

AOS OUTROS EU DEVOLVO A DOR: UM OLHAR PARA O CUIDADO COM PROFISSIONAIS DO SETOR DE ONCOLOGIA*

DAIANE PHILIPPSEN MADERS¹, MARIANA BARBOZA LOPES²; CAMILA PEIXOTO FARIAS³

¹*Universidade Federal de Pelotas – daianemaders@outlook.com,*

²*Universidade Federal de Pelotas - marianabarbozalopes@hotmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – pfcamila@hotmail.com*

1. INTRODUÇÃO

É possível perceber a importância do cuidador para uma pessoa doente, entretanto, diante desse processo de cuidar, a atenção é voltada para o doente, já o profissional e suas demandas são esquecidos na maioria das vezes. Para que o cuidador possa prestar seus serviços da melhor forma, é necessário que ele se sinta preparado técnica e subjetivamente, principalmente aqueles que atuam nas instituições hospitalares, pois, segundo Moura e cols. (2005), são os que necessitam de maior habilidade para lidar com as diferentes dimensões de cuidar.

Pesquisas que investigam o cotidiano dos profissionais que atuam no âmbito hospitalar indicam que eles se encontram muito vulneráveis pelo fato de estarem sempre sob tensão, uma vez que lidam diretamente com pessoas doentes, em sofrimