsetores: gastroenterologia, oncologia clínica, otorrinolaringologia (cabeça e pescoço), proctologia e urologia, devido à complexidade dessas áreas. Vale ressaltar que realizaram as entrevistas apenas os sujeitos que desejaram participar da pesquisa.

Por ter sido um estudo com metodologia qualitativa, em que cada sujeito foi visto em sua particularidade, não se tratou de uma análise epidemiológica da população médica. Sendo assim, o estudo teve como finalidade

promover uma discussão acerca dos aspectos psicológicos dos sujeitos. Segundo Turato (2003b), na pesquisa clínico-qualitativa define-se sujeito como qualquer pessoa que possa ser ouvida, no que se refere a sentidos e significações relacionados a eventos de saúde-doença. É também sujeito de pesquisa, o profissional que trata de algum problema de saúde, o paciente e seus familiares.

Para Minayo (2006), a metodologia qualitativa vem compreender as significações da coletividade sobre as concepções de saúde-doença, considerando a cultura, política, economia, religião, contextualizando os indivíduos em todo um processo histórico-social. A saúde não se reduz à experiência orgânica, biológica e do ambiente dos indivíduos, implica também numa rede de significações sobre as ações sociais, que são em potencial, materiais científicos no campo da saúde coletiva.

Esta pesquisa utilizou-se de alguns conceitos psicanalíticos para a compreensão de processos psicológicos que ocorrem com os profissionais médicos que trabalham com pacientes portadores de câncer, bem como conceitos da Saúde Coletiva.

Foram entrevistados 15 médicos da área oncológica do Hospital de Clínicas da Unicamp, pertencentes às seguintes especialidades: gastroenterologia, oncologia clínica, otorrinolaringologia (cabeça e pescoço), proctologia e urologia.

O convite para a realização das entrevistas foi efetivado a dezoito profissionais médicos e, entre eles, quinze aceitaram participar da pesquisa, sendo que não houve desistência, exclusão, nem interrupção dos sujeitos ao longo da entrevista. Foram realizadas 15 entrevistas, 6 com oncologistas clínicos e 9 de especialidades como: gastroenterologia, otorrinolaringologia (cabeça e pescoço), proctologia e urologia. As dificuldades encontradas pelos médicos para participar das entrevistas também são dados importantes para a análise: é relevante apontar que três médicos não puderam participar do estudo, sendo que um estava com a agenda cheia e não pôde me

atender, outro estava ocupado no momento em que fui até o local de seu trabalho, e não tinha outra data disponível para entrevista, o terceiro profissional estava em situação de defesa de uma pesquisa e não retornou contato após três tentativas de agendamento.

3.4.1- Critérios de inclusão

Médicos que em sua prática profissional dão assistência a pacientes com câncer e aceitaram participar da pesquisa.

3.4.2- Critérios de não inclusão

Médicos que em sua prática profissional não dão assistência a pacientes com câncer.

3.4.3- Critérios de exclusão

Profissionais médicos que trabalham com pacientes com câncer que aceitaram participar da entrevista e depois de incluídos no estudo poderiam ser excluídos pelo pesquisador ou por contingências do estudo. Não houve exclusão de nenhum participante.

3.4.4- Critérios de desistência

Os sujeitos da pesquisa puderam desistir de sua participação a qualquer momento, sem que causasse nenhum prejuízo em seu trabalho. Não houve desistência de nenhum participante.

3.5- Procedimentos de pesquisa

Inicialmente, foi realizada uma visita ao Hospital de Clínicas com o objetivo de conhecer o campo de trabalho dos profissionais e coleta de dados. Os procedimentos utilizados foram realização de entrevistas dirigidas, com questões semiabertas, respondidas individualmente pela população-alvo e observações realizadas imediatamente após os encontros com os profissionais e relatos em formato de diário de campo. O diário de campo encontra-se no Anexo 1.

A escolha por entrevistas dirigidas com questões semiabertas se justifica na medida em que permite que o sujeito fale de forma livre sobre os temas questionados, trazendo elementos subjetivos importantes para a pesquisa qualitativa.

Foi entregue a todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A maioria das entrevistas foi realizada em ambiente privado (sala de atendimento). Algumas tiveram que ocorrer na sala dos alunos, uma vez que alguns dos participantes estavam em atividade docente e não havia um local privado para a realização das entrevistas. A duração das entrevistas teve média de 45 minutos. Foram gravadas e posteriormente transcritas. Todos os procedimentos foram seguidos como previsto no TCLE (vide Anexo 3).

O diário de campo foi escrito durante todo o processo da pesquisa, como forma de se obter um maior número de informações relevantes para o estudo, uma vez que para a construção do mesmo, houve um processo gradativo de inserção da pesquisadora no Hospital de Clínicas e conversas informais com profissionais da saúde para o conhecimento do local, bem como contatos com os supervisores, até chegar aos participantes.

O roteiro de entrevista foi elaborado a partir de questões que pretenderam abordar temas como: o significado do trabalho em oncologia na vida dos médicos que trabalham com pacientes portadores de câncer; comunicação na

relação médico-paciente; identificação dos próprios sentimentos em relação ao cuidado de pacientes com câncer pelos médicos; percepção e manejo clínico dos sentimentos dos pacientes e seus familiares; contato com a morte; percepção do ambiente de trabalho e sobre a instituição em que estão inseridos; percepção sobre as necessidades de cuidados pessoais e se a instituição de saúde tem ofertas quanto as suas necessidades de cuidado. O roteiro de entrevista encontra-se no Anexo 2.

3.6- Categorias de análise

As categorias de análise foram identificadas a partir dos temas que foram colocados na entrevista e posteriormente agrupados.

São elas:

1- Desejo de trabalhar em oncologia

- Desejo primário do trabalho em oncologia;
- Desejo atual do trabalho em oncologia.

2- Comunicação

- Diagnóstico: - se há dificuldades;
- Comunicação da terminalidade.

3- Sentimentos vivenciados

- Pelo próprio sujeito;
- Percepção em relação ao paciente e ao familiar;
- Formas de lidar com o sofrimento do paciente e dos familiares;
- Vivência do cuidado ao paciente terminal.

4- Ambiente de trabalho em oncologia

- Percepção do sujeito;
- Dificuldades e facilidades percebidas.

5- Cuidado ao cuidador

- Necessidade de cuidados pessoais;
- Ações desejadas;
- Forma de enfrentamento das tensões e dificuldades;
- Políticas institucionais.

Sendo assim, os resultados e discussão foram apresentados conforme as categorias de análise.

Os resultados foram agrupados conforme semelhança e frequência das respostas como propõe a metodologia clínico-qualitativa de Turato (2003a).

3.7- Considerações éticas e termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Essa pesquisa priorizou os aspectos éticos determinados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Sendo assim, foi submetida e aprovada pelo referido Comitê de Ética, cujo processo é de número: 506/2008. Para tanto, foi entregue o TCLE, anteriormente à realização das entrevistas, pela própria pesquisadora, sendo que os sujeitos foram esclarecidos sobre o número de questões e tipo da entrevista realizada. O TCLE encontra-se no Anexo 3.

Esse estudo priorizou as recomendações para pesquisas com seres humanos, como consta na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde de 1996. Sendo assim, é importante esclarecer que não houve patrocinador para essa pesquisa, todos os gastos foram arcados pela própria pesquisadora. Não houve qualquer tipo de pagamento para os participantes da pesquisa. As entrevistas foram gravadas com a permissão dos entrevistados e ocorreram em ambiente adequado, no interior dos serviços de saúde considerados e que garantiram a privacidade do profissional e do entrevistado.

Procurou-se garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, através de identificações numéricas de forma a não revelar nome ou iniciais, utilizando nomenclaturas como S1, que significa sujeito número um, S2 como sujeito número dois e assim por diante. A garantia o anonimato do sujeito, o poder de escolha de participação, ou ainda, a liberdade para interromper no momento em que desejar são atitudes para sua proteção de eventuais riscos.

As entrevistas realizadas foram dirigidas, com questões semiabertas, o roteiro encontra-se no Anexo 2.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1- Critérios

Os resultados foram analisados a partir da análise temática de conteúdo dos discursos, orientado pela teoria psicanalítica, como uma linha teórico-filosófica que permeou o caminho deste projeto, ajudando a compreender quais as repercussões do cuidado em oncologia no profissional médico. É importante destacar que esse estudo está inserido no campo da Saúde Coletiva, seu referencial teórico também esteve presente ao longo de toda a pesquisa. Trata-se de um contexto de serviço público que considera os princípios do SUS e trabalha com equipes multidisciplinares.

A partir dos relatos verbais nas entrevistas, pôde ser feita uma análise a respeito do sentido das vivências do profissional médico, seus desejos, expectativas, representações que estão relacionados ao autocuidado e ao cuidado com o outro, como forma de compreender quais as necessidades desses profissionais, proporcionando a reflexão e criação de novos caminhos à atenção ao cuidador.

4.2- Apresentação dos resultados

Inicialmente foram apresentados alguns dados que auxiliarão no entendimento de um panorama geral das entrevistas, que em média duraram 45 minutos.

A idade mediana dos entrevistados foi de 42,5 anos, sendo que o de maior idade tinha 65 anos e o mais jovem 29 anos.

Foram entrevistados 11 homens, dos quais 4 trabalham na área clínica e 7 em áreas cirúrgicas; e 4 mulheres, das quais 2 trabalham na área clínica e 2 em áreas cirúrgicas.

Os profissionais entrevistados eram das seguintes especialidades: 6 médicos da oncologia clínica, 5 da proctologia, 2 da gastroenterologia, 1 da urologia e 1 da otorrinolaringologia (cabeça e pescoço).

O tempo mediano de experiência nas áreas foi de 14,4 anos, sendo que o maior tempo de trabalho na área era de 36 anos e o menor de 2 anos e 6 meses.

Entre 15 participantes, 9 eram docentes da instituição e 6 médicos contratados. É importante considerar que a quantidade de docentes, não foi um critério de inclusão da pesquisa, mas contingência da composição das equipes.

É relevante destacar que no contato com os participantes foi percebida uma curiosidade e estranheza em relação ao trabalho da psicologia junto a funcionários da instituição, no sentido de cuidado ao cuidador. Alguns revelaram o desejo de ter uma psicóloga no serviço com essa função, como S12 no comentário: “*você vai atender a gente também?*”. A pesquisadora foi muito bem recebida pelos entrevistados, pessoas com bastante experiência em oncologia, sendo que 9 entre 15 participantes têm cargo de docência na Unicamp, em outras universidades de Campinas e/ou em outras cidades. Os outros participantes são médicos contratados. A maioria pareceu gostar do que faz, tanto na assistência quanto na atividade docente.

Na análise dos discursos foram encontradas algumas diferenças relevantes no que se refere às características e contexto dos sujeitos como:

- A)** Diferença entre as especialidades em oncologia: Especialidade Clínica *versus* Especialidade Cirúrgica;
- B)** Diferença entre os gêneros: masculino *versus* feminino;
- C)** Tempo de atuação: até 10 anos *versus* maior de 10 anos;
- D)** Docente *versus* não docente;
- E)** Falta da ferramenta de abordagem psicológica.

A) Percebeu-se que profissionais de especialidades cirúrgicas apresentaram maior otimismo quanto à perspectiva de cura do que os oncologistas de especialidade clínica, podendo gerar hipóteses como: os especialistas clínicos acompanham os pacientes em situação de terminalidade, enquanto as especialidades cirúrgicas realizam a cirurgia e, para a continuidade do tratamento, encaminham o paciente para a especialidade clínica; os oncologistas clínicos têm mais tempo de contato com o paciente, o que pode gerar sofrimento; houve também nos relatos dos especialistas uma porcentagem maior de cura em relação às especialidades cirúrgicas de otorrinolaringologia, proctologia e urologia. Por outro lado, a maioria dos oncologistas clínicos relatou a importância de cuidados paliativos, valorizando mais o cuidado ao paciente e sua família do que a cura da doença.

O termo “terminalidade” pode ser discutido a partir do conceito de cuidados paliativos para Prade et al. (2008) em que o cuidado é uma atitude do profissional para ajudar o paciente a morrer em paz, compartilhando desse processo com o paciente, além da sedação e outros procedimentos para o alívio de sofrimento. Ao contrário do conceito do senso comum e o de muitos familiares que têm o pensamento de que terminalidade é aquela situação em que “não resta mais nada a fazer”, há uma perspectiva do papel ampliado do médico enquanto cuidador, uma vez que não centraliza sua prática apenas na cura.

B) Na diferença entre os gêneros pôde-se perceber que metade das mulheres já tiveram a experiência de psicoterapia e todas consideraram importante algum tipo de cuidado ao cuidador, porém para os profissionais jovens. Assim S4 faz o seguinte comentário: *“Eu acho importante principalmente para os alunos e residentes, mais para quem está começando agora. Mas eu não sinto que preciso, nunca precisei de terapia...”*. E S3:

...acho importante o cuidado com os médicos, principalmente os mais jovens que estão entrando em contato com novas situações como paciente terminal e morte (...) como é na Unicamp que tem apoio psicológico aos alunos e residentes, bem como palestras e encontros...

Uma das participantes referiu como importante o acompanhamento psicológico grupal, mesmo que por “ação ditatorial” (S1: “... eu acho que toda a equipe deveria ter uma terapia de grupo (...)acho que tinha que ser uma ação meio ditatorial para ser aceita”). Outra participante referiu que há maior resistência em relação ao cuidado ao cuidador nos residentes e médicos do sexo masculino: “...existe uma resistência muito grande particularmente dos residentes homens(...) os homens e dos médicos (...) a impressão que eu tenho é que talvez não seja muito masculino você sentir dor” (S7). Pode-se levantar a hipótese das quatro mulheres considerarem o cuidado como importante pelo fato de, culturalmente, a mulher ser educada desde pequena a exercer o cuidado no papel de mãe, para cuidar de um outro. Já em relação aos homens, dois sujeitos já tiveram experiência de psicoterapia, outros dois procuraram eventualmente, sendo que um em capacitação para compreender a situação emocional do paciente (foco no paciente e não em si). Alguns consideraram importante algum tipo de cuidado ao cuidador; apenas um participante do sexo masculino referiu ser importante o acompanhamento psicológico individual (S12: “acho que não em grupo mas individual sim”), outro participante disse que não necessita de nenhum tipo de cuidado pessoal (S8: “nada”) e demonstraram, ainda, dificuldade em obterem ajuda psicológica preferindo o campo da ação, como o S2:

Eu acho que eu precisaria de mais tempo, se me dessem um tempo para eu fazer uma natação, de sair para nadar e voltar, eu precisaria de uma coisa assim, eu não precisaria de conversar não...

C) Os profissionais com tempo maior de atuação (mais de 10 anos), pareceram respeitar mais a singularidade de cada indivíduo, pois parecem enxergar cada situação em sua particularidade e relataram que hoje fariam a clínica diferente que anteriormente. S8 em relação à comunicação da notícia do diagnóstico respondeu: *“Eu não aprendi até hoje, eu sempre acho que o médico precisa aprender a se colocar no lugar do doente (...) cada situação é uma situação nova...”* Alguns referiram que até hoje não sabem o que fazer em algumas situações. Já os mais jovens manifestaram ter mais segurança adquirida com a experiência, parecendo ser mais racionalizados, preferem não se envolver com o paciente: S1:

Na medida em que a gente vai tendo treinamento na área, vai ficando mais fácil... (a comunicação do diagnóstico)”, já em relação ao sentimento vivenciado: “a gente tende a ver o paciente enquanto uma coisa mais orgânica, não tão envolvida com o sentimento (...) a gente aqui fica bem afastada do paciente porque é uma questão de sobrevivência porque se não você não consegue tocar sua vida.

D) Pôde-se perceber nas entrevistas que os docentes geralmente sentem dificuldade em vincular-se, na relação médico-paciente, alguns não se aproximam, outros ficam afastados do contato direto com o paciente como refere S7:

Você vai saindo do fronte, e você vai deixando os novos no fronte (...) o fronte é o tempo todo... olha por exemplo os residentes que ficam na enfermaria, ficam um mês porque não dá para ficar mais de um mês eu acho, todo dia, todo dia, morre um, morre dois, morre três, morre quatro...

Esse relato trouxe indícios de que o contato direto com o paciente oncológico pode gerar sofrimento para o profissional médico, e para alguns profissionais mais velhos e mais experientes há uma tendência de sair da “linha de frente”, exatamente quando está mais preparado pela vida e para trabalho com o paciente com câncer. É importante ressaltar que alguns docentes se afastam, direcionando-se para outras tarefas, entretanto alguns mantêm o desejo de estar próximo do paciente.

De maneira geral, tanto os docentes quanto os não docentes relataram que a residência e a graduação (em relação à maneira de comunicar o diagnóstico, na relação médico-paciente, em comunicar a terminalidade e quanto ao próprio cuidado ao profissional) não preparam suficientemente os futuros profissionais e os conhecimentos desta esfera de saber se constituem mais no empírico do que sistematizados, ou seja, o próprio profissional aprende a lidar com a subjetividade do paciente e com o sofrimento sozinho, conforme sua experiência de vida. Relataram que há falta de capacitação e formação, alguém com conhecimento especializado para orientá-los quanto a essa questão. Para S11 e S13 ainda há falta de uma orientação nesse sentido na formação:

S11: ...ou de alguém ajudar a enfrentar isso, eu acho que não tem na maioria das residências você não tem um suporte psicológico, ou até terapia, juntar um grupinho e conversar, o que a gente vê aqui é com os alunos da graduação...

S13: Eu acho que deveria ter um espaço de discussão ou estudo que a gente pudesse expor o que a gente está passando. O que eu acho é o seguinte: a avaliação psicológica do médico que vai trabalhar em oncologia, ninguém ensina você a trabalhar com o câncer, aliás ninguém ensina essa maneira psicológica de você trabalhar com o doente em geral, você aprende no dia a dia, agora o paciente oncológico,

ninguém ensina como você dar a notícia, isso você é que vai fazer do seu jeito...

Nesse sentido, Macedo et al. (2008) propõem uma capacitação quanto à teoria psicológica e subjetiva, como um processo facilitador para a organização e gestão dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo é uma forma de conhecimento de que pode diminuir a angústia do profissional e prepará-lo para pensar.

S13 trouxe em seu discurso uma necessidade pessoal de um espaço de capacitação em relação às ferramentas psicológicas, já S11 expressou a falta de um espaço para suporte psicológico. Isso leva a considerar que ainda há um paradigma da instituição médica, em relação ao ato de pensar e refletir sobre o processo de trabalho. Há uma tendência de que o profissional acabe executando suas funções no “aqui-agora” sem reflexão ou preparação para o que não for estritamente técnico e não relacional.

E) O discurso dos participantes leva a identificar uma ausência da ferramenta de abordagem psicológica, sendo que esta ainda parece não ser considerada na atuação médica em oncologia. Entende-se que a formação em medicina leva o profissional a direcionar sua percepção e cuidados à dor física, sem considerar a dor psíquica que a acompanha ou a origina, sem contemplar os princípios norteadores da atenção integral. Conforme foi citado anteriormente, Macedo et al. (2008) consideram importante uma capacitação à equipe de saúde quanto à abordagem psicológica. S7 relatou um grande exemplo dessa falta de capacitação e de sua dificuldade em abordar a dor psíquica sentida pelo paciente no momento da consulta médica:

Após a anamnese, coleta de informações e exame físico, a paciente, com diagnóstico de câncer colorretal, residente em Rondônia, vira-se para a médica (S7) e pergunta:

- *Dra. o que faço com o leite?*

- *Que leite?*

- *O bebê de 7 meses que ficou lá...*

S7 analisa o ocorrido:

...olha 25 anos de treino hein... eu parei assim uns minutos, não sei quanto e falei:

- *Ah... o bebê ficou lá? Vamos ver o que nós vamos fazer... é, realmente você não pode ficar...*

Quer dizer, eu resumi o meu papel de médico: então a gente vai ensinar a não empedrar no peito, tem que parar, tem que secar o leite, tem que parar de conduzir, você vai ter que procurar um especialista específico... saí assim com aquela cara do ambulatório, com aquela cara... e o leite? Quer dizer e o bebê?

A autointerpretação de sua atuação em seu discurso revelou a dimensão de seu conflito. A angústia revelada traz significações e simbolismos: o leite, o alimento, o saciar, a vida e a angústia com a morte, o vazio configurado na paciente e o vazio construído no profissional que se atem à questão objetiva de interromper a lactação sem conseguir acolher aquela mãe que trouxe, subitamente, a existência de um filho ainda bebê, o qual ela, provavelmente, não veria crescer. Houve dificuldade em perceber as necessidades emocionais da paciente, não conseguiu, naquele momento oportuno, ouvir sua demanda, não compreendeu que aquela mãe estava passando por um processo de luto antecipatório quanto à separação de seu bebê. Não conseguiu conversar com ela sobre o assunto e não identificou o caso para encaminhamento à equipe de saúde

mental. Ao mesmo tempo, identificou que, após aquele encontro, algo mudou nela e gerou um enorme sofrimento:

S7: ...eu fiquei deprimida o dia inteirinho, eu saí daqui, minha mãe estava aqui (na sua casa em visita) (...) falei para ela que meu dia não havia sido bom e contei para ela porque não é toda hora que a gente fica chorando...

O luto antecipatório vivido pela paciente foi conceituado por Prade et al. (2008) como uma reação adaptativa frente à possibilidade de perda, antecipando o desligamento afetivo. Segundo as autoras essa ideia surgiu com Lindemann, em 1994, quando o mesmo já observava o luto antecipatório em viúvas dos soldados que iam para guerra. Ainda referem que o luto antecipatório também é vivido pelo profissional de saúde, podendo ter dificuldade em compartilhar a morte com o paciente e sua família, considerando como morte adequada aquela que o paciente possa vivenciar, podendo realizar escolhas, resgatar o sentido da vida e do morrer, em que haja a minimização do sofrimento e dos sintomas físicos.

Em relação à vivência da profissional, pode-se levantar a hipótese de que S7 tenha entrado em um processo de reflexão, mesmo que inconscientemente, ela entra em contato com a sua fragilidade e se “deprime” (sofre), refletindo em sintomas psicossomáticos. O fato de a participante ter relatado sobre esta experiência, na pergunta sobre o sentimento do profissional em relação à doença e ao cuidado com o paciente, leva a considerar que a participante está até hoje pensando sobre o assunto, ela mesmo referiu que resumiu o seu papel de médico e logo faz a pergunta e “o bebê?”, trazendo um componente de autoanálise, um fato que mexeu consciente ou inconscientemente com a participante. Porém, esta tentativa de elaboração ainda está ocorrendo nela de forma solitária e reverberante, talvez até aprisionadora que parece não favorecer o passo adiante, o aprendizado significativo com a experiência vivida com sofrimento. Parece que o que ficou foi apenas o sofrimento.

Este relato leva a reflexões sobre o significado para a atenção integral, o reconhecimento das demandas dos pacientes e ação do serviço, seja através do profissional interpelado, seja acionando os seus recursos multiprofissionais. Isto tornaria possível dispensar uma atenção de maior qualidade e muito mais humanizada. A paciente trouxe para o serviço na sua “cesta de necessidades” a demanda por atenção técnica especializada, ou consumo tecnológico e de estabelecimento de vínculo com os profissionais, que lhe permitisse vivenciar o que estava por vir (Cecílio, 2001). Porém, uma dificuldade no manejo de tecnologias leves, ou relacionais, acabou por gerar sofrimento no profissional e, possivelmente, também, na paciente naquele momento.

O profissional médico encontra-se em um conflito: uma formação baseada no modelo tecnicista que facilita a adoção de terapêuticas que privilegiam os medicamentos e equipamentos em detrimento das relações de vínculo quando mais necessárias. Essa situação fragiliza o SUS e todas as possibilidades de desenvolvimento de atenção integral que ele propõe.

4.3- Desejo de trabalhar em oncologia

É relevante apontar um possível viés dessa pesquisa, que pode ter tido influência nos resultados. Foi perguntado sobre o desejo de se trabalhar com oncologia para os profissionais da especialidade de oncologia clínica e o desejo de se trabalhar com oncologia para os profissionais das especialidades cirúrgicas: proctologia, otorrinolaringologia, urologia e gastroenterologia. Isso ocorreu, em razão do trabalho com câncer também acontecer nessas especialidades.

Essa categoria de análise se referiu ao desejo de trabalhar em oncologia, buscando identificar o investimento de energia psíquica direcionada ao trabalho em oncologia.

- **Desejo primário do trabalho em oncologia**

É importante compreender o que levou o indivíduo a escolher oncologia, qual o desejo primário que o levou a trabalhar nessa área e o que o agrada em seu trabalho. A questão 1 referiu-se ao desejo primário do sujeito trabalhar em oncologia, a manutenção desse desejo foi uma complementação na resposta dos participantes.

Os participantes colocaram como desejo primário para a escolha do trabalho em oncologia: o desafio de trabalhar com câncer, a pesquisa enquanto um instrumento importante para investigação da doença, a relação com o paciente também como um estímulo para o cuidado (paciente com câncer como merecedor de uma atenção diferenciada, o que pode evidenciar uma forma de ver a doença, diferentemente das outras).

Metade dos participantes revelou como motivação primária pelo trabalho em oncologia o interesse investigativo-científico como por exemplo: S1: *“eu sempre na graduação tive interesse por estudar a parte teórica como um todo, me interessava, achava um campo assim pouco desconhecido, um pouco ainda com muita coisa a ser descoberta...”*; e ainda: S5: *“...a pesquisa é um campo bastante inovador, a gente ainda não está num ponto ideal do tratamento então tem um investimento muito grande e muita coisa a ser descoberta”*. O que mostra uma perspectiva positiva e de futuro quanto à pesquisa e ao tratamento da doença.

Dentre os participantes, cinco consideraram o desafio profissional como desejo primário, alguns exemplos são S2: *“A pesquisa é muito forte para mim, e a assistência, o ensino, são todas muito desafiadoras, de repente é um desafio muito interessante para mim”* e S12:

...em termos de tratamento, em termos de diagnóstico desses pacientes, é uma área que define alguns desafios e como eu gosto de desafios eu sempre gostei dessa área.

Já quatro do total dos entrevistados relataram que o desejo primário do trabalho está relacionado ao interesse por área cirúrgica. Vale ressaltar que os mesmos são médicos que trabalham nas especialidades.

Apesar de apenas três terem relatado a realização profissional enquanto fator propiciador do desejo primário é um dado importante para a pesquisa, pois demonstra uma energia psíquica voltada para o trabalho, enquanto uma experiência positiva, como para S4: *“eu escolhi, porque era uma área que eu gostava muito (...) entrei aqui na faculdade com vontade de operar, e o pessoal era bom, a equipe era muito boa e a gente trabalha junto até hoje”*.

A resposta dada apenas por um participante, mas que mereceu atenção foi a valorização da relação médico-paciente, para S10:

...por causa do paciente oncológico. Porque eu acho que esse paciente merece uma atenção especial diferenciada(...) eu resolvi fazer medicina com o objetivo de ajudar as pessoas...

Esse discurso também revelou a medicina como uma profissão de “ajuda” e cuidado, pois o que motivou sua escolha foi sua relação com o paciente oncológico.

- **Desejo atual do trabalho em oncologia**

Apesar da questão realizada estar relacionada ao desejo primário, alguns participantes responderam no sentido do desejo atual. Ou seja, o desejo que os fez continuar trabalhando em oncologia, já que em geral a opção profissional é feita muito precocemente na vida desses indivíduos.

Os participantes referiram a manutenção do desejo para trabalhar em oncologia, por ser esta uma área ampla que permite diversos tipos de atuação, uma área que permite o trabalho multidisciplinar, a valorização da relação médico-paciente, com o familiar e a realização profissional.

Apesar da realização profissional ter estado presente no discurso de três entre os quinze participantes como um desejo motivacional para a continuidade do trabalho em oncologia, esse dado é muito importante para a pesquisa como foi citado anteriormente: “...e é o paciente (oncológico) que eu mais gosto de trabalhar (...) que traz bastante retorno pessoal para a gente” (S1); e S5:

...é uma doença de alta prevalência então o seu trabalho vai poder atingir várias pessoas (...) mesmo trabalhar com os familiares, uma doença que traz várias complicações (...) então é uma área que tem vários pontos que eu acho interessante.

Apenas três terem relatado, a valorização da relação médico-paciente também é uma motivação, mesmo para os especialistas cirúrgicos. Para S3: “...o contato da gente com o paciente, ele quer sempre estar com o mesmo médico, ele tem a referência na gente, eu acho que eu não faria outra coisa” e S12: “eu me sinto bem com esses pacientes (...) eu gosto de atender esses pacientes, os pacientes que eu mais gosto de atender são os oncológicos”.

Ao observar os discursos pôde-se perceber que a realização profissional está muito ligada à valorização da relação médico-paciente, isso pode indicar que alguns médicos que procuram ter uma boa relação com seu paciente, com atitudes de vínculo e responsabilização como preconiza o SUS, tendem a realizar-se enquanto profissionais. Vale destacar que a valorização da relação médico-paciente foi encontrada apenas em relação à categoria do desejo atual,

o que pode dar indícios de que no decorrer do processo de cuidar em oncologia, o profissional percebe essa atitude como um atributo importante para o cuidado.

Dois entre os quinze entrevistados apontaram o interesse pela abrangência de atuação como forma de manutenção do desejo: *“eu acho que é uma área ampla, acho que o aparelho digestivo de uma forma geral é bem ampla”* (S9, especialista em proctologia).

Apesar de apenas um participante ter comentado a respeito do trabalho multidisciplinar em interface com outras especialidades como forma de manutenção do desejo, torna-se importante destacar, uma vez que é um fator importante para a formação de projetos terapêuticos compartilhados de forma integral: *“ela (otorrinolaringologia) tem várias interfaces com a neurologia, com a oncologia, com a fonoaudiologia, fisioterapia e psicologia...”*.

4.4- Comunicação

Essa categoria de análise procurou compreender a maneira que o médico, em geral, realiza a comunicação do diagnóstico de câncer. Na literatura, encontram-se dados de extrema importância para esse estudo, uma vez que a comunicação é um instrumento de trabalho para a prática médica, tanto em relação à assistência, a ações educativas e à equipe multidisciplinar (Perdicaris e Silva, 2008). Os mesmos autores ressaltam que nenhuma pessoa procura um médico com o objetivo de agredi-lo, pelo contrário essa busca é permeada por expectativas positivas e a forma como o paciente é tratado, no primeiro encontro, pode ser um fator importante para a constituição desta relação. O espaço do diálogo na relação médico-paciente é muito importante para a compreensão e aceitação da doença, sendo que esse diálogo deve considerar todos os sujeitos implicados no processo.

Observação: Relataram que raramente comunicam o diagnóstico: S1, S5, S9, S10, S11, S14. Os participantes referiram que o oncologista clínico dá início ao tratamento e recebe o paciente já com o diagnóstico comunicado e com biópsia. Alguns especialistas cirúrgicos também disseram que iniciam o tratamento com a comunicação do diagnóstico já realizada por outro profissional.

- **Diagnóstico - se há dificuldades**

Entre os quinze entrevistados, onze manifestaram sentir dificuldade em comunicar o diagnóstico de câncer a um paciente, que é um dado de extrema relevância para esse estudo. Alguns médicos procuram dar a notícia de imediato ao paciente, outros procuram “tatear” como forma de se sentirem seguros para dar a notícia, outros ainda procuram não falar sobre isso, apenas se o paciente perguntar. Como por exemplo, para S14 é melhor falar sobre o diagnóstico com jeito ou, às vezes, é melhor não falar:

Olha, eu considero uma dificuldade (...) a gente tem que tomar muito cuidado com o que a gente fala para ele (doente) (...) Você dar uma notícia para um paciente desses que chega aqui para nós é muito difícil, uma tarefa que não é fácil, você falar para o paciente, você tem que procurar falar com jeito (...) às vezes é melhor não falar...

Já S1 refere: “...é uma coisa que sempre é difícil de fazer porque o câncer tem uma conotação muito negativa para as pessoas, é sempre um sinônimo de morte, um sinônimo de sofrimento...”.

Perdicaris e Silva (2008) citam que estudos mostram uma ação comum entre os médicos: a maioria deles não explicita claramente o diagnóstico, com a justificativa de que o paciente não deseja saber o que acontece consigo,

pois já desconfia de sua doença. Em relação à família, a maioria considerou a necessidade desta ser informada de sua situação real.

Os autores colocaram em discussão a questão da não neutralidade no que tange à comunicação do diagnóstico e na maneira com que os profissionais se relacionam com as pessoas. A resistência dos profissionais em atenderem pacientes com doenças graves passa ao paciente a mensagem de abandono e impossibilidade de cuidado e continuação da vida. Segundo Carvalho (2006), a neutralidade, a despersonalização e o distanciamento são formas de defesa para que o profissional não sofra.

Apesar de apenas um entrevistado ter citado dificuldade em comunicar a recidiva da doença, é relevante para a pesquisa, pois implica em pensar no fracasso do tratamento. Isso demonstra que há um sentimento de impotência diante da doença e da relação médico-paciente. Também, apontaram a dificuldade em falar sobre a morte, principalmente para os familiares:

S10: Mas para mim é mais difícil dar o diagnóstico para o paciente quando ocorre uma recidiva da doença (...), pois a gente está falando do não sucesso do tratamento (talvez sentido como um fracasso do médico), de um fracasso porque tudo que a gente investiu não adiantou, e a gente tem que falar para a família também, então é mais difícil porque a gente tem que falar da morte.

É importante destacar que oito entre quinze participantes relataram que, no momento da comunicação do diagnóstico, tendem a respeitar a singularidade de cada paciente, como por exemplo a fala de S13: “... porque há cada paciente (...) cada paciente é uma situação nova e igualmente difícil, porque cada paciente encara de uma maneira...”.

Um total de seis dos quinze participantes referiram como importante na comunicação do diagnóstico que haja a informação para o sucesso do tratamento e para aumentar a confiança na relação médico-paciente:

S10: ...se é meu paciente desde o início eu falo desde a primeira consulta: “olha a situação é essa, nós vamos precisar fazer um tratamento”, a gente compartilha com o paciente, e parece que ocorre de um jeito mais tranquilo, eu geralmente tenho um jeito de falar, eu deixo livre para o paciente perguntar todas as suas dúvidas...

Outra situação que gerou o sentimento de incerteza foi a não garantia de que o tratamento irá curar o paciente, ou do próprio diagnóstico que pode se modificar ao longo do tempo, como para S6:

Às vezes é muito difícil porque, apesar do câncer de cólon poder ter um prognóstico bom, muitas vezes você depara com situações que você sabe que a evolução não vai ser boa (...) e nunca é uma situação agradável (...) não é fácil, nunca é fácil você dar o diagnóstico não é bom.

Foi citada a oncologia como uma área que gera sofrimento e que pode adoecer o profissional de saúde: “fiquei muito deprimida” (S7). Câncer enquanto uma doença com conotação negativa, de sofrimento, morte, que pode gerar sentimentos de incerteza, temores e dúvidas no paciente e no profissional.

Apenas um dos participantes referiu não sentir dificuldade na comunicação do diagnóstico: “...eu não tenho nenhuma dificuldade... normal, normal, normal, normal” (S2). Esse é um dado de extrema relevância para o

estudo, levando em conta que esse participante pareceu sentir-se ameaçado, quando soube que seria entrevistado por uma psicóloga (como está relatado no diário de campo: Anexo 1). Além disso, pode-se levantar a hipótese de uma postura de distanciamento de seus próprios sentimentos, pois necessita repetir quatro vezes a resposta “normal”, parece ter se utilizado do mecanismo de defesa de negação para evitar o sofrimento, o que manifesta uma dificuldade em se permitir sentir.

Outro participante (S11) relatou que raramente comunica o diagnóstico, sendo mais comum comunicar a recidiva, parecendo ter alguma dificuldade nessa comunicação.

Um dos profissionais expressou claramente uma minimização da gravidade da doença:

S15: Então, a gente faz também de conta que não fala, mas a gente fala “entre aspas”, primeiro conversa com a família e depois explica para o paciente, então eu adotei uma seguinte conduta, de falar para o doente, eu não nego que ele tenha neoplasia, mas eu não falo que é um câncer, se você fala tumor ele sabe que é a mesma coisa “entre aspas”, mas ele não leva como aquilo sendo um câncer, a gente fala: “é um tumor”...

Esse sujeito manifestou uma dificuldade em comunicar-se abertamente com o paciente e em lidar com o sofrimento que o mesmo pudesse apresentar ou que o diagnóstico pudesse causar. Desse modo, utilizou-se de uma linguagem que o paciente não domina, logo não teme, parece ter dificuldade em se posicionar nessa relação e, ao mesmo tempo, de enfrentar o contato com o outro (nem sempre o outro tem reações que o sujeito imagina ter). Pareceu ter negado sua raiva de um “paciente-problema” (que sofre, e não dá conta sozinho, que necessita do apoio médico) e ter projetado no paciente sua raiva, já com o

pressuposto de que ele não iria aceitar o diagnóstico. Outra possibilidade é a própria dificuldade do profissional em relação à doença. Não fala a palavra “câncer”, para ele mesmo não a ouvir e se dar conta da gravidade e da dificuldade que representará cuidar do outro.

Tem sido consenso de que a informação sobre um diagnóstico ou prognóstico de um paciente deve ser transmitida de forma verdadeira, e passada conforme sua compreensão para que a confiança na relação médico-paciente possa ocorrer e demonstrar que o profissional não o abandonará. É imprescindível que os profissionais possam ter uma escuta qualificada da demanda do paciente, podendo ser também uma demanda emocional. O ato de ouvir é terapêutico (Perdicaris e Silva, 2008).

Em decorrência dos discursos, pôde-se perceber que comunicação envolve mais do que a transmissão de notícia, envolve perceber o outro, comunicar-se na linguagem do paciente, de forma que ele possa entender. Além disso, comunicar também envolve presenciar tudo o que um diagnóstico pode acarretar na vida do paciente como mudança no estilo de vida, mudanças corporais, modificações na dinâmica familiar, na forma como o indivíduo lida com o diagnóstico (envolvendo diversas fases citadas por Klüber-Ross, 2005). O médico tem um papel muito importante na relação com o paciente, pois ele é quem irá comunicar o diagnóstico e será a figura de afeto e segurança, em quem o paciente poderá confiar, tirar suas dúvidas para poder seguir o tratamento.

Como a maioria dos participantes revelou ter dificuldade em comunicar o diagnóstico ao paciente, essa parece não ser uma situação confortável para o médico, principalmente em relação a uma doença grave como o câncer, que implica em falar sobre a possibilidade de morte.

- **Comunicação da terminalidade**

Esta categoria de análise objetivou entender como é para o profissional a comunicação da possibilidade de morte ou terminalidade.

Torna-se importante ressaltar que seis entre os quinze participantes não falaram sobre seu sentimento em relação à notícia de terminalidade, levando a considerar que o médico, em geral, desenvolve a habilidade de procedimentos técnicos, porém, ainda traz uma dificuldade ou uma habilidade relacional e de autoconhecimento.

Entre os quinze participantes, seis pareceram fazer uma análise pessoal, acreditando que o paciente terminal tem consciência de sua finitude e a aceita: *“ele sabe o que está acontecendo e o que pode acontecer, de certo modo, eles aceitam a situação, a morte...”* (S6). Este dado traz uma dificuldade no que se refere à comunicação da terminalidade, uma vez que o médico tem uma fantasia de que o paciente já sabe de sua condição. Pode-se levantar a hipótese de que o médico acaba projetando no paciente a certeza de sua morte e não fala abertamente sobre o que está acontecendo com o paciente. O médico, porém, tem a ferramenta de uma abordagem psicológica e sabe que essa comunicação é importante, pois dá a possibilidade da pessoa tornar-se consciente de sua situação, acessando seu campo afetivo, propiciando o processo de elaboração da própria morte. Isso foi percebido, quando três participantes consideraram importante falar a verdade para o paciente, de maneira realística e acolhedora para que o sujeito e sua família vivessem a fase de sofrimento e pudessem se preparar para a situação de morte: *“A gente procura sempre fazer de uma forma bastante real, e colocar que a pessoa não vai ficar desassistida (...) tem que ser de uma forma bastante real sem ilusões, mas não seca, dura...”* (S5).

S6 manifestou indiretamente o sentimento de insegurança, uma vez que tem dificuldade na comunicação da notícia de morte:

Na verdade, o paciente já está doente há algum tempo então ele já sabe da doença de alguma maneira ele vai recebendo notícias de ter uma doença muito grave (...) teve uma recidiva, eles aceitam um pouco melhor a morte, para ele não é tão complicado (...) fica pior para a família, mas ninguém chega para o paciente e fala “olha ele tem um mês e vai morrer” ninguém fala isso, primeiro porque a gente não sabe o que vai acontecer, mas o paciente terminal grave eu tive a oportunidade alguns pacientes desses, não precisa chegar para ele e falar...

S8 e S13 manifestam que procuram não dar a notícia de terminalidade ao paciente para não tirar a esperança dele:

S13: ...eu evito totalmente isso (marcar a data da morte, ou falar que está morrendo), eu acho que isso não tem necessidade, eu acho que você pode conversar com o paciente sem tocar nesse assunto...

O sujeito está mencionando a importância de ser verdadeiro sem ser cruel na comunicação sobre a possibilidade de morte.

Por outro lado, S14 afirmou que a notícia tem que ser dada de maneira amena para não dar falsas esperanças ao paciente e sua família:

Precisa ser dito, de alguma forma, de alguma maneira, pode usar palavras amenas, que tem que ser dito, porque não pode ser dada falsa esperança (...) por outro lado tem que ser dito porque a família precisa de uma resposta...

Além disso, médico, em geral, tem dificuldade em lidar com a transferência dos pacientes e sua contratransferência. Por exemplo, alguns participantes relataram que a família tem dificuldade em aceitar a situação de terminalidade do paciente e muitas vezes volta-se contra o médico e o tratamento. Isso faz com que este profissional sinta raiva e se distancie do paciente e da família, ou os atenda com uma bagagem de resistências e estigmas. As fases de negação e barganha também causam incomodo ao profissional médico que sente dificuldade em lidar com esses mecanismos de defesa do paciente. Como para:

S1: E a família por causa da ansiedade, fica lutando contra a gente né, então a gente fica com raiva da família, a gente não quer ver a família nem pintada de ouro, porque cria esse sentimento na gente, e aí a resposta natural... a gente não trata bem o paciente a gente não trata normalmente já fica com um pouco de raiva em resposta...

S2: É difícil isso, quando a pessoa quer saber muito de quando é o prognóstico, que está numa fase muito de negação da sua situação é quando ela pergunta mais, é difícil porque ela vai ficar sabendo mas não aceitou bem a morte, ou está na fase da barganha alguma coisa assim, ou barganha ou negação ela pergunta mais e aí é mais difícil para você...

No entanto, no que se refere apenas ao diagnóstico da doença, sem incluir terminalidade S1 manifestou saber lidar com a transferência da paciente: *“... e a menina tinha feito uma cirurgia na perna então ela usava uma muleta, então na hora que eu falei que a doença tinha voltado ela jogou a muleta contra mim, tamanha a revolta dela, tudo totalmente compreensível...”*.

Na comunicação do diagnóstico de terminalidade foi encontrado o sentimento de tristeza citado por S7:

É triste, eu acho que é triste (...) tem uma coisa que eu costumo falar para os internos (alunos de graduação de medicina) que é o seguinte, tem uma diferença grande entre você ser honesto e ser cruel (...) eu conto o diagnóstico com uma certa serenidade, devagar, com calma, com jeito e tento não ser cruel tento ser honesta sem ser cruel.

A maioria dos médicos do setor da proctologia relatou que prefere dar a notícia de terminalidade caso a família autorize, mas tem a conduta de sempre, primeiro informar a família. Na oncologia clínica, isso varia, porém a maioria prefere contar ao paciente de forma honesta e, ao mesmo tempo, acolhedora. S7 disse que prefere dar a notícia para o sujeito e sua família ao mesmo tempo, nunca separadamente. Um dos médicos (S9) citou que percebe que os pacientes sentem-se mais seguros, quando é dada a notícia em conjunto, dizendo que eles preferem, até como forma de organização familiar (herança, cuidado com os filhos).

Os relatos mostram que o médico tem mais dificuldade em dar a notícia de terminalidade aos pacientes jovens, pois pensam que o paciente idoso já está mais preparado para morrer (S10 e S11) Foi manifestada essa opinião nessa questão, e outros médicos a manifestaram em outras questões. Portanto, pode-se dizer que há indícios de ocorrer o mecanismo de identificação com os pacientes jovens, pois a maioria dos participantes é jovem; além de haver uma tendência a aceitar melhor as situações que seguem o ciclo vital do ser humano.

É importante ressaltar que S3, em seu relato, utilizou-se de algumas palavras para falar sobre o sentimento da comunicação da terminalidade, como “armas”, “fique frio”, “tem dó”, o que pode indicar ato falho por parte do participante que assim, revelou sua dificuldade em falar com a família sobre a morte. Sobre os sentimentos de angústia e sofrimento, nesse processo, acabou arrumando uma maneira de lidar sendo “firme e forte”, ou seja, utilizou-se do mecanismo de defesa da racionalização e logo após quis enfrentar a situação:

...a gente acaba arrumando armas para tentar realmente falar com a família de uma forma mais global (...) infelizmente não é que a gente fique frio, a gente tem dó do paciente tudo, mas tem que tratar, somos nós que vamos tratar, se a gente não for firme e forte quem vai ser?

Já S11 em sua verbalização tentou minimizar seu sentimento de tristeza em relação a uma paciente que perderá seu filho. Isso pode ser um mecanismo de defesa de racionalização por parte do médico como proteção ao sofrimento: *é difícil você falar para uma mãe que ela vai perder o filho dela e que ela vai enterrar o filho dela, então isso incomoda um pouco a gente, a gente fica um pouco triste....*

Ainda vale ressaltar que S12 foi bastante objetivo ao longo de suas respostas e pareceu ter acessado seus sentimentos com facilidade, uma vez que respondia as questões indo diretamente ao assunto. É importante observar que esse participante já teve experiência de psicoterapia. Um exemplo disso é: *eu me sinto triste pelo fato de não poder dar uma outra informação, mas precisa ser informado, o paciente precisa saber, então nós sempre informamos. Não é uma situação agradável, é bastante desagradável.*

Como foi demonstrado nos relatos, a comunicação do diagnóstico não parece ser uma tarefa fácil, principalmente se estiver relacionada à comunicação da terminalidade. Comunicar ao paciente que ele não tem possibilidade curativa, também não é fácil para o médico, assim como o próprio diagnóstico de câncer.

De qualquer forma, o que se destaca é que há um arranjo pessoal com relação à abordagem da terminalidade, bem como sobre a comunicação da gravidade da doença e da morte. Não há uma situação de partilha com os colegas nem espaços para a discussão destes e outros temas e a oportunidade de um aprendizado programático ao longo da sua formação.

4.5- Sentimentos vivenciados

Na categoria de análise dos sentimentos vivenciados, objetivou-se identificar a percepção do médico quanto seus próprios sentimentos, bem como sua percepção dos sentimentos vivenciados pelos pacientes e familiares.

Segundo Kovács (2008), os médicos, no contato íntimo com o doente com iminência de morte, sentem raiva, culpa, desconforto e remorso, principalmente quando o paciente encontra-se no final da vida, uma vez que sofrem quando o paciente falece. Para evitar esse sofrimento, pode-se inferir que se utilizam do mecanismo de defesa da racionalização, da medicalização da morte e eufemismos. Para Perdicaris e Silva (2008), o médico deve identificar seus próprios mecanismos de defesa, sem confrontar o paciente ou o familiar, quando manifesta negação da doença ou projeção da culpa na equipe de saúde. Também, para Liberato e Carvalho (2008), o médico, quando se distancia do paciente, sem conseguir identificar seus próprios mecanismos mentais pode desgastar-se psicologicamente.

Sendo assim, é importante que o médico, tenha preparo suficiente para lidar com as relações transferências e contratransferências. Na relação transferencial ocorre uma defesa quanto aos aspectos inconscientes que sente como negativos e ameaçadores e não consegue desenvolver em razão de bloqueios e depressões, criando um jogo transferencial com as pessoas envolvidas. A relação transferencial ocorre de maneira psicodinâmica de forma consciente e inconsciente que pode ser observada em todo relacionamento humano.

- **Pelo próprio sujeito**

Essa categoria de análise referiu-se à habilidade do médico em considerar a sua própria subjetividade, sentimentos e desejos.

Em relação aos sentimentos do profissional, o que mais se destacou foi o sentimento de impotência, seis dos participantes manifestaram a impotência como um sentimento prevalente em relação ao câncer como relata S15:

...e o pior que quando você quer oferecer a qualidade de vida e o doente acaba tendo complicação do tratamento e acaba falecendo, aí é chato, é ruim para a gente (...) seria a limitação que você como ser humano não pode fazer nada. Eu sempre falo para os pacientes que a gente vai até um certo limite, a gente não é Deus...

Um dos entrevistados manifestou de forma indireta o sentimento de impotência:

S6: ...então você faz um tratamento com um paciente dessa idade e ele tem o risco de ficar impotente (...) visando uma cura e essa cura não é garantida (...) também pode ser mutilante (...) então você fica dividido pois vai fazer isso para curá-lo da doença mas sabe que vai piorar a qualidade de vida

A maioria dos participantes identificou o sentimento de impotência. Com base no referencial psicanalítico, pode-se dizer que o sentimento de impotência significa uma ameaça à integridade narcísica, ou seja, ao investimento psíquico direcionado a si. Assim, o desejo do médico, muitas vezes consiste em curar o paciente. Para Liberato e Carvalho (2008) o médico, em sua formação tradicional, tende a enxergar a morte como um fracasso ao tratamento. Há, ainda, um jargão de que os profissionais de saúde devem combater a morte sempre, porém muitas vezes não há possibilidade de cura e o melhor a fazer é o

acompanhamento e o cuidado ao paciente para uma melhor qualidade de vida. A ferida narcísica implica, muitas vezes, em descobrir que existe o princípio de realidade e que nem todos os desejos do ser humano podem ser satisfeitos, não há só o princípio do prazer (Laplanche e Pontalis, 1992).

Os participantes apontaram uma tentativa de se desvincular do paciente, tamanho o sentimento de angústia, como forma de sobrevivência para continuar trabalhando. A participante S1 manifestou o sentimento de angústia: “...eu sempre conversava com a terapeuta sobre a angústia de lidar com os pacientes (...) eu acho que eu mesma crio um afastamento e não tenho vergonha de falar...”. Nesse caso, a entrevistada acionou o mecanismo de defesa de afastar-se do paciente, evitando o envolvimento afetivo e racionalizando seus sentimentos. Essa mesma participante manifestou ter vivenciado história de câncer em sua família, na questão em que lhe foi perguntado sobre os sentimentos da doença, o que leva a considerar uma relação entre o sentimento de angústia e histórico de câncer na família.

Segundo Kovács et al. (2008), cuidar é estabelecer relações, representa um envolvimento afetivo, o qual é importante para a percepção do outro, considerando as emoções vivenciadas pelo próprio profissional para a realização de uma atenção voltada ao paciente. Para isso a atitude de “cuidar de si” é muito importante.

Outro dado de extrema relevância é que pouco menos da metade dos participantes, totalizando cinco participantes, não falou sobre seu sentimento em relação à doença, isso demonstra que parte dos participantes teve dificuldade em nomear e identificar seus sentimentos. Já a maioria dos participantes conseguiu falar sobre algo que não é fácil, uma situação desconfortável, porém poucos identificaram e nomearam seus sentimentos na relação médico-paciente. Esse pode ser indício de que o profissional não tem o hábito de refletir sobre seus sentimentos ou de tentar conhecer-se. Entre eles, pôde-se perceber, através do discurso, que apenas um expressou o sentimento de impotência de maneira indireta. Entretanto, houve outro exemplo de uma participante que conseguiu

explicitar claramente seu desejo da doença não existir, foi S3, que manifestou sentimento de ódio: *“realmente é ódio, por que tem essa doença?”*. Ainda consegue perceber o mecanismo da identificação enquanto contratransferência: *“é da minha idade né... então realmente pode dar um sentimento de contratransferência”*. Esse foi um momento de “insight” da participante, pois entrou em contato consigo, identificou seu movimento de contratransferência e seu sentimento.

S10 fez a consideração de que os residentes são aqueles que se abalam mais na relação médico-paciente. O sujeito trouxe a ideia de oncologia como uma especialidade diferente que deve ter um cuidado a mais, um tempo a mais dedicado ao paciente para as informações necessárias e investigação da doença; entende o atendimento enquanto pesado:

...mas eu acho que não é tão fácil (...) mas aí você pensa que ofereceu todo o tratamento que o paciente precisava, de que fez tudo o que poderia fazer e então você pode ir para casa mais aliviado (...) Mas, é uma situação muito ruim para o médico, porque a gente sofre junto com o paciente nesse caso, uma recidiva muitas vezes o médico também não espera e quando tem a notícia a gente sofre junto com eles (S10).

Sua dificuldade em lidar com a recidiva e com a morte parece lhe causar sentimentos de impotência por não salvar o paciente, quando na verdade a morte é inerente ao ser humano e o médico corre o risco de não poder impedi-la e sofre.

Apesar de não ser um sentimento, um dos participantes (S5) referiu que o trabalho com oncologia implica em lidar com sofrimentos associados às limitações humanas como dificuldade em respirar, evacuar, urinar, alimentar-se, e possíveis limitações do tratamento que implica em toda uma alteração corporal.

Para ele, o sujeito precisará se adaptar a um novo corpo, por exemplo, bolsa de colostomia, retirada de alguma parte do corpo, disfunção urinária, impotência sexual. O sujeito não falou sobre o seu sentimento, mas expressou as dificuldades que geralmente encontra em seu cotidiano, no cuidado ao paciente oncológico.

Cuidar em oncologia traz também para o médico um sentimento de solidariedade “amor ao próximo” (S5), aliviar o sofrimento do outro S5, “fazer tudo o que poderia fazer” (S10), como algo que “vale a pena lutar” (S8), há um investimento (S8). Os participantes ao terem falado sobre isso, mencionaram também sobre o investimento psíquico que o médico tem na relação médico-paciente, no tratamento, na saúde do paciente que remete ao conceito de cuidado de Boff (1999) citado anteriormente, o qual implica no vínculo com o outro, na responsabilização pelo paciente e na realização profissional do médico.

- **Percepção em relação ao paciente e familiar**

Essa categoria de análise referiu-se à habilidade do médico em considerar a subjetividade do outro, no caso os pacientes e familiares.

Um dos sentimentos que os participantes perceberam com maior frequência em relação aos pacientes foi a ansiedade, apesar de apenas três participantes terem relatado isso, foi a resposta de frequência mais significativa. Por exemplo, S1: “*O paciente tem uma ansiedade pela cura (...) paciente que tinha raiva da recidiva do câncer...*”; S11 referiu o sentimento de ansiedade como o mais frequente, pois “*quer resolver logo*”, “*quer ver o resultado do exame*”. Os participantes perceberam nos pacientes uma ansiedade para cura e medo do sofrimento e da morte, que pode ser associado, nesse sentido, à ansiedade de separação, a qual foi originada, na primeira infância, em que o bebê está ligado ao objeto de amor: sua mãe, quando esta se distancia há o medo da perda de objeto, ou seja, que ela não volte mais (Laplanche e Pontalis, 1992).

Ansiedade de cura pode gerar impotência e angústia e o paciente aciona o mecanismo de defesa de negação, porém muitas vezes o médico parece não saber lidar com essa fase do paciente, sente-se irritado, bate de frente: “*essa impotência eu acho que é nossa e deles*” (S1). Ainda relataram que os pacientes procuram métodos mágicos de tratamento, pois eles não encontram recursos internos para dar conta desse sofrimento. Para S11, o paciente mais jovem geralmente traz níveis de ansiedade e estresse maiores que os mais idosos. Essa ansiedade também pode indicar o medo do sofrimento e da morte, uma ansiedade de separação: nos mais jovens é mais comum a ansiedade de pacientes e familiares, uma vez que o ser humano demora um tempo a mais para elaborar a doença que pode causar a morte, para quem está iniciando a vida.

Os participantes apontaram como sentimentos percebidos nos pacientes o medo da recidiva, mesmo quando já estão curados, como por exemplo, para S6: “*...mesmo que esteja tudo bem ele percebe a gravidade do que ele passou, da possibilidade de ter uma recidiva, ele fica muito ansioso...*”.

Mesmo não sendo um sentimento, alguns participantes identificaram nos pacientes os mecanismos de defesa de negação e projeção. Um exemplo de negação foi o relato de S13:

...quando você dá a notícia ao paciente, tudo o que você falar depois ele não capta, ou capta muito pouco, então você fala a notícia e tudo que vier naquele momento, nos próximos minutos é perdido, pois vem primeiro aquele choque inicial que é a negação e todos os detalhes das etapas da notícia, mas vem tudo na cabeça: a negação, “por que eu?”

Em relação à projeção, segundo observações relatadas pelos sujeitos, acabam transferindo e projetando para o médico, para a família, suas angústias e raiva (agressividade), como se o mundo estivesse contra ele (S1, S9 e S7).

Em relação à percepção do sentimento do familiar foi relatado o medo do sofrimento e da morte:

S5: No familiar, geralmente é o medo de alguma doença que muitas vezes está muito associada à dor, sofrimento grande, falta de ar, a pessoa acamada (...) vai passar a situação da morte na frente dele em algum momento. Acho que é mais medo mesmo, medo do sofrimento, da morte talvez nem sempre, depende...mas do sofrimento sempre.

A desestruturação e enfrentamento da família, com sentimento de desespero:

S15: "... tem famílias que ficam muito desestruturadas (...) tem outras que entram em desespero, começam a chorar, a gente não sabe se isso é sentimento de culpa que passara entre relacionamento de pai com filho..."

Nesse caso, o discurso de S15 indica que ele não sabe o que fazer com o sofrimento do familiar, tentando procurar uma explicação lógica. O ideal é que o profissional consiga ouvir e acolher a família e não necessariamente resolver os problemas dela.

S10 fez uma observação sobre a repercussão da doença na família:

...ele (câncer) é uma doença que prepara para a morte, ele faz as pessoas pensarem sobre suas vidas, sobre a morte, preparar aquela família (...) o câncer eu acho que prepara as pessoas, o paciente terminal se prepara para a morte.

Para ele, o câncer prepara para a morte, faz as pessoas repensarem e darem novos significados as suas vidas.

Embora não sejam sentimentos percebidos, os participantes apontaram para atitudes do médico que auxiliam no tratamento do câncer, consideram o médico como um parceiro, acompanhante no processo de cuidado, informar o paciente e a família para deixá-los seguros:

S8:...eu acho que é muito importante (a informação por parte do médico), pela segurança do doente, deixá-lo seguro, jogar junto, do mesmo lado, procurar fazer pelo doente.

O vínculo e a responsabilização parecem auxiliar no tratamento do paciente, essa relação acaba sendo terapêutica para o paciente. Para S9: *“cada paciente pede o que tem que dar (...) eu acho que o importante é você estar sempre disponível...”*, demonstrando uma maturidade emocional e sensibilidade do médico perceber aquilo que o paciente necessita e planejar a forma de cuidado de maneira mais integral para o paciente. S4 também citou a relação médico-paciente como um fator importante para que o paciente aceite a doença.

- **Formas de lidar com o sofrimento do paciente e familiar**

Apesar de cinco entre os quinze participantes terem revelado lidar com o sofrimento do paciente através da disponibilidade interna para o cuidado, esse é um dado importante uma vez que mostra um conhecimento de si, um enfrentamento às suas angústias, conseguindo entrar em contato com o outro. A fala de S9 revelou: *“...acho que o importante é você estar sempre disponível...”* e S6: *“...eu estou aqui para ajudar...”*. Nesse momento, o médico é tocado pelo sentimento do outro.

Quatro entre quinze entrevistados demonstraram que lidam com o sofrimento envolvendo-se com o paciente:

S9: *“...alguns pacientes te tocam de maneira especial, então você fica mais ligado mais tocado com o sofrimento dele, com o sofrimento da família (...) não existe ausência de sentimento eu acho...”*

S7 falou dos colegas: *“Você vê os negos olha, nego careca de velho, cabelo branco, pé de galinha, homem, mulher, você vê saindo da enfermaria chorando porque algum paciente específico morreu”* (S7). Esse discurso leva a considerar que os profissionais médicos são tocados pelo sofrimento do paciente e muitas vezes vivenciam junto com ele o sentimento de perda. Referiram ainda a impossibilidade da neutralidade na relação médico-paciente.

Por outro lado, o contrário também foi encontrado nas entrevistas. Quatro participantes revelaram lidar com o sofrimento do paciente não se envolvendo, como por exemplo, S15: *“...se não a gente se envolve e sofre tanto quanto e aí você não consegue fazer nada...”*; sendo que um apresentou ambiguidade com o sentimento de identificação:

S13: *Eu tento não me envolver nisso, o profissional não pode se envolver com isso, não dá para ficar totalmente isento, óbvio que se você está falando para alguém, você está se vendo no lugar, está vendo um familiar seu, e assim por diante, isso é óbvio, somos seres humanos...*

O participante parece já saber que se identifica e por isso prefere não se envolver. S1 discursou acerca do conceito de identificação do médico com o paciente, colocou que o envolvimento pode fazer com que o médico recorra a fetichismos quando diz: *“você começa a ficar que nem a família, você começa a não, vou inventar um tratamento assim para ver se por um acaso vai melhorar”*. S1 demonstrou um autoconhecimento, pois sabe que se o envolvimento for excessivo sofrerá as dores do paciente, até porque já passou por uma situação muito semelhante em sua história de vida, a saída que arruma é manter certa distância. Já S2 parece ignorar a perspectiva de sofrimento, relata que se envolve muito pouco, apenas na perspectiva de cura. Isso pode levar a pensar que talvez S2 tenha dificuldade em lidar com o sofrimento do paciente e acabe negando a existência desse sentimento, já que ele relatou sobre sua racionalização que também é um mecanismo de defesa. Já S5 mostrou uma flexibilidade mental, podendo considerar como atenção flutuante: foi tocado por um sentimento, o contato com o paciente lhe causou algo, permitiu repensar sua vida, voltou para a situação real do paciente, pensou naquilo que poderá oferecer enquanto médico e projeto terapêutico. Na atenção flutuante, o terapeuta deixa funcionar o mais livremente possível o seu inconsciente, o analista quando se coloca na atenção flutuante além da análise teórica, faz uma autoanálise da contratransferência:

S5: ...a sensação de lidar com a dor é claro que é difícil (...) aquilo altera o seu humor no dia, a sua reflexão sobre a vida (...) sem dúvida a gente fica chocado e pensa: “puxa vida como é que pode acontecer uma coisa dessa?”, mas aí imediatamente naquele momento da consulta a gente sempre tenta pensar que a situação já ocorreu e alguém precisa tentar ajudar...

Nesse sentido, há uma ambiguidade de sentimentos, conforme o conceito da Síndrome de Damocles, baseada na antiga lenda grega sobre Damocles, o cortesão que foi obrigado a sentar-se sob uma espada pendurada

por uma crina de cavalo. (Fernández, 2008). A Síndrome de Damocles é a síndrome referente à incerteza do ser humano: tanto o médico quanto o paciente vivenciam o medo, a ansiedade, o sentimento de impotência, portanto, o médico se vê na espada, ele também vivencia a finitude e vivencia muitas perdas em seu dia a dia.

Vale ressaltar que foram encontrados alguns mecanismos de defesa nos discursos, porém os aspectos psicológicos dos médicos não se resumem a isso. O médico é um ser humano dotado de interesses, desejos, sonhos, subjetividade, história de vida e criatividade. Os mecanismos de defesa surgem para objetivar o processo de cuidado e estarem aptos para a ação, para darem conta do princípio de realidade: o cuidado com o outro em situação de sofrimento e com possibilidade de morte.

É importante destacar que apesar de apenas três participantes terem relatado lidar com o sofrimento do paciente e dos familiares dando informações no sentido de confortá-los, esta é uma atitude que proporciona maior conforto e segurança por parte do paciente. Por exemplo:

S3: ...não só o paciente tem que tratar ele e a família junto, explicar a doença, explicar como é que trata, tem muitos que ficam com colostomia, com bolsa (...) não é só contar que tem câncer às vezes, tem que contar que vai ficar com a bolsinha (...) na verdade eu penso que o que mais ajuda o médico a contornar toda essa situação é a informação...

Houve poucos relatos sobre os familiares, isso leva a considerar que é mais comum o médico falar com a família separadamente.

Mecanismo de defesa de racionalização esteve presente na fala de S8 que apresenta como dever do profissional médico a impossibilidade de deixar transparecer seus sentimentos:

...uma qualidade muito desejável no médico é aquilo que a gente chama de imperturbabilidade, por pior que seja uma situação ele não pode se perturbar (...) não pode transparecer essas questões (...) por mais que a gente sofra junto tem que ser um profissional...

Nesse momento, o sujeito revelou que há sentimentos que perturbam, dando indícios que muitas vezes para o médico não é permitido sofrer. Há movimentos internalizados pelo profissional que o induz a não entrar em contato com o próprio sofrimento. Pode-se discutir acerca dessa ideia em relação a toda uma cultura médico hegemônica, já instituída, baseada no poder e que não permite ao médico demonstrar fragilidades. Por outro lado a racionalização permite que o profissional consiga dar conta da realidade, sem fixar-se apenas em seus sentimentos. O ideal seria que o médico primeiro considerasse seus próprios sentimentos, para posteriormente voltar-se ao paciente.

A prática de compartilhar o sentimento com o paciente ajuda o médico a lidar melhor com o sofrimento do paciente e seu próprio sofrimento, como por exemplo para S10: *“então eu não tenho grandes dificuldades porque eu compartilho com o paciente esse sofrimento”* e S12: *“eu lido bem com esse sofrimento, eu compartilho desse sentimento deles, eu divido esse sentimento com eles, um sentimento de solidariedade em relação a esses pacientes...”*. Os entrevistados trazem uma conotação de trabalho médico, envolvendo atitudes do profissional como: o fazer junto e construir com o paciente seu projeto terapêutico.

O trabalho multiprofissional também é uma forma de lidar melhor com o sofrimento do paciente, como apoio ao trabalho médico. A postura de ouvir o paciente, a abertura para ouvir o seu sofrimento, ou seja, sua demanda emocional, permitindo que o paciente possa dividir o seu sofrimento com o profissional e tornando menos sofrido o processo de ser portador do câncer: *“nós procuramos ter um programa multidisciplinar aqui para melhorar essa parte também...”* (S12).

Uma participante fez referência ao sentimento de onipotência como uma forma de lidar com o sofrimento dizendo que os alunos, em geral, apresentam-no no início da carreira: “... muitas vezes a gente entra na faculdade achando que vai ser o médico todo poderoso e que vai curar todos os doentes” (S3). A questão é que esse movimento, em geral, é um movimento defensivo para o médico e pode ser agressivo ao paciente. Reconhecer as próprias limitações é um dos pressupostos para o cuidado de si e cuidado do outro. Também é um exemplo o relato de S1:

...a gente tinha um residente aqui que, do meu ponto de vista, lidava muito mal com os pacientes (...) os pacientes passavam com ele e às vezes saíam chorando (...) aí eu cheguei junto dele e falei: olha o que você está fazendo com o paciente! (...) eu nunca vi isso acontecer! Como você está lidando com isso? Ele lidava de um modo meio... frio... falava nua e cruamente (...) você não vai comunicar mais nada, você vai lá me chamar e eu vou lá falar com o paciente (...) de alguma maneira ele viu como eu falava e criou uma estratégia dele, então eu acho que eu ajudei.

- **Vivência do cuidado ao paciente terminal**

Essa categoria de análise buscou conhecer como é para o profissional a vivência do cuidado ao paciente em situação de terminalidade.

É importante destacar que S14 não concordou com o termo da palavra terminalidade e propôs um outro termo para se falar no assunto:

...eu pessoalmente não gosto muito de usar essa palavra terminalidade, eu acho que usar a palavra terminalidade para o paciente, ou falar na frente do paciente, é uma palavra muito pesada, eu prefiro usar o termo: sem possibilidade terapêutica, ou sem possibilidade de algum tratamento específico...

A grande maioria dos participantes (catorze entre quinze) relatou que cuida de pacientes terminais (sendo que desses apenas quatro entrevistados relataram que cuidam de poucos pacientes terminais) e apenas 1 refere ser muito raro. Dentre as respostas dos participantes foi relatado que o setor de oncologia clínica costuma cuidar dos pacientes com câncer em situação de terminalidade, S1 relatou:

...a maior parte dos nossos pacientes, eu diria aí que 60% dos pacientes estão com a doença avançada e caminhando aí para a terminalidade (...), potencialmente, a maioria são terminais.

Apesar de apenas três participantes terem citado o sentimento de impotência diante da vivência do cuidado ao paciente terminal, este é um dado importante no que se refere aos aspectos psicológicos do médico, principalmente em uma situação que é vivida frequentemente em seu cotidiano. Isso foi percebido, por exemplo, no discurso de S9 que identificou primeiro uma dificuldade em ver o paciente terminal:

...é bom para gente, pois, a gente não vai ter que ver, e mais tarde o sentimento de impotência e frustração: ...às vezes é um sentimento de derrota (...) às vezes é uma surpresa, às vezes você faz uma cirurgia hoje, ele está superbem e daqui a 6 meses ele faz um exame que parece ou mostra que é terminal, é um pouco frustrante, você vê que a medicina precisa avançar mais.

A vivência do cuidado ao paciente em situação de terminalidade pode gerar angústia, como referiu S1: *“É muito angustiante assim principalmente se o paciente não está enfrentando o luto de uma maneira mais natural...”*; como referiu S7:

...cansa do peso emocional que tem tudo isso e físico, pacientes graves que o tempo todo você está sendo requisitada, a tendência é de você fazer outras funções também vão ser diretamente ou indiretamente beneficiadas, mas que não o contato direto então uma parte que eu amo de paixão é trabalhar em laboratório, mas lá são só nominhos de tubo, o nome deles estão em tubo você não sabe quem é e o que ele tem (...) por exemplo, esse dia da mulher do leite (paciente que referiu no final da consulta que tem um bebê de 7 meses em amamentação) eu não consegui esquecer isso o dia inteiro, você vai me perguntar, isso acontece sempre? Não, mesmo porque eu acho que eu não sobreviveria, nesse dia eu não consegui esquecer, eu fiquei deprimida o dia inteirinho.

Nesse caso, S7 acabou distanciando-se do contato direto com o paciente para que pudesse sobreviver ao peso emocional do contato com a situação de terminalidade, ou seja, provável morte do paciente. Como S7 não conseguiu realizar sua atividade profissional de atendimento ao paciente, uma vez que esse gerou tamanho sofrimento, acabou deslocando-o para o trabalho em laboratório, onde cuidava de tubos e não de pessoas. S7 ainda referiu que, atualmente, o seu trabalho é mais direcionado aos alunos do que o contato direto com o paciente:

...você vai saindo do frente, e você vai deixando os novos no frente, então o que é o frente? O frente é o tempo todo... olha por exemplo os residentes que ficam na enfermaria, ficam um mês porque não dá para ficar mais de um mês eu acho, todo dia, todo dia, todo dia, morre um, morre dois, morre três, morre quatro(...) então a vida vai exigindo que você deixe, que você passe a virar mais um burocrata, um orientador, um pesquisador e menos um clínico de dia a dia dentro dessa estrutura nossa de universidade, que a gente não atende paciente ou atende raramente, os pacientes são os residentes e os internos.

Para a participante, o trabalho com oncologia traz uma carga emocional pesada para o médico, parecendo ser mais fácil deixar os alunos no contato direto com o paciente, pois “o tempo todo” pode gerar angústia. Os residentes e os internos é quem ficam com o contato direto, ouvem a história do paciente, sua demanda física e emocional. Cansada do peso emocional, deslocou seu desejo profissional para outra função em que lida com tubos (trabalho técnico) como forma de sobreviver.

S5 relatou sobre uma limitação do serviço, dificuldade em fazer visita domiciliar, cuja prática é importante no atendimento mais integral do paciente em terminalidade, junto à equipe multidisciplinar: *“... é uma atuação que eu considero que, nesse momento, é limitada dentro do que poderia ser feito, principalmente se eu estivesse atendendo em casa”*. Ainda referiu uma dificuldade em lidar com a morte de pacientes mais jovens, maior facilidade de elaborar a perda de pacientes idosos, como em geral é esperado, devido à “história natural da vida”.

O que se pôde constatar foi a dificuldade de lidar com a morte, com a terminalidade e a angústia frente a estes fatos do paciente e da família. Entretanto, esta é uma realidade própria do profissional que cuida desses indivíduos com câncer. Apesar disso, dois participantes citaram a importância de oferecer conforto para o paciente e sua família, como por exemplo, para S13: *“o que eu costumo prezar nesses pacientes é ter qualidade de vida, não ter dor, ter momentos mais agradáveis possíveis, estar com ele mesmo sabendo que a coisa é grave e que a gente vai fazer por ele”*.

4.6- Ambiente de trabalho em oncologia

- **Percepção do sujeito**

Essa categoria da análise procurou entender a maneira que o profissional médico percebe o ambiente de trabalho em oncologia. Os participantes em suas respostas diferenciaram o ambiente de trabalho em

oncologia em: ambiente funcional que seria o institucional envolvendo a equipe de trabalho; o ambiente assistencial relacionado ao contato com o paciente e sua família, conforme a percepção deles.

Em relação ao ambiente funcional seis entre quinze participantes relataram que o ambiente de trabalho em oncologia é muito bom, o que pode indicar que haja uma boa interação da equipe multiprofissional: *“Eu acho que o ambiente é bom entre os médicos e outros profissionais...”* (S10).

Dentre os participantes, cinco também relataram que consideram a equipe integrada, pois o trabalho é multiprofissional promovendo um saber compartilhado. Isso leva a considerar que pode existir uma co-responsabilização dos profissionais em relação aos pacientes (conforme indica Merhy, 1999), permitindo que o trabalho do médico não fique sobrecarregado, pois o modelo tradicional coloca a responsabilidade centrada no profissional médico. Ainda, um dos participantes relatou que, quando a equipe não é unida fica mais difícil trabalhar em oncologia:

S3:...a equipe é muito boa, é uma equipe gostosa de trabalhar, acho que realmente isso une a gente para nós não ficarmos tão tristes em relação aos doentes (...) aí fica difícil trabalhar com paciente oncológico com a equipe que não é unida, aí é difícil.

Ceccin (2005); Cecílio (2001) e Merhy (1999) apontam para a importância do trabalho multiprofissional coeso, com a participação de todos os integrantes da equipe e usuários, para que haja uma atenção qualificada e humanizada. Em geral, essa discussão sobre a multiprofissionalidade na atenção é voltada para o benefício que significa para os pacientes, porém o que apareceu nas entrevistas, em especial na colocação de S3 foi o quanto esse arranjo é

facilitador para os profissionais. O acolhimento e a partilha da responsabilidade do cuidado foram ressaltados. Os profissionais se sentem mais confortáveis para a prática clínica, bem como para acolher os pacientes e familiares. Esta situação reverte-se em benefício da atenção aos pacientes. Transpareceu que um cuidado humanizado começa com um ambiente humanizado e acolhedor para os profissionais de saúde.

Entre os participantes, três perceberam o ambiente funcional como um ambiente tranquilo, como por exemplo, S1: “... *você vê que o ambiente é sempre tranquilo as pessoas tentam se ajudar...*”

S10 citou que o profissional de saúde tem mais preparo para trabalhar com o paciente e sabe lidar melhor com o sofrimento e com a morte do que profissionais de outras áreas, como por exemplo, os recepcionistas. Este participante, ao falar sobre os recepcionistas, descreve-os muito detalhadamente, parecendo projetar seus próprios sentimentos aos recepcionistas:

...O recepcionista chega em casa envolvido, comenta, sente bastante, eles são de outra área, não estão preparados e não são formados para isso, então para eles é bem mais pesado porque eles não sabem o que vai acontecer ... (S10).

Além disso, pode-se dizer que foi encontrado o mecanismo de defesa de reparação na fala de S9, pois, primeiramente, faz uma crítica ao serviço dizendo que o mesmo carece de coisa básica e, posteriormente, fala por oito vezes que o serviço é bom.

Um dos participantes percebeu o lúdico como uma forma de melhorar o ambiente em atenção ao paciente oncológico, deixando o trabalho em oncologia menos pesado: “*Bom... dentro da universidade precisa ter muito lúdico para você segurar as pessoas...*” (S2).

Foi encontrado nos relatos, o tema de adoecimento do profissional no momento em que dois participantes relataram que consideram o ambiente funcional pesado como S7: *“Eu acho pesado...”* e S14: *“Eu acho o ambiente de trabalho muito pesado, estressante (...) o diagnóstico de um tumor traz uma tristeza...”*. Ainda o mesmo participante enfatizou que a equipe precisa ser cuidada para não adoecer nesse ambiente:

...é um ambiente que a gente precisa cuidar um pouco que pode levar ao pessoal que trabalha, o pessoal de apoio: enfermagem, técnico de enfermagem, nutricionista, os próprios médicos, pode levar até a uma depressão, porque envolve muita tristeza (...) é um ambiente difícil.

Este é um dado muito importante para a pesquisa, pois está indicando que fatores do ambiente de trabalho em oncologia podem influenciar a saúde do médico, havendo necessidade desse ambiente ser cuidado, assim como a necessidade de uma forma de atenção voltada à saúde desse profissional.

Uma das participantes discursou acerca da questão da onipotência no ambiente de trabalho:

S7:...eu acho que são pessoas, me incluindo, de certa forma arrogantes, onipotentes, com o que nós estamos querendo brigar? Contra a morte? Contra o câncer? Ai que legal, que neguinho simples...

Nesse momento, a participante relatou a dificuldade que o médico tem em aceitar a limitação da doença, pois lutam contra a morte; pareceu considerar que esses profissionais têm como uma característica pessoal a arrogância,

a onipotência, isso pode indicar uma característica de desafio, de quem gosta de vencer e ganhar do câncer. Diante disso, pode-se dizer que há um mecanismo de sublimação em relação a essas características pessoais, que passam a ser aceitas pela sociedade na profissão de médico, no cuidado ao paciente com câncer. E a participante complementa: *“é claro que isso tudo não é uma coisa que fica consciente”* (S7).

Em relação ao ambiente assistencial, dois participantes relataram o ambiente assistencial como pesado e difícil, como por exemplo, para S3 *“às vezes é só desgraça que tem, você passa na enfermaria um está ruim e o outro também...”*.

Apenas S8 considerou tanto o ambiente funcional quanto o assistencial e os vê interligados, enquanto ambiente bom, em que há integração entre funcionários e pacientes:

...tem uma integração entre os profissionais todos, muita discussão, ninguém toma uma decisão sozinho (...) tudo é multidisciplinar são decisões compartilhadas entre os profissionais e com a família do doente...

É importante destacar o discurso de S6, que apesar de ter aparecido apenas uma vez explicitou, indiretamente, que o ambiente assistencial não é bom, pois não há aprofundamento na área emocional:

... o docente acaba tendo pouco contato com o paciente e, nesse sentido, acho que pode dar um suporte para o paciente, nós não temos condições de dar isso adequadamente (...) eu acho que existe, na maioria dos casos, uma distância do que um relacionamento mais próximo, eu acho que isso de maneira geral acontece com todo mundo aqui...

Logo depois relatou que o serviço de psicologia percebe essas questões, demonstrando a dificuldade do médico em ouvir a demanda emocional do sujeito, preferindo encaminhar para um serviço especializado de saúde mental, pois sente-se sem preparo para isso. Ainda o mesmo participante referiu que existe um apoio às necessidades físicas do paciente, mas não emocionais:

...fica feito aquela coisa de você dar o atendimento da necessidade física do paciente, mas a parte emocional acho que não é bom e todo mundo tem um certo distanciamento.

Uma situação inadequada visto que é um dos momentos de grande necessidade de acolhimento dos sentimentos do paciente e de suas demandas ao longo de um tratamento de saúde.

- **Dificuldades e facilidades percebidas**

Essa categoria de análise teve o objetivo de conhecer as dificuldades e as facilidades percebidas no ambiente de trabalho em oncologia. Foram encontradas tanto dificuldades como facilidades no âmbito institucional e pessoal.

Em relação às dificuldades institucionais, apesar de apenas cinco entre quinze entrevistados terem relatado como grande dificuldade a falta de recursos financeiros, esse é um dado importante para estudo. Um exemplo foi o discurso de S11:

...aí você pensa que ele poderia ter uma chance maior de sobreviver, mas eu não posso dar isso porque ele não tem os recursos disponíveis ou porque o SUS não paga ou porque não tem medicação disponível...

Ainda no âmbito institucional, estes cinco participantes falaram sobre as dificuldades do serviço público, o que merece destaque, pois um dos entrevistados ressalta a negligência do setor público em relação à alta demanda e fila para atendimento:

S13:...então é esse o problema do setor público, têm pacientes que você sabe que pode curar e que eles não têm condições de serem tratados, têm pacientes para operar e para tratar e estão numa fila para serem tratados...

Cinco participantes citaram também a dificuldade na obtenção de exames, é um dado bastante preocupante para uma doença grave como o câncer. Um exemplo foi o discurso de S4: “...às vezes você precisa de tomografia, às vezes você precisa de um exame mais específico, não tem como fazer...”.

Como dificuldade institucional, cinco entre quinze participantes relataram a falta de leitos para a internação, S6 enfatizou:

...primeiro que o paciente que precisa ser internado como paciente terminal como você perguntou, porque a gente não interna? Não interna porque não tem leito, paciente exige um cuidado, qualquer cuidado, ou precisa internar ou precisa de um exame marcado e a gente não consegue fazer isso...

Já S14 colocou sobre a dificuldade em encontrar leitos na UTI para que os pacientes possam recuperar-se de grandes cirurgias.

Entre quinze participantes, três apontaram demora no agendamento de cirurgia, como por exemplo, S6: “... o paciente tem que operar e passa 15, 20, 30 dias esperando uma cirurgia e você sabe que se você resolver isso o quanto antes é melhor para ele” (dificuldade na esfera institucional).

Foi relatado ainda por dois participantes que a instituição não é voltada para a oncologia S13:

A instituição eu acho que ela aceita muito pouco o nosso trabalho, ela não é voltada para oncologia, a gente não tem uma facilitação, tem algumas coisas que a gente tem que procurar e fazer a nossas custas, nossa maneira...

E S6: “... o tratamento paliativo nós não oferecemos isso aqui...”.

Um dos participantes relatou a necessidade de articulação com a unidade básica para que o cuidado domiciliar seja realizado adequadamente, o que também caracteriza uma dificuldade institucional:

S5:...Uma outra coisa é que o paciente com câncer não dá para ele ser cuidado unicamente um hospital de câncer, porque a doença tem vários momentos, muitas vezes até quando a doença já progrediu e no momento em que ele estiver passando por um tratamento quimioterapia, radioterapia, cirurgia, nesse momento ele está no hospital, mas tem vários outros momentos, muitas vezes até quando a doença já progrediu, que ele seria mais confortável e melhor que ele fosse cuidado em casa, então quando ele está precisando de medicamento para a dor, ou alguma outra coisa mas que não seja medicamento que ele esteja precisando por boca, oxigênio e é mais confortável que ele fique em casa, elimina o risco de uma infecção hospitalar, aí também tem bastante dificuldade da equipe da unidade básica...

Já em relação às dificuldades pessoais, os participantes relataram o problema da baixa remuneração, como para S2: *“a principal dificuldade minha é com a parte financeira do serviço, de não poder oferecer tudo que dá para oferecer (...) salário...”*. Além disso, foi colocada pelos participantes a questão de uma demanda muito grande de pacientes para o número de profissionais, o que é uma realidade institucional, também há uma dificuldade pessoal do profissional em lidar com essa questão: *“aqui nesse hospital a gente encontra muitas dificuldades eu posso enumerar algumas para você: número grande de pacientes...”* (S14).

Outra dificuldade importante foi o sentimento de impotência quanto ao contato com a recidiva e com a morte, apesar de apenas três terem manifestado. S10 fala sobre a carga emocional que isso representa:

...você não vai poder fazer nada por ele, que a doença pode ressurgir do nada (...) é um trabalho bastante pesado, porque você está lidando com as limitações do tratamento e com a morte, isso torna o trabalho pesado.

Esse relato demonstrou a dificuldade pessoal do profissional em lidar com a morte. Segundo Kovács et al. (2008), uma das situações mais difíceis para o médico é a comunicação do agravamento da doença e de sua proximidade com a morte.

Em relação à esfera pessoal, o médico se realiza quando sente que ofereceu todos os recursos que poderia ao paciente: S14 fez uma observação a respeito da estrutura do Brasil aos pacientes terminais, parecendo que isso lhe traz uma grande angústia em relação ao tratamento oncológico, pois não oferece tudo o que poderia oferecer ao paciente: *“não tem no Brasil estrutura para doente terminal, em lugar nenhum, falta muito, muito para o Brasil ter uma estrutura de atendimento de doente oncológico terminal”*.

Além disso, S7 citou a “*falta de cultura de assistência, ensino e pesquisa*” na Unicamp, pois ela vem de outra instituição também pública e de ensino onde existia um investimento muito alto em conhecimento, realização de trabalhos, artigos com planejamento das disciplinas. No entanto, é difícil imaginar que esse investimento também não ocorra numa instituição de referência nacional de ensino e pesquisa como é a Unicamp. Também é importante destacar que a sobrecarga do trabalho apareceu novamente nesta categoria:

S15: ...dificuldade é que a gente trabalha muito, não tem muito tempo, é uma coisa atrás da outra, lembra que eu sou professor aqui, então eu tenho todas as responsabilidades acadêmicas e mais as assistenciais, o que mais cobra é a parte assistencial, o cuidado com o doente, o compromisso da cirurgia, o problema é o volume de trabalho (...) a gente tem que fazer porque não pode ter uma fila de seis meses num câncer...

Os participantes, em geral, relataram como dificuldades impotências colocadas pelo sistema público: baixa remuneração, falta de verba, dificuldade para a realização de exames importantes para o diagnóstico e tratamento do câncer como tomografia, ultrassom, colonoscopia, poucas vagas para internação, não há serviços direcionados a cuidados paliativos, serviços burocráticos, falta de medicamentos mais avançados e resolutivos que existem no mercado que não é oferecido pelo SUS. Há uma demanda muito grande de pacientes para o número de profissionais, falta de organização no serviço, entre outros. Segundo Kovács et al. (2008), no sistema de saúde ainda há necessidade de procedimentos como exames, cirurgias, falta de verba do governo para medicamentos de última linha para doenças graves.

Em resumo, a maior parte das questões apontadas pelos entrevistados que trazem dificuldades ao trabalho na área oncológica está na esfera material. É a falta de recursos materiais e humanos principalmente o que preocupa os profissionais entrevistados. Em contrapartida, o que vemos abaixo relatado como as “facilidades” no trabalho na área oncológica está muito mais relacionado à esfera relacional. O apoio mútuo e o trabalho multiprofissional, quando este é possível, tem sido fonte de prazer e de suporte ao trabalho tão importante na área.

Os entrevistados quando falaram das dificuldades institucionais para o trabalho, como baixos salários, falta de exames ou medicamentos, ou formas de organização dos serviços, apontaram para uma necessidade de inclusão na gestão na área oncológica e do hospital que não tem sido contemplada. Esta partilha de responsabilidade sobre os rumos da área também seria uma ferramenta a ser utilizada para que o sentimento de impotência frente à doença pudesse ter outras formas de ser trabalhado.

Os participantes relataram como facilidades: estar em uma instituição em que é possível realizar um trabalho multidisciplinar, onde eles podem discutir o caso com outros profissionais de outras áreas, dar uma assistência mais integral ao paciente, pensando o indivíduo como um todo (medicina, nutrição, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, enfermagem) e comunicação e encaminhamento entre os setores do hospital. Um exemplo disso é o relato de S3:

...a gente que está dentro da Unicamp por ser um hospital terciário, a gente tem facilidades para montar equipes multidisciplinares, (...) então isso dilui e atende o paciente de forma mais integral...

Três sujeitos apontaram para as facilidades institucionais de recursos disponíveis para o tratamento adequado ao paciente, como por exemplo para S12: “*existem muitas facilidades em relação a equipamento..*”. Porém, é importante destacar que o participante não é oncologista.

O trabalho grupal foi considerado como uma facilidade pessoal por dois participantes que consideraram a equipe comprometida e motivada. Um exemplo é a fala de S5:

...eu gosto muito da equipe que a gente trabalha aqui, não sei se acaba migrando pessoas que tem um perfil de pessoas que são bastante cuidadosas, atenciosas, eu gosto muito da equipe de enfermagem, das técnicas (...) eu acho que todo mundo tem um grau de motivação alto...

Segundo Veit (2008), o trabalho em equipe multidisciplinar é muito importante para o cuidado em oncologia, pois envolve ações médicas, psicológicas, de enfermagem, entre outras, que auxiliam nas necessidades do paciente. O trabalho passa a ser em conjunto, com grupos de diversas especialidades, em que cada um coloca à disposição o seu núcleo de conhecimento. Além disso, quando bem integrado, ampara e acolhe os profissionais na sua prática cotidiana, na medida em que é mais discutida e partilhada.

Apenas um participante relatou como facilidade institucional que o paciente oncológico tem prioridade no hospital: *“...paciente oncológico tem prioridade no hospital, então ele é atendido imediatamente...”* (S12). Também referiu sobre a facilidade de ser um hospital terciário que tem diversas especialidades, o paciente não precisa sair de lá para poder ser atendido.

Outra facilidade citada é a alta capacidade técnica dos profissionais da Unicamp, S8 relata: *“... é o alto nível das equipes, o preparo pessoal, o ambiente, um nível científico elevadíssimo...”*. E ainda nesse mesmo sentido S4 e S14 relataram como facilidade que na Unicamp é possível ter a opinião de bons especialistas.

4.7- Cuidado ao cuidador

A categoria de análise de cuidado ao cuidador teve o objetivo de investigar as necessidades de cuidados pessoais do profissional médico, bem como as ações desejadas por eles nesse cuidado, formas de enfrentamento quanto às tensões e dificuldades vivenciadas no dia a dia desse profissional e a existência de políticas institucionais do ponto de vista do médico que trabalha com oncologia.

Como já foi citado anteriormente, Kovács et al. (2008) ressaltam a importância do trabalho no sentido de cuidado ao cuidador, considerando o processo de reflexão sobre as práticas do cotidiano do profissional de saúde.

O não cuidado ao profissional de saúde pode levar ao que os autores conceituam de síndrome de *burnout*, uma doença que envolve o esgotamento profissional, a exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal, envolvendo um estresse emocional crônico, com diversos sintomas como: fadiga, cefaléias, distúrbios gastrointestinais, insônia e dispneia, humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, desinteresse, além de negação de sentimentos, distanciamento de pessoas, dificuldade em responsabilizar-se por decisões. Kovács et al. (2008), apontam para o aumento da incidência de suicídios em profissionais de saúde.

- **Necessidades de cuidados pessoais**

Essa categoria referiu-se à necessidade de algum cuidado pessoal ao longo da carreira do médico que trabalha em oncologia.

Quanto às necessidades de cuidados pessoais ao longo da carreira, quatro participantes relataram que tiveram a experiência de psicoterapia.

Dos quatro participantes que tiveram a experiência de psicoterapia, dois citaram que não procuraram psicoterapia por problemas relacionados ao trabalho.

Uma relatou que o acompanhamento psicológico também acabou auxiliando-a nas questões do trabalho em oncologia e na relação médico-paciente:

S1: Olha, do ponto de vista da carreira e do manejo com os pacientes, quando eu comecei na onco por um acaso eu estava fazendo terapia por outras razões pessoais e acabei tendo apoio, né, nesse sentido aí (...) eu acho que obtive de alguma maneira essa ajuda...

Além disso, a participante relatou a realização de atividade física (yoga) como forma de diminuir a ansiedade, de buscar novos significados ao trabalho e à vida, modificando sua maneira de ser desde que entrou no setor de oncologia, procurando viver o agora. Outra participante relatou ter tido acompanhamento com psicanalista:

S7: Sim! Eu fiz psicanálise durante 8 anos, mas não só por causa da profissão eu acho que por mim mesma (...) eu acho que foi uma das melhores coisas que eu fiz na minha vida por mim e que reflete em tudo...

Um dos participantes procurou ajuda em virtude de transtorno de ansiedade (Transtorno Obsessivo-Compulsivo) que precisou tratar, não entrando em detalhes. Outro procurou psicoterapia em uma situação de estresse, devido ao acúmulo de funções e problemas quanto à hierarquia médica:

Sim, em um momento da minha carreira, não faz muito tempo, uns 5 anos mais ou menos eu procurei uma psicóloga e fiz acompanhamento por um ano mais ou menos (...) eu procurei ajuda por motivos de ordem pessoal e por motivos de trabalho (...) pelo volume de coisas que eu estava fazendo, eu tenho consultório, tinha muitas atividades e aí eu comecei a somatizar pois eu estava com estresse mesmo, cabelo caía, mão tremia, um monte de coisas. E, também, por alguns problemas da medicina como hierarquia médica...(S10).

Esse sujeito que passou por essas dificuldades é um grande exemplo de indicadores quanto a situações do cotidiano desse profissional. O médico desde a faculdade tem um histórico muito marcante relacionado à identidade profissional. Ao ingressar no curso, o aluno de medicina sofre um processo de adaptação à comunidade médica, recebe trotes que podem durar o ano inteiro, planejados pelos alunos veteranos. No internato eles também sofrem em relação a toda uma hierarquia, muita responsabilidade é colocada em suas mãos. O trabalho, quanto ao campo relacional (em geral desvalorizado) e burocrático, fica na responsabilidade dos mais novos e o trabalho especializado como cirurgias ou procedimentos mais complexos (gratificante muitas vezes, pois é onde o aluno deseja estar) fica na responsabilidade daqueles que obtêm uma titulação maior (residentes em seus diversos níveis: R1, R2, R3, R4), cirurgiões, preceptores, chefes. Sendo assim é um processo bastante difícil principalmente para os estudantes que muitas vezes chegam à faculdade com 17 anos de idade, ainda na fase de adolescência, sem um preparo adequado para o contato no âmbito relacional. Além disso, como bem relatou esse participante, o acúmulo de funções é muito grande no dia a dia do profissional médico que, frequentemente, acaba tendo diversos vínculos institucionais, ou funções diversificadas como docência, atendimento em ambulatório, atendimento cirúrgico, plantões, atendimento em hospitais particulares, consultório particular e fica submetido a grande estresse.

É de suma importância destacar que três entre quinze participantes relataram não necessitar de nenhum tipo de cuidado pessoal. Difícil imaginar que frente a tarefas tão demandantes, o indivíduo não apresente necessidade de ajuda em lidar com a profissão. Isso leva a considerar a possibilidade da ativação do mecanismo de defesa de negação em grande parte dos participantes que disseram que nunca precisaram de um cuidado pessoal. Essa questão pareceu ter surgido na fala de S8 quando foi questionado sobre a necessidade de algum cuidado pessoal em sua carreira, respondeu apenas: “*nada*” e ficou em silêncio. Já S4 teve cuidados no hospital devido a uma doença física, mas não quis se aprofundar na questão. Ressalta que nunca teve que procurar ajuda, manifestando dificuldade em falar sobre isso.

Os participantes que relataram ter tido um espaço de psicoterapia parecem lidar melhor com o sofrimento e angústia que aparecem ao tratar o paciente com câncer, conseqüentemente parecem ter uma relação médico-paciente mais madura e tranquila, com atitudes como: acolher o paciente, compartilhar e comunicar as ações e procedimentos que serão necessários no tratamento, aceitar a autonomia do paciente, conseguem dar uma continência afetiva ao paciente oncológico, ouvindo também a sua demanda emocional. Portanto, o profissional que se propõe a estar em um trabalho de psicoterapia tende a conhecer mais sobre si, suas fantasias e desejos quanto à vida, conseqüentemente refletindo, também, no trabalho em oncologia, ou seja, consideram importante um espaço de escuta e reflexão à demanda emocional do profissional. Liberato e Carvalho (2008) afirmam que há um estresse relacionado especificadamente ao câncer, o cuidado aos pacientes que realizaram cirurgias amplas pode provocar na equipe reações como dor, tristeza, medo, vergonha, culpa, comportamento de evitação ou envolvimento excessivo; também há fantasias ligadas ao estigma do câncer como mutilação, deteriorização; a questão da imprevisibilidade da doença também pode ser um fator de estresse; a questão da hierarquia de valores, marcada pela história da formação acadêmica, em que as ações curativas são mais valorizadas que o cuidar.

Alguns participantes que não tiveram essa experiência parecem não saber muito bem como lidar com as questões emocionais que surgem nessa relação, os sentimentos do paciente parecem ser um mistério, algo que não conseguem acessar, uma vez que também têm dificuldade em identificar os seus próprios sentimentos, colocam-se numa posição em que tudo é programado, racionalizado, “não pode aparecer”, como forma de proteger-se do sofrimento.

S6 considerou como dificuldade a limitação técnica e geralmente procura se aprimorar em relação ao conhecimento especializado, não tem interesse em relação a uma rede de ajuda psicológica, considera importante, mas não investe nessa área. O fato de o sujeito sorrir ao responder essa questão parece demonstrar que ele considera o cuidado psicológico importante, no entanto não há palavra para isso, preferindo deixar “de lado” essa questão:

(O sujeito sorri) (...) Não, você tem algumas limitações, na verdade nas especialidades você tem algumas limitações, você acaba procurando suprir com a sua limitação de técnica de tratamento para o médico é mais fácil você faz um curso, um congresso sempre tem, por exemplo aparece uma técnica nova você tem que aprender (...) tem também necessidade, mas na verdade a gente não procura isso não... (S6).

Nesse caso, S6 utiliza-se do mecanismo de deslocamento, uma vez que suas necessidades emocionais acabam sendo deslocadas para o conhecimento técnico.

A conversa com os amigos, convívio familiar e convívio social foram citados como uma rede de ajuda ao profissional, conforme dois dos participantes, um exemplo é o relato de S5: *“na parte pessoal sempre precisa, dos amigos, de alguém com relação à carreira (...) sempre procurei conversar com amigos mais próximos”*.

Já S9, ao contrário de outros participantes em outras categorias de análise, revelou a impossibilidade de separar a vida pessoal da vida profissional, pois trabalha durante muitas horas, faz plantão e reconhece que quando tem um problema pessoal e isso acumula com “*uma fase profissional não muito boa*”. S9 manifestou pedir ajuda aos profissionais que já estão há mais tempo em atividade.

Além disso, uma resposta que apareceu apenas uma vez, porém merecendo destaque foi a necessidade de cuidado em razão do acúmulo de funções. O sujeito não procurou ajuda, porém faz planos futuros:

S15: Olha, senti, gozado a gente vai ficando mais velho, a gente começa a pensar um pouco mais nas coisas (...) essa dedicação assistencial tem cobrado muito, sou eu e o Dr. X só e não tem mais ninguém para ajudar a gente (...) essa carga toda me levou a pensar muito em até diminuir a atividade assistencial, para poder priorizar a atividade acadêmica, que é o que a universidade me cobra, quando eu faço relatório trienal, ou quinquenal, agora, eles não vão ver quantas cirurgias eu fiz, se eu fiquei até de madrugada, se eu vim operar no sábado ou domingo, nada disso...

O sujeito citou que em sua juventude não tinha o exercício de pensar sobre processo de trabalho, apenas o produzia e atualmente está pensando mais na sobrecarga de trabalho e no estresse envolvido em sua atividade, tem valorizado mais a sua qualidade de vida.

Já S13, precisou de cuidados pessoais, entretanto não encontrou resposta institucional. Sente-se sozinho para resolver os seus problemas, demonstrando que a negligência institucional, relatada anteriormente por ele, não ocorre apenas em relação ao paciente, também sente-se solitário nesse processo:

S13: *Pessoal (quanto ao cuidado), eu acho que isso não seja pertinente à instituição, eu não vejo eu ter um cuidado. Eu acho que falta cuidado com as nossas preocupações (...) o cuidador muitas vezes está sozinho, ele tem que ir atrás....*

Ao mesmo tempo demonstrou um sentimento de abandono e desamparo frente às suas preocupações.

- **Ações desejadas**

Essa categoria referiu-se às ações que o profissional gostaria de receber como cuidado, se ele considera importante um cuidado ao cuidador e se ele se beneficiaria desse espaço.

Catorze entre os quinze participantes consideraram importante algum tipo de ação voltada ao cuidador, apenas um dos participantes relatou provavelmente ser útil, porém não manifestou interesse no assunto. Entretanto, desses participantes cinco relataram que consideram importante um cuidado ao cuidador para alunos e residentes de medicina, como por exemplo, para:

S3: *Acho importante o cuidado com os médicos, principalmente os mais jovens, que estão entrando em contato com novas situações como paciente terminal e morte. Acho que esse cuidado deve haver desde a graduação como é na Unicamp, que tem o apoio psicológico gratuito aos alunos e residentes, bem como palestras e encontros...*

S11: *Eu acho que sim, especialmente no período da formação (...) mas os residentes não têm uma noção exata do que é oncologia (...) às vezes isso choca no dia a dia, o fato de lidar com a morte do paciente que está ali ao seu lado...*

Ao mesmo tempo em que apontaram necessidade de se realizar um trabalho de cuidado ao cuidador com os médicos mais jovens, alunos, residentes, com necessidade de orientação e suporte, também apontaram para o adoecimento por parte dos médicos e consideraram importante a medicina do trabalho: *“para os médicos com mais experiência, o cuidado que deve haver é o excesso do trabalho, exames periódicos para prevenir doenças da mente e do corpo físico”* (S3).

Assim como S3 teve essa fala, outros entrevistados também referiram a importância do cuidado voltado aos profissionais mais jovens. Sendo assim, torna-se importante observar que os participantes têm uma mediana de 42 anos idade e também se encontram numa idade ainda considerada jovem, o que pode indicar uma resistência de se beneficiarem desse tipo cuidado. Vale ressaltar, com base em referenciais teóricos da psicanálise, que se pode levantar a possibilidade de terem dificuldade para mudança, uma vez que os mecanismos de defesa podem estar enraizados. Como nos relatos aparecem algumas dificuldades em acessar os seus próprios desejos, fantasias, inseguranças, talvez haja necessidade de ajuda nessas questões. O local de trabalho, muitas vezes, torna-se um local em que não é permitido sofrer, não é permitido envolver-se com o paciente.

Estudos mostram que a história da medicina teve todo um percurso centrado no modelo médico hegemônico, de um profissional autossuficiente. Sendo assim, o médico, muito frequentemente, trabalha isolado, desconsidera seu sofrimento e, ainda hoje, poucos profissionais conseguem participar de um trabalho que privilegie um espaço de escuta e discussão sobre a própria subjetividade (Ceccim, 2005; Merhy, 1999).

Entre os participantes, três disseram que não necessitam de psicoterapia, como por exemplo para S2: *“...eu não precisaria conversar não...”* e S4: *“mas eu não sinto que preciso, nunca precisei de terapia”*.

O mecanismo de defesa de resistência foi identificado por dois participantes: S1: “...eu já tentei trazer isso (psicoterapia grupal) para cá, colocar isso para as pessoas, o problema é que os médicos em geral são muito resistentes...” e S7: “... Agora, existe uma resistência muito grande particularmente dos residentes homens (...) a impressão que eu tenho é que talvez não seja muito masculino você sentir dor, você precisar de ajuda...”. S7 ainda referiu que a resistência tem relação com a onipotência do ser humano, na dificuldade em admitir a necessidade de ajuda, também refere em relação à cultura masculina em que não há o costume de sentir dor, em pedir ajuda. S1 relatou que considera importante uma “ação ditatorial”, pois observa que quando o espaço de cuidado a esses profissionais é opcional os médicos não vão, pois consideram perda de tempo. Já vivenciou uma situação de abrir um espaço com uma psicóloga, porém não houve adesão. S7 como docente ainda ressaltou uma dificuldade em abordar esses profissionais de forma a atingi-los suficientemente. Nesse momento, S7 falou sobre a dificuldade em procurar ajuda do outro, o que pode significar para o médico, muitas vezes, uma sensação de perder o controle, o não sucesso, reconhecer limitações, entrar em contato com o desconhecido.

A maioria dos participantes considerou importante o cuidado ao profissional médico, porém não chegou a explicitar se gostariam de participar desse processo. Apenas um participante gostaria e se beneficiaria de um trabalho voltado ao cuidado do médico, ressaltou que participaria de um trabalho individualizado, não tem interesse em atendimento grupal. Outro participante referiu que, em um primeiro momento, não se beneficiaria desse trabalho, não procuraria com rotina, porém em um segundo momento demonstrou que poderia se beneficiar se a pessoa (cuidadora) tivesse informação e conhecimento na área. Dois participantes relataram que não sentem necessidade em se beneficiar de nenhum tipo de cuidado:

S6: *Olha, provavelmente é útil, mas eu espontaneamente acho que não procuraria, não é uma coisa assim que eu tenho necessidade de ter, não sei eu nunca pensei nisso...*

E para S8: *“...mas nunca precisei recorrer a esses cuidados pessoais...”*.

S1 também percebeu um preconceito em relação à atenção psicológica, uma vez que ela já tentou montar um grupo de psicoterapia opcional e ninguém foi, porém considera importante uma psicoterapia grupal ditatorial, propõe um trabalho principalmente com os residentes. Apontou a falta de preparo quanto à “parte psicológica” na formação, falta de preparo para conversar com o paciente a respeito do próprio tratamento ou questões pessoais que surgem. A necessidade de orientação e capacitação também foi apontada por S13:

Ninguém ensina você a trabalhar com câncer, aliás ninguém ensina essa maneira psicológica de você trabalhar com o doente de maneira geral, você aprende no dia a dia, agora o paciente oncológico ninguém ensina como você dar a notícia, isso é você que vai fazer do seu jeito...

Dois participantes relataram como ações desejadas, no sentido do cuidado ao cuidador, o convívio familiar, como por exemplo, S14:

...e isso tira a gente do ambiente familiar então a gente acaba chegando um pouco mais tarde em casa, fim de semana, às vezes tem plantão, tem cirurgia, tem que atender o paciente à tarde, à noite (...) se a gente pudesse ter um pouco mais de convívio familiar, eu creio que auxiliaria mais...

Isso pode indicar que o trabalho exige deles uma organização mental, muitas vezes, sufocante. Na família, o médico ocupa um outro lugar em que pode relaxar. O contato com a família pode ser reconfortante e passa a ser uma forma de apoio aos profissionais.

É de grande importância destacar que foi apontada a incidência de suicídios entre os profissionais de saúde e médicos como um sinal claro da necessidade de um trabalho de cuidado ao cuidador com os mesmos. Foi falado sobre a dificuldade de se trabalhar na área de oncologia. Nessa questão apenas S9 discursou sobre o assunto:

Eu acho que sim, acho que é importante, não sei se você sabe, mas tiveram vários suicídios aqui nesse ano, no ano passado, isso é um sinal claro de que precisa (...) aqui nesse hospital que tem câncer é complicado.

Carvalho (2006) aponta que este é um dado frequente entre as instituições de saúde no Brasil e no mundo. Isso pode levar a considerar que o profissional de saúde também sofre psicologicamente e, nesse caso, necessita, efetivamente, de um cuidado de uma equipe de saúde mental.

Nessa categoria também foi encontrada a importância das necessidades dos trabalhadores serem atendidas pela instituição hospitalar com ações resolutivas. S10 demonstrou isso quando sugere para os gestores pensarem e criarem um espaço de cuidado ao cuidador. Enfatizou a importância desse trabalho no sentido de minimizar o sofrimento do médico e melhorar a qualidade de vida do trabalhador e assim melhorar o atendimento ao paciente com câncer.

- **Forma de enfrentamento das tensões e dificuldades**

Essa categoria buscou conhecer a forma de enfrentamento das tensões e dificuldades vivenciadas pelos médicos que trabalham em oncologia, tendo como objetivo compreender quais são as atitudes e os mecanismos de alívio utilizados para que as mesmas sejam minimizadas.

Doze entre os quinze participantes relataram que não utilizam medicação, sendo que, entre esses, quatro manifestaram nunca terem utilizado nenhum medicamento. Já três participantes disseram que utilizam medicação: um deles não entra em detalhes, porém pode-se levantar a hipótese de um ansiolítico, uma vez que o participante é portador de um transtorno de ansiedade, outro revelou tomar ansiolítico eventualmente, um dos participantes relatou que se utiliza de medicação para dor de cabeça e também tem o hábito de tomar bebida alcoólica em pequena quantidade, porém com frequência.

Nove participantes consideraram o esporte (caminhada, corrida, natação, tênis, “malhar”) como uma atividade importante para o alívio das tensões e dificuldades no trabalho em oncologia. O esporte e o lazer podem ser atividades que atuam como uma forma de reorganizar a mente: *“eu gosto de correr, andar de bicicleta, caminhar e aí pensa, toma um sol”* (S5). No entanto, quatro participantes citaram o desejo de realizar alguma atividade física, porém não encontraram tempo para realização de esportes.

Um dado relevante é que oito entrevistados relataram o convívio familiar como forma de apoio para o enfrentamento das tensões e dificuldades encontradas no trabalho em oncologia, um exemplo é o discurso de S11: *“...e realmente me desligar, eu estou na minha casa, com a minha família, com os meus filhos...”*. Além disso, dois participantes relataram o contato com o namorado ou namorada. Alguns participantes citaram o “brincar” com crianças da família como um momento importante; lidar com pessoas de diversas idades também como algo positivo.

Sete participantes revelaram que os momentos de lazer são de extrema importância para o alívio das tensões encontradas no ambiente de trabalho em oncologia, como para S5: “...sair, conversar um pouco, ter momentos de lazer (...) eventos culturais...”.

Entre os participantes três apontaram a importância da religião para o enfrentamento das tensões, como por exemplo S3: “... tenho fé em Deus, pode pôr religião aí também..”.

O convívio social foi apontado por dois participantes como forma de relaxamento de suas tensões e mais dois participantes relatam o apoio dos amigos como importante nesse processo, como para S7: “...conversar com as pessoas eu acho uma coisa legal, que relaxa...”.

Apesar de apenas dois participantes terem apontado autocontrole durante o trabalho como forma de enfrentamento das tensões e dificuldades, é um dado relevante, pois demonstra que os sujeitos, utilizam-se de um atributo pessoal, um pensamento que já está elaborado, uma forma de ver a vida, para enfrentar as dificuldades do dia a dia. Um exemplo disso é S13: “...eu acho que é você encarar as coisas com naturalidade (...) eu me autoeduquei para não ter altos e baixos (...) eu tento ter um autocontrole...”. E S14:

... eu já me conscientizei que a gente precisa ir com calma, não pode perder a paciência, eu não perco a paciência de jeito nenhum, é muito difícil acontecer, a gente precisa se policiar o tempo todo. E outra coisa é ter uma rotina muito organizada durante o dia e a semana...

S14 apesar ter relatado um atributo pessoal, mostra-se muito exigente consigo, com uma forma de pensamento muito sistematizada e metódica sobre o seu dia a dia.

Apenas dois entrevistados relataram a leitura e arte em geral como forma de enfrentamento da tensão, porém um participante pareceu que se utilizou do mecanismo de defesa de racionalização, quando a sua resposta completa é: *“As horas do trabalho, eu estudo, leitura, um grande hobbie é a leitura, arte em geral”* (S8). Isso demonstra que há uma dificuldade do sujeito falar sobre o que lhe causa prazer, torna-se mais fácil falar sobre a leitura do que sobre sua vida. Por outro lado, S11 refere: *“...atividade de lazer é fundamental, a gente não pode ficar só estudando...”*.

É importante destacar que apesar de S3 ter relatado o apoio da família, amigos e namorado, parece ter facilidade em cuidar do outro, porém, dificuldade em cuidar de si. Isso aparece, quando responde a questão 10 da entrevista, relatando o acúmulo de trabalho, vida centrada na área profissional e a alta exigência acadêmica, utilizando do recurso de viajar quando quer descansar, parece sentir dificuldade em delimitar os momentos adequados em que o cuidado com o outro pode ocorrer: *“não adianta eu tenho que sair daqui, se eu ficar não tem jeito...”*.

Foram citadas atividades como coleção de carros ou organização da casa (quadro, móveis, etc). Organizar a casa pode ter o significado de organizar-se internamente, é importante ressaltar que a casa significa um lugar seguro, morada humana, um lugar que se pode “relaxar”; ninho, útero, lugar protegido. Fica evidente que o trabalho na área oncológica tende a desorganizar o indivíduo e este lança mão de mecanismos para não ficar perdido frente às situações estressantes.

- **Políticas institucionais**

Nessa categoria de análise, pensou-se em levantar as ações institucionais de cuidado ao cuidador e a necessidade de se implantar uma política desse cuidado nas instituições de saúde. Segundo Veit (2008) é importante considerar os aspectos subjetivos e contextuais, compreendendo o sentido e

significados vivenciados na dinâmica da instituição. A autora cita que a metáfora de máquina é uma forma de pensamento burocrático da instituição, em que caracteriza uma visão organicista da instituição. A maioria das instituições acaba por organizar-se e administrar-se de maneira em que cada um tem o seu papel definido e interliga-se no outro, formando um todo, apontando para uma maior valorização da produção e menor valorização dos aspectos relacionais. Veit (2008) ainda aponta como uma das ferramentas de intervenção na instituição os programas de cuidado aos cuidadores, com o objetivo de prevenir o *burnout* profissional.

Entre os quinze participantes, doze não perceberam na instituição uma política de cuidado ao profissional de saúde, tampouco ao profissional médico, esse dado é bastante relevante para a pesquisa. S1 demonstrou um sentimento de abandono em relação à instituição quando fala: *“Não, nenhuma. Cada um por si e Deus por todos!”*. Esse discurso leva a considerar que a participante percebe a instituição remetendo ao individualismo. Outra participante relatou que o interesse institucional é no trabalho sem pensar no trabalhador: *“...aqui atualmente não, é só trabalho mesmo”* (S3). Já S4 citou que há um interesse institucional de cuidado voltado apenas ao paciente: *“Não, para o cuidado ao cuidador não, mais para o paciente mesmo”*.

Dois, entre quinze entrevistados, relataram que conhecem espaços oferecidos na Unicamp para o cuidado aos alunos, sendo que apenas um percebe que esse cuidado é direcionado também aos residentes, porém aos profissionais não é consolidado:

S5: Na instituição sim, tem o serviço do GRAPEME que é só para os alunos (...) acho que para os alunos e para os residentes está bem consolidado, mas para os profissionais eu acho que menos.

Apenas um dos participantes citou que não sabe se existe uma política de cuidado ao cuidador na instituição e disse que, quando buscou acompanhamento psicológico foi fora da Unicamp, em um serviço privado.

A pesquisadora tomou conhecimento (através das entrevistas e de observação) que há na Unicamp alguns recursos de cuidado ao profissional como: grupos de orientação no CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher), grupos de humanização no HC-Unicamp, Centro da Saúde da Comunidade (CECOM) e provavelmente outros. Em relação ao atendimento psicológico para alunos: há o GRAPEME: Grupo de Apoio Psiquiátrico e Psicológico ao estudante de medicina, enfermagem, fonoaudiologia e médicos residentes; no ciclo básico existe o SAPPE: Serviço de Apoio Psicológico e Psiquiátrico ao Estudante; o CECOM atende estudantes e funcionários, oferecendo também serviço de psicologia e psiquiatria.

Os serviços existentes de apoio psicológico e clínico à comunidade aparentemente atuam de forma desconectada e isolada e não há uma política que apoie os profissionais nas atividades clínicas emocionalmente mais demandantes. Não existem ações nesse sentido que reconheçam que o trabalho em saúde desgasta e que os profissionais precisam de cuidados independentemente se estão ou não demandando.

Somente S5 referiu que já se beneficiou de conversas pontuais com uma colega de trabalho. Ainda citou ter conhecimento do GRAPEME, relatando que esse é um serviço para alunos, porém não tem conhecimento de um serviço para os funcionários. Apenas dois participantes manifestaram conhecer o CECOM, sendo que um o considera um serviço pouco efetivo (S15) e a outra participante referiu conhecer, além do CECOM, um serviço para alunos que não sabe dizer qual é:

S7: Eu acho que seria ultraimportante (política institucional de cuidado ao cuidador), tem um serviço de psicologia CECOM, com os funcionários que é o que eu sei, e tem um serviço que esse é um negócio legal, que é lá no básico para aluno, pós-graduando, esse é um negócio legal.

Pode-se perceber que os médicos em geral não se interessam em conhecer os serviços que oferecem algum tipo de cuidado aos profissionais e estudantes de medicina e, ao mesmo tempo, o serviço também não se aproxima dos mesmos. Há uma dualidade neste sentido, em que existe uma realidade institucional de alguns recursos de cuidado ao cuidador, porém não há propostas, não há divulgação por parte da instituição. Um exemplo disso foi o discurso de S7, enquanto docente da faculdade de medicina não conhece em detalhes os serviços que podem atender os alunos e os funcionários. Isso pode demonstrar uma falta de interesse nesse cuidado por parte do médico, e ainda uma grande resistência em receber esse cuidado no ambiente de trabalho.

Um dado de extrema relevância é que dois entrevistados ressaltaram a ocorrência de tentativas de suicídio e suicídios cometidos por estudantes de medicina, médicos e profissionais de saúde. Um deles referiu ter conhecimento de plantões psicológicos e entrevistas preventivas, para a enfermagem no HC, após dois suicídios:

S9: Então, a enfermagem sim, agora depois de dois suicídios que tiveram a gente viu que isso ficou muito forte, montaram um serviço e contrataram uma psicóloga ou uma psiquiatra para dar plantão, estavam fazendo até algumas entrevistas preventivas...

S14 também referiu-se tentativas de suicídio e suicídio cometidos por profissionais da área de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e residentes como indicador importante para a necessidade de cuidado ao cuidador ainda fez uma observação sobre o estresse vivenciado na área de saúde:

...então deveria ter uma política, a própria universidade está preocupada com isso, e da parte médica também eu acho que talvez pudesse ter: já tivemos médicos aqui, residentes que se suicidaram, de cirurgia e de anestesia que se suicidaram, tivemos residentes que tentaram suicídio, recentemente teve uma enfermeira do centro cirúrgico que se suicidou, duas enfermeiras do centro cirúrgico se suicidaram, médico também, teve um médico que não faz muito tempo e que tomou um monte de comprimidos, precisou ser atendido, então eu acredito que sim, precisa ter muita força de vontade e muito equilíbrio para a gente trabalhar aqui.

Esses participantes trouxeram em seus discursos uma demanda que necessita ser trabalhada pela instituição e transparece uma preocupação dos profissionais em relação a uma ocorrência de situações limite, como o suicídio, talvez, situações fora de controle para eles. São ocorrências que necessitam de um equacionamento e que parece ter que vir de fora e está além das suas possibilidades trabalhar, mas, que pode se apresentar novamente e fazer novos estragos. Vale destacar que não foram especificamente médicos que cuidam de pacientes com câncer.

Uma fala importante que apareceu uma vez só foi a de S8, na qual aponta para a dificuldade do profissional médico em cuidar-se e que essa é uma dificuldade da comunidade médica: *“nem a comunidade médica se cuida como comunidade”*. O que pode remeter ao histórico de toda uma cultura médica tradicional, que se entende como autossuficiente.

Foi apontada, também, por S15 a realização de um grupo de ginástica laboral, porém considerou que há pouco estímulo para essas atividades.

Pode-se dizer que a maioria dos profissionais sente uma dificuldade muito grande em pedir ajuda. Esse é um processo muito solitário, muitas vezes o médico enfrenta suas dificuldades sozinho, aprende no dia a dia como se relacionar, como dar a notícia de doença ou possibilidade de morte ao paciente; quando surgem dúvidas e questionamentos resolvem sozinhos ou evitam pensar nelas, gerando um processo de racionalização das vivências e um afastamento de seus próprios sentimentos e incertezas. Liberato e Carvalho (2008) descrevem, na teoria, algo similar em que o profissional de saúde enfrenta a demanda da doença sem acessar suas emoções, “longe de sua alma”, ficando vulnerável e adoecendo silenciosamente.

O profissional procura esconder seu sofrimento de si, não o reconhece, não procura ajuda. Nesse sentido há um paradigma uma vez que a maioria das instituições de saúde também não tem um olhar voltado às necessidades desses profissionais e não oferecem serviços que atinjam suficientemente o médico, o estudante de medicina e os residentes. Segundo Kovács et al. (2008) há um consenso da necessidade de transformação nas atitudes profissionais e mudanças nas políticas institucionais de forma a estimular, encorajá-los a procurarem tratamento para a depressão e quanto à possibilidade de suicídio, envolvendo profissionais e estudantes.

Assim, como sugeriram os participantes da pesquisa, Kovács et al. (2008) propõem serviços de orientação psicopedagógica aos estudantes e assistência psicológica e psiquiátrica aos alunos e profissionais de saúde. No sentido de prevenção, há uma sugestão de maiores investimentos nos elementos teóricos e de supervisão em relação à abordagem psicológica na formação do estudante. Também, citam a estratégia de promover um espaço para reflexão, troca de experiências e vivências. Relatam a importância do processo de cuidar na formação integral do cuidador e no processo com a morte.

Ao final da entrevista, S14 fez um comentário inesperado e foi o único participante que quis comentar sobre a pesquisa. Utilizou o espaço para enfatizar os temas:

- importância da relação médico-paciente;
- cuidado do paciente pela família;
- questão da terminalidade.

O entrevistado perguntou se a pesquisa tem foco na relação médico-paciente e manifestou opinião de que esse tema é muito interessante, dizendo que procura trazer essa reflexão aos seus alunos:

...se sua pesquisa estiver no foco da relação médico com o doente, eu acho que isso é muito bom de ser levantado, muito importante e isso inclusive é ensinado para o médico mais novo; para os residentes, eu acho que é um ponto de dúvida....

5- CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde realizam suas escolhas profissionais e ingressam nas instituições de ensino ainda muito jovens. Estas instituições, pelo seu lado, não têm demonstrado promover estratégias suficientes que apoiem o futuro profissional na prática clínica e no cuidado aos seus pacientes de forma a poder levar em consideração os sentimentos e os aspectos psicológicos que serão mobilizados. Esta busca de uma situação psíquica saudável é importante na relação entre o médico e o paciente. Portanto, sugere-se que para isso, é necessário desenvolver estratégias de auto-conhecimento, para se aproximar da sua essência mais profunda, que lhe permita lidar melhor com suas resistências e angústias presentes na atenção individual. Os resultados da pesquisa mostram que o cuidador precisa de cuidados, que devem envolver estratégias que promovam o conhecimento de si, considerando tanto limitações quanto potencialidades dos sujeitos envolvidos. Essa é uma providência importante para os profissionais de saúde, pois identificam suas necessidades de cuidado e fortalecem sua capacidade para o cuidado do outro, o paciente.

Diante de questões com tal amplitude, é importante ressaltar que, a partir dos resultados encontrados, o estudo colocou os aspectos psicológicos dos médicos que trabalham em oncologia em discussão e poderá abrir diferentes campos de pensamentos para que novas aproximações em pesquisas científicas possam fazê-lo. Além disso, o estudo pretendeu gerar questões que possam ampliar as práticas de trabalho em relação às instituições de saúde, aos médicos envolvidos com a oncologia, considerando também a relação com o paciente e seus familiares.

Foi esperada uma resistência muito maior dos participantes em relação ao tema, porém pareceram ter aproveitado a oportunidade de falar sobre o assunto para colocarem questões até hoje não compreendidas por eles (como por exemplo, o caso relatado por S7 de uma mulher com câncer colorretal que a questionou sobre o leite quando seu bebê havia ficado em Rondônia), além de identificarem seus próprios sentimentos sobre a doença e a influência dos próprios sentimentos na relação com seus pacientes. Não foi esperado neste estudo,

porém os sujeitos trouxeram ao menos duas vezes, a questão do suicídio entre os profissionais de saúde, o que mostra uma necessidade de ajuda psicológica muito grande por alguns profissionais, porém não a encontram no cotidiano do trabalho. Foi esperado encontrar os aspectos psicológicos de médicos que trabalham com pacientes portadores de câncer e foram encontrados nesse estudo, no contato com os quinze sujeitos, alguns desses aspectos relatados a seguir.

Destacam-se alguns resultados em relação às questões temáticas abordadas na pesquisa. Um deles fala sobre o significado do trabalho em oncologia. Os participantes manifestaram maior interesse investigativo-científico como a motivação pelo trabalho em oncologia; trouxeram a realização profissional sempre muito relacionada com a valorização da relação médico-paciente, a medicina enquanto uma profissão de ajuda e cuidado, além disso, o trabalho multidisciplinar como forma de apoio aos profissionais.

Em relação ao tema comunicação na relação médico-paciente, a grande maioria dos participantes manifestou dificuldade em comunicar o diagnóstico de câncer ao paciente, porém, em geral, consideram importante a informação clara para o sucesso do tratamento e para a confiança na relação médico-paciente. Já em relação à comunicação da terminalidade houve uma dificuldade em falar sobre o sentimento vivido pelo profissional médico ao dar a notícia, além disso, os participantes em média não consideram necessário comunicá-la, pois acreditam que o paciente já sabe de sua condição. Apenas alguns participantes consideraram importante falar sobre a possibilidade de morte para o paciente de forma realística e acolhedora.

Vários deles trouxeram como dificuldade o fato de não poderem garantir a cura da doença ao paciente e familiar, o não sucesso do tratamento, a recidiva da doença, a dificuldade em falar sobre a possibilidade de morte principalmente para o paciente. Poucos profissionais apresentaram como dificuldade pessoal a aceitação da doença, sendo que essa dificuldade se refletiu no momento de dar o diagnóstico. Nesse caso, o profissional não conseguiu transmitir a notícia de

maneira clara e numa linguagem que o paciente e o familiar pudessem compreender.

Outra dificuldade percebida foi em relação aos movimentos de transferência e contratransferência na relação médico-paciente. Pode-se concluir que a comunicação envolve mais do que a transmissão de notícia, envolve a compreensão do paciente quanto ao seu estado de saúde e tudo que a situação de adoecimento pode significar em sua vida. O médico e a equipe de saúde irão acompanhar o paciente e o familiar nesse processo. A comunicação é uma habilidade muito importante para o profissional de saúde, pois gera a possibilidade dos pacientes e familiares elaborarem psicologicamente a situação de adoecimento, além de refletirem sobre suas vidas.

Em relação à percepção dos próprios sentimentos, vários entrevistados manifestaram o sentimento de impotência em relação ao câncer. O sentimento de impotência é importante para o profissional se lembrar de que existem limitações no que se refere ao tratamento oncológico. A medicina como qualquer profissão da área da saúde envolve subjetividade, pois cada corpo reage de uma maneira diferente às medicações, cada pessoa tem sua particularidade, forma de lidar com o adoecimento e com a própria vida. O sentimento de impotência pode ser saudável do ponto de vista psíquico, pois leva a reflexões e amadurecimento das emoções, lembrando o profissional de saúde que ele é tão humano e tem suas fragilidades como o paciente que está a sua frente. Pouco menos da metade dos participantes não falou sobre seus sentimentos, demonstrando uma dificuldade em percebê-los e nomeá-los. Ao lado disso, também apontaram uma tentativa em se desvincular do paciente devido ao sentimento de angústia no contato com o paciente oncológico. Apresentaram o mecanismo de defesa de racionalização que pode ser positivo em alguns casos, pois ajuda o médico a compreender o sentimento do paciente, ao invés de vivenciar o problema como se fosse dele. Por outro lado, a racionalização em excesso pode levar à despersonalização do paciente, ao distanciamento do médico na relação com o mesmo e, em alguns casos, pode levar a desresponsabilização do cuidado. Os participantes

também identificaram os sentimentos de solidariedade, amor ao próximo, trabalho enquanto forma de alívio do sofrimento do outro, algo que vale a pena lutar.

Os participantes perceberam com maior frequência a ansiedade como sentimento relacionado à vivência do câncer para os pacientes e familiares. Também, perceberam o medo do sofrimento e da morte por parte dos familiares. Alguns participantes identificaram mecanismos de defesa por parte dos pacientes. Isso demonstra que os médicos estão em contato com a subjetividade do outro, alguns citaram que o câncer prepara para a morte, faz as pessoas repensarem e darem novos significados para a vida.

Os entrevistados manifestaram lidar com o sofrimento do paciente e seu familiar através da disponibilidade interna para o cuidado, alguns preferem se envolver com o paciente e outros preferem não se envolver com o paciente, o que traz uma ambiguidade na relação médico-paciente (Síndrome de Damocles). Manifestaram a importância da informação no sentido de confortar o paciente e seu familiar. Alguns compartilham o sofrimento com o paciente e outros encontram apoio na equipe multiprofissional, que foi enfatizada por vários deles.

Em relação ao contato com a morte, manifestaram dificuldade em lidar com a finitude da vida, além de identificarem os sentimentos de impotência e angústia ao se depararem com a morte, porém esta é uma realidade própria desses profissionais. Alguns participantes revelaram evitar o contato direto com o paciente oncológico, buscando atividade de docência, ou atividades que necessitem de outras funções como a pesquisa básica, que não envolva pacientes.

Os participantes perceberam o ambiente de trabalho em oncologia funcional como um ambiente bom. Consideraram a equipe integrada, em que o saber é compartilhado em equipe multiprofissional. Apontam a multiprofissionalidade como uma forma de trabalho facilitadora para o cuidado integral e uma situação mais confortável de trabalhar. Já em relação ao ambiente

assistencial, consideraram-no pesado e difícil, com poucas possibilidades de trabalhar questões emocionais que lhes permitisse obter ferramentas para a abordagem psicológica.

A minoria dos profissionais relatou ter percebido necessidades de cuidados pessoais ao longo da carreira e ter procurado ajuda psicológica. Os participantes que tiveram a experiência de psicoterapia parecem lidar melhor com o sofrimento e a angústia no cuidado em oncologia. Um dos participantes trouxe um relato muito significativo, pois passou por uma situação de estresse devido acúmulo de funções e de problemas com a hierarquia médica. Esse participante necessitou de psicoterapia para maior entendimento e resolução dessas questões.

Alguns participantes relataram que não necessitaram de nenhum tipo de cuidado pessoal ao longo de toda a carreira e apenas um entrevistado relatou que necessitou de cuidados pessoais, mas não encontrou resposta institucional. O entrevistado percebe esta situação como uma “negligência institucional”, sente-se abandonado pela instituição. Foi apontada também a falta do exercício de pensar e refletir sobre o processo de trabalho na juventude, na época de formação.

A grande maioria dos profissionais não percebeu na instituição uma política de cuidado ao profissional médico. Há algumas ofertas na instituição como um todo, mas não estão articuladas com os profissionais, são pouco conhecidas e pouco divulgadas. Também, não são dirigidas às questões ligadas ao cuidado de pacientes com câncer.

Foram encontrados, em algumas entrevistas, relatos sobre a ocorrência de tentativas de suicídio e suicídio que podem indicar o adoecimento por parte do profissional de saúde em ambientes hospitalares, em que o sofrimento é vivenciado de maneira mais intensa. Nenhum dos casos na área oncológica especificamente.

Pôde-se perceber que os entrevistados manifestaram ao longo dos discursos a alta capacidade técnica no manejo da doença, porém, parte significativa deles apresentou dificuldade no campo relacional (relação médico-paciente), o que demonstra domínio de técnica, porém falta de preparo para o cuidado do “outro”, o paciente. Vale ressaltar que as tecnologias duras e leve-duras são extremamente importantes para o trabalho médico em oncologia no que se refere aos diagnósticos, tratamentos como procedimentos cirúrgicos, quimioterapia, radioterapia, manejo da clínica e todo o complexo tratamento oncológico. Portanto, essa pesquisa atenta para a importância de se considerar os indivíduos envolvidos nesse processo: o médico cuidador, o paciente e o seu familiar, compreendendo as formas de relação existentes, com vistas ao que de melhor se possa conseguir no conforto e bem-estar dos envolvidos.

Há na mídia e na comunidade médica um estímulo maior e grandes investimentos no conhecimento técnico-científico, nas diversas especialidades, que são importantes, porém, tendem a fazer com que o profissional médico não enxergue o paciente integralmente com suas necessidades. Muitas vezes, o paciente espera escuta, acolhimento e motivação por parte de seu médico, ao qual já está vinculado. Essa relação torna-se terapêutica para o indivíduo. O médico deve estar preparado para receber o paciente como um todo. Diante das contribuições teóricas e da análise de conteúdo dos discursos é importante que o médico reflita sobre seu processo de trabalho, sobre o conhecimento de si, tornando-se gestor de suas próprias ações.

Observou-se nas entrevistas alguns mecanismos de defesa utilizados pelos participantes, bem como reflexões sobre seus sentimentos, acesso aos seus desejos, interesses profissionais, valores e representações no processo de cuidar envolvendo o paciente, o médico e a instituição hospitalar a que pertencem. Alguns dos mecanismos foram encontrados quando os participantes consideraram importante um espaço de cuidado ao cuidador, no entanto, a maioria deles não se incluiu nesse processo. Além disso, percebeu-se que grande parte dos participantes tem dificuldade em falar sobre seus sentimentos. No momento em

que foram questionados sobre a existência deles na relação médico-paciente, davam respostas técnicas sobre a doença, mostrando a dificuldade dos participantes de entrar em contato consigo. Outra hipótese é de que os entrevistados tiveram apenas um encontro com o pesquisador (poucos tiveram dois encontros), o que não é suficiente para constituir um vínculo para a abertura de sentimentos.

Pôde-se perceber que o profissional tem dificuldade em lidar com os mecanismos de defesa do paciente, principalmente quando ele se encontra na fase de negação da doença e raiva conforme aponta Klüber-Ross (2005). O médico, muitas vezes, sente-se pressionado a responder todas as questões pelo saber técnico que carrega. Seria importante, também, que ele percebesse os mecanismos mentais do paciente e tivesse maior preparo para lidar com a relação transferencial que se constitui entre médico e paciente. A forma como o médico se relaciona com o paciente pode estar ligada a sua história de vida e forma com que ele se relaciona com o mundo.

Alguns participantes manifestaram sentimento de abandono e desamparo pela instituição hospitalar, desejo de expor problemas vivenciados por eles, porém falta de espaço e/ou escuta qualificada para suas questões. Também, colocaram como sugestão que esta necessidade de cuidado aos cuidadores, incluídos aqui os médicos, seja levada para os gestores. Assim, propuseram um espaço tanto de gestão participativa dos profissionais no processo de trabalho quanto um espaço para promoção de autoconhecimento.

Em suma, os aspectos psicológicos de médicos que trabalham com pacientes com câncer estão relacionados com: um interesse investigativo-científico quanto à cura e novos tratamentos em oncologia; valorização da relação medico-paciente, porém necessidade de capacitação quanto às questões subjetivas; facilidade para o trabalho grupal, encontrando um grande apoio na equipe multiprofissional; dificuldade na comunicação do diagnóstico e notícia de possibilidade de morte; medo da recidiva; dificuldade em lidar com a morte; dificuldade de nomearem seus próprios sentimentos (porém na

interação com a pesquisadora conseguiram identificar alguns); sentimento de impotência e angústia, sofrimento psíquico e dificuldade em pedir ajuda psicológica ou institucional, quando necessário.

As estratégias pessoais de apoio relatadas pelos participantes, em suma foram: o contato familiar, o esporte, o convívio social, a religião, a relação interpessoal com os colegas de trabalho.

Encontram nas estratégias institucionais: o trabalho multiprofissional como um grande facilitador que permite a discussão dos casos, o compartilhar responsabilidades. O ideal é que o trabalho multiprofissional ocorresse desde o momento do diagnóstico. É importante que as instituições de saúde garantam esse espaço no horário de trabalho e que o mesmo ocorra periodicamente. Em seus relatos, os participantes, deram indícios de que os trabalhos que existem na Universidade são pouco articulados com o hospital. Desejam um amparo maior por parte da instituição de saúde quanto às suas questões relacionadas ao trabalho e apoio às suas necessidades emocionais. É importante que haja uma gestão voltada para cuidado integral, envolvendo pacientes, familiares e profissionais de saúde. Desejam maior capacitação quanto à abordagem psicológica, o que indica a necessidade de um preparo maior na formação dos alunos de medicina e também um trabalho de capacitação aos médicos em exercício profissional.

Assim, torna-se importante que os médicos, no contato com a morte, possam lidar melhor com o paciente no seu processo da fase de terminalidade, elaborando suas questões internas e refletindo sobre suas práticas de maneira que o cuidado ocorra de uma forma mais humanizada e integral.

Pôde-se perceber, ao longo dos relatos, que para o médico parece que é proibido sofrer, há uma intensa resistência ao sofrimento como se esse estivesse ameaçando sua integridade e uma forma de defender-se disso é negar o seu sentimento. Aprofundar o entendimento das questões psicológicas envolvidas na atenção oncológica, sempre muito demandante emocionalmente, pode auxiliar

numa prática mais eficaz, humanizada e na manutenção da boa saúde dos profissionais.

A fala dos sujeitos foi no sentido de que eles, muitas vezes, não sabem como lidar com a subjetividade do paciente e gostariam de aprender isso com um profissional especializado em saúde mental. Em geral, aprendem a lidar com estas questões sozinhos e criam recursos próprios, conforme suas práticas. Merhy (2002) traz contribuições, valorizando as experiências dos profissionais de saúde e suas potencialidades, no entanto aponta para a necessidade de construção teórica a partir das necessidades dos sujeitos, junto às práticas, e não enquanto modelos de atenção, mas como norteadora no fazer em saúde.

A maioria dos resultados aponta para a necessidade da criação de espaços de produção de sentido da prática médica em oncologia, ou seja, conceito de Merhy (2002) relacionado com a reestruturação do trabalho médico de forma a considerar o trabalho vivo (que envolve subjetividade) e a promover maior autonomia do profissional. E ainda, o cuidado ao cuidador pode auxiliar o profissional no entendimento de suas necessidades e no autoconhecimento, enfrentando o sofrimento, estimulando uma rede vincular de cuidado, repercutindo no cuidado mais integral aos pacientes portadores de câncer.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: A Clínica Ampliada. [Cartilha]. Brasília (DF). 2004. Disponível em URL: <http://www.crh.saude.sp.gov.br/resources/humanizaçao> . Acesso em 10/05/2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde. Brasília (DF). 2007. Disponível em URL: http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coletiva_saude_061008.pdf . Acesso em 30/07/2009.

Boff L. Saber Cuidar: ética do humano: compaixão pela Terra. 8 ed. Petrópolis: Vozes; 1999. 199p.

Brenner C. Noções básicas de psicanálise: Introdução à teoria psicanalítica. 5ª ed. São Paulo: Imago; 1987. 260p.

Campos GWS. Saúde Paidéia. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2003. 185p.

Campos EP. Quem cuida do cuidador: Uma proposta para os profissionais de saúde. 2ª ed. Petrópolis-RJ: Editora Vozes; 2005. 148p.

Castilho LN. Doutor é câncer? Campinas-SP: LPC Comunicações; 2002. 62p.

Carvalho VA. Cuidados com o cuidador. In: Bertachini L, Pessini L. Humanização e cuidados paliativos. 3ª ed. São Paulo. Edições Loyola. 2006. p. 305-319.

Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro, R, Mattos, RA. (Orgs). Cuidado: As fronteiras da integralidade. 4ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO; 2005. p. 261-280.

Cecílio LC de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro,R, Mattos, RA. (Orgs). Os sentidos da integralidade da atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p. 113-120.

Favoreto CAO. A velha e renomada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: Pinheiro, R e Mattos, RA. (Orgs). Cuidado: As fronteiras da integralidade. 4ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO; 2005. p. 205-219.

Favoreto CAO. Obstáculos à ampliação da competência dialógica e interpretativa da clínica de médicos atuando na atenção primária. In: Pinheiro, R., Mattos, R. A. (Orgs) - Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2007. p.213-229.

Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico paciente? Caderno de Saúde Pública. 1993 (jan/mar). 9 (1): 21-27.

Fernández CA. Experiencias de psicoterapia individual en mujeres con cáncer de mama. In: II Jornadas de Salud Mental y genero; 2000 octubre. 9-10; Madrid (España): Gobierno de España. 2008. v. 32: 90-102.

Freud S. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. (Trad. Sob a direção de Luiz Alberto Hanns). Rio de Janeiro: Imago; 2007. 206p. v.3.

Freud S. O futuro de uma ilusão, mal estar na civilização e outros trabalhos (Trad. Sob a direção de Luiz Alberto Hanns). Rio de Janeiro: Imago; 1974. 309p. v. 21.

Foucault M. Ciência e Saber. In: Arqueologia do Saber. Petrópolis: Vozes; 1972. p.215-237.

Foucault M. História da Sexualidade III: O cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal; 1985. 246p.

Garcia-Roza LA. Freud e o inconsciente. 16ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999. 236p.

Katajima K, Cosmo M. Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI. In: Knobel E, Erlichman MR, Andreoli P. Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu; 2008. p 101-112.

Kóvacs MJ. Aproximação da morte. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, Liberato RP, Macieira R de C, Veit M T et al. Temas de Psico-Oncologia. São Paulo: Editora Summus; 2008. p. 388-397.

Kóvacs MJ, Macieira R de C, Carvalho VA. Formação Profissional em Psico-Oncologia. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, Liberato RP, Macieira R de C, Veit M T et al. Temas de Psico-Oncologia. São Paulo: Editora Summus; 2008. p. 543-555.

Kübler- Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 2005. 296p.

Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de Psicanálise. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1992. 552p.

Liberato RP, Carvalho VA. Estresse e Síndrome de *Burnout* em equipes que cuidam de pacientes com câncer: cuidando do cuidador profissional. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, Liberato RP, Macieira R de C, Veit M T et al. Temas de Psico-Oncologia. São Paulo: Editora Summus; 2008. p. 556-571.

Macedo PCM, Fantini Nogueira-Martins MC, Nogueira-Martins LA. Técnicas de intervenção psicológica para humanização das equipes de saúde: grupos Balint e grupos de reflexão sobre a tarefa assistencial. In: Knobel E, Erlichman MR, Andreoli P. Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu. 2008: p. 325 - 341.

Machado MH, (Org). Profissões de Saúde: Uma abordagem Sociológica. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz; 1995. 193p.

Merhy EE. Ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 1999. 04 (02): 305-314.

Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. 189p.

Merhy EE. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e processos de trabalho. In: Micropolítica do cuidado e o trabalho em saúde. 2007.

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em URL: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy> . Acesso em 12/05/2009.

Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. Hucitec: São Paulo; 2006. 406p.

Nucci NAG. Aspectos psicossociais da família no processo saúde e doença. In: Notas de aula do Curso de Especialização de Psicologia da Saúde e Hospitalar. 2008 nov; Belém (Pará): IEPS. 2008.

Perdicaris AAM, Silva MJP. A comunicação essencial em oncologia. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, Liberato RP, Macieira R de C, Veit M T et al. Temas de Psico-Oncologia. São Paulo: Editora Summus; 2008. p. 404-413.

Perestrello D. A medicina da Pessoa. 4ª ed. Editora Atheneu: São Paulo. Rio de Janeiro. Belo Horizonte; 1996. 272p.

Pichon Riviere E. Teoria do Vínculo. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1995. 143p.

Prade CF, Caselatto G, Silva ALM. Cuidados Paliativos e comportamento perante a morte. In: Knobel E, Erlichman MR, Andreoli P. Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu; 2008. p 149-158.

Rezende SN. Um novo olhar sobre o cuidar: dor e sofrimento psíquico no profissional de saúde. In: Notas do Fórum Permanente de Saúde. 2005. Campinas (SP). Produção Reitoria e Cori UNICAMP. 2005.

Rosa SD. O professor Universitário da área de saúde: Profissão e qualidade de vida [Dissertação]. Sorocaba (SP). Universidade de Sorocaba; 2000.

Silva Junior AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro, R e Mattos, R. A. (Orgs). Cuidado: As fronteiras da integralidade. 4ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO; 2005. p. 243-259.

Turato a ER. Psicologia da Saúde: Estudos Clínicos-Qualitativos. Taubaté: Cabral Editora E Livraria Universitária; 2003a. 285p. v.1.

Turato b ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003b. 685p.

Veit MT. Serviços de Psico-Oncologia: Configuração e implementação. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, Liberato RP, Macieira R de C, Veit M T et al. Temas de Psico-Oncologia. São Paulo: Editora Summus; 2008. p. 531-542.

Xavier C, Guimarães C. Uma Semiótica da Integralidade: O signo da Integralidade e o papel da comunicação. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (Orgs). Cuidado: As fronteiras da integralidade. 4ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO; 2005. p. 135-157.

7- ANEXOS

DIÁRIO DE CAMPO

- 03/07/2008- Encontro com a coordenadora do serviço de oncologia do HC-Unicamp. Apresentei o projeto para a coordenadora do setor de oncologia do HC, junto à minha orientadora, esclareci sobre objetivo, metodologia, referencial teórico e relevância da pesquisa. A coordenadora do setor de oncologia nos recebeu muito bem e apontou algumas necessidades que encontra na questão do cuidado ao cuidador, incluindo os alunos que estão se formando. Falou bastante a respeito do HC e o setor de oncologia, ressaltando a necessidade de se ampliar os serviços oferecidos para o paciente. Sendo assim, leu o projeto e aprovou a pesquisa, me apresentou o lugar e alguns profissionais do setor de oncologia, apresentou-me a um profissional do setor de otorrinolaringologia e me orientou como procuraria os outros setores e a quem deveria mostrar o projeto. Ao apresentar-me a alguns profissionais, dois questionaram se eu não poderia realizar um trabalho com os médicos no HC além das entrevistas, dizendo: *“e ela não vai atender a gente?”*.

A partir daí senti que meu projeto estava sendo valorizado devido a uma necessidade também sentida pelo hospital.

- 22/07/2008- Realização de 2 entrevistas no setor de oncologia. Fui bem recebida, porém um dos participantes demonstrou-se receoso quando falei que sou psicóloga, porém aceitou dar a entrevista. Realizou vários questionamentos sobre a pesquisa realizada, acabou brincando e dizendo que ele é uma pessoa normal. As duas entrevistas foram bem diferentes uma da outra, um participante falou bastante, exemplificando com situações pessoais e o outro respondia rapidamente as questões, com dificuldade de falar de si e bastante racional, dando muitas informações sobre o saber técnico e científico da doença.

O projeto foi apresentado para um dos profissionais do setor de proctologia que leria o conteúdo para aprovar a realização das entrevistas neste setor.

- 24/07/2008- Fui até o setor de proctologia para saber se o projeto teria sido aprovado e o profissional elogiou o trabalho dizendo que é um campo bastante relevante especialmente em oncologia, elogiou a maneira que foi escrito, conceituando-o como “um trabalho muito bom”. Sendo assim me passou seu contato para marcarmos uma entrevista e me orientou onde e com quais pessoas poderia falar no setor de proctologia. Foi bastante solícito e me senti à vontade. No mesmo dia entrei em contato com 2 profissionais e realizei 2 entrevistas. Também fui bem recebida, mesmo na correria do ambulatório, conseguimos realizar as entrevistas em salas privadas. O profissional com maior idade teve mais dificuldade de falar de si, falava mais tecnicamente sobre o tema oncologia e o mais novo ao contrário, falou bastante de suas questões pessoais.

- 29/07/2008- Entrevistei um profissional do setor de oncologia, que pareceu bastante à vontade para falar de si e do serviço, com ideias inovadoras e com vontade de acrescentar alguns serviços no setor de oncologia do HC. Esse profissional tem uma carga horária maior fora da faculdade, pareceu-me uma pessoa com um censo crítico mais apurado, com postura política um pouco maior que os outros participantes.

- 31/07/2008- Entrevistei o profissional de proctologia que havia me recebido anteriormente, pareceu bastante aberto, porém com uma visão bastante técnica, falou um pouco de si, identificou dificuldades.

- 01/08/2008- Fui muito bem recebida por um profissional do setor de oncologia que entrevistei. Esse profissional foi um dos que mais se envolveu com a entrevista, dedicou tempo maior à entrevista, com uma certa “afinidade” com o tema e bastante conhecimento na área. Ao terminar a entrevista, pediu-me para ocultar alguns dados relevantes para o estudo que eram exemplos claros da necessidade de um trabalho voltado para o cuidado ao cuidador. Vale ressaltar que o mesmo assunto surgiu nos discursos de outros participantes.

- 12/08/2008- Após inúmeras ligações consegui marcar uma entrevista com mais dois participantes do setor de proctologia, que me receberam muito bem. Vale destacar que as entrevistas foram realizadas em um local público (sala de estudos). Os participantes tinham uma diferença de idade grande, as entrevistas foram bastante diferentes. O profissional mais velho teve mais dificuldade de falar sobre si, porém falou da necessidade de um cuidado ao cuidador para o profissional jovem.

- 18/08/2008- Realizada uma entrevista com um profissional do setor de oncologia que pareceu dar prioridade ao atendimento ao paciente, que prioriza em suas ações, o cuidado com o paciente, boa experiência na área de oncologia, docente. Falou bastante da relação médico-paciente, sem dificuldades de falar de si. Recebeu-me muito bem, porém seu tempo era bastante curto.

- 20/08/2008- Realizada uma entrevista com outro profissional do setor de oncologia que pareceu ter bastante experiência na área, com experiência em outras instituições e de outros países, foi bastante objetivo e rápido.

- 04/09/2008- Foi realizada uma entrevista com um profissional da otorrinolaringologia aberto para a realização de novos trabalhos, objetivo e falando de si e de seu serviço com naturalidade. Vale ressaltar que a entrevista foi realizada em um local público (sala de atendimento).

- 09/09/2008- Fui ao hospital para tentar realizar entrevistas com 2 profissionais da urologia, porém apenas um tinha possibilidade de tempo para me atender. O mesmo me atendeu muito bem, mesmo com alguns compromissos que tinha no ambulatório, me atendeu em uma sala reservada, porém com a porta aberta, o que prejudicou um pouco na transcrição da entrevista. Pareceu-me bastante interessado no tema e no retorno que a pesquisa poderá dar ao hospital, com sugestões de espaços de expressão do médico com a instituição, para a melhoria da qualidade do trabalho do médico.

- 10/09/2008- Marquei uma entrevista com um profissional pelo telefone, porém ao chegar no hospital o candidato a participante não estava mais lá.

- 17/09/2008- Realizada entrevista com profissional do setor de gastroenterologia, bastante aberto ao tema, porém com pouco tempo, o mesmo iniciou a entrevista e teve de interromper. Marcamos uma nova data para dar continuidade. O participante é docente e estava com muitos compromissos no dia, a continuação da entrevista ocorreu em 22/09/2008.

- 22/09/2008- Continuação da entrevista com o mesmo participante da gastroenterologia, que dedicou bastante tempo à entrevista. Após o término da entrevista, o participante realizou vários questionamentos sobre o objetivo do trabalho, relatou que conversa muito com seus alunos sobre a relação

médico-paciente e considera o tema importante. Realizou sugestão para a pesquisa: comparar as diversas especialidades e realizou sugestão na legislação brasileira quanto ao trabalho médico: “aqui no Brasil não existe uma lei que obrigue o médico a dar o diagnóstico para o paciente” relatou que em outros países é assim, que até existe estímulo político, porém não há uma lei que penalize o médico por não dar o diagnóstico ao seu paciente, relatou que isso prejudica o trabalho do médico, pois se um médico não trabalha bem, o paciente chega ao cirurgião com uma série de questões mal resolvidas que já poderiam ter sido elaboradas anteriormente.

- 01/10/2008- Entrevista com um médico do setor de gastroenterologia, foi bem recebida. Profissional referiu estar com dificuldade de tempo e por isso conversou rapidamente, foi bem objetivo, coloca-se bastante otimista na relação médico-paciente.

- 03/02/2009- Realizei entrevista com a coordenadora do setor de oncologia novamente para obter dados quanto à construção da caracterização da instituição. Ela me recebeu em sua casa, fui muito bem acolhida, estava bastante disponível, conversou bastante comigo, sobre a sua história no setor de oncologia e sobre os projetos atuais e futuros desse setor.

- 16/02/2009- Voltei ao HC para resgatar algumas perguntas a um participante, as quais havia esquecido durante a entrevista.

- 28/04/2009- Voltei ao HC para resgatar uma questão a um participante.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Iniciais:_____Idade:_____Sexo:_____

Local de trabalho e Setor:_____

Formação:_____

Há quanto tempo trabalha na área?_____

Realizou residência, especialização ou trabalhos na área de oncologia?_____

Se não, em qual área?_____

- 1) Por que você escolheu trabalhar com oncologia?
- 2) Como é dar o diagnóstico de câncer a um paciente?
- 3) Qual é o seu sentimento em relação à doença? E no cuidado ao paciente com câncer?
- 4) Quais sentimentos você percebe nos pacientes com câncer? E nos familiares?
- 5) Como você lida com o sofrimento de pacientes portadores de câncer e de seus familiares?
- 6) Você cuida de pacientes terminais? Como é para você trabalhar com esses pacientes?
- 7) Como você se sente ao dar uma notícia sobre morte ou possibilidade de terminalidade para o paciente ou sua família?
- 8) Como você percebe o ambiente de trabalho em oncologia?

- 9) Quais as dificuldades que você encontra em seu trabalho? E facilidades?
- 10) Em algum momento de sua carreira você sentiu que precisava de cuidados pessoais? Qual?
- 11) Você acha importante ou gostaria de alguma ação nesse sentido?
- 12) O que você faz para enfrentar as tensões e dificuldades de seu trabalho (esporte, lazer, massagem, religião, psicoterapia)? Você se utiliza de algum tipo de medicamento?
- 13) Esta instituição tem alguma política voltada ao cuidado do cuidador? Você se beneficia destas ações?

Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Pós-graduação em Saúde Coletiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora responsável: Marília Sper de Albuquerque. Psicóloga com aprimoramento em Saúde Pública, aluna regular do Programa de Pós-graduação (mestrado) em Saúde Coletiva, RA 066285, RG 34207088-5, CPF 218213048-96. R. Sinésio de Mello Oliveira, 207, Jardim Guarani, Campinas – cep 13100-017. Fone 19- 8164-8405. Endereço eletrônico: marilia_sper@yahoo.com.br

Orientador: Prof^a. Dr^a. Silvia Maria Santiago

Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 Cidade Universitária "Zeferino Vaz" Campinas. Cep 13083-970.
Cx. Postal: 6111. Fone 19- 35218936. Endereço eletrônico: cep@fcm.unicamp.br

Título da Pesquisa: Aspectos psicológicos de médicos que trabalham com pacientes portadores de câncer.

Local e setor de trabalho: _____

Participante Convidado(a): _____

Estamos realizando um estudo que pretende conhecer quais os aspectos psicológicos estão presentes nos profissionais médicos que cuidam de pacientes portadores de câncer, bem como as estratégias institucionais que os apoiem.

Esta pesquisa faz parte do meu projeto de mestrado e tem a intenção de contribuir com a Saúde Coletiva, na medida que poderá investigar as necessidades de cuidado desses trabalhadores e suscitar novas questões para a construção de projetos que auxiliem a saúde do trabalhador no âmbito do SUS, repercutindo também no cuidado em oncologia mais ampliado e integral.

Solicitamos que para isso você responda a algumas questões. Sua participação é voluntária, você não é obrigado a participar deste estudo, tendo o direito de sair da pesquisa a qualquer momento que quiser, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo nem interfira em sua vida profissional. Você poderá fazer qualquer pergunta acerca do estudo e de sua participação nele e caso tenha alguma dúvida, será esclarecido no decorrer da pesquisa. Faremos reuniões com membros da equipe anteriormente, para conhecermos a instituição e o modo de trabalho do Setor de Oncologia do HC e algumas opiniões sobre esse tema. Essas atividades serão gravadas e depois transcritas. Você poderá ter acesso aos originais transcritos para sua análise e aprovação das informações ali contidas. Será garantido aos participantes o anonimato das informações prestadas. Não haverá nenhuma forma de pagamento aos participantes da pesquisa, nem de reembolso de dinheiro; com a participação na pesquisa você não vai ter nenhum gasto. Uma via desse termo do consentimento será entregue a você.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

“Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”.

Campinas, ___/___/_____

assinatura do(a) participante

RG: _____

assinatura da pesquisadora

RG: 34207088-5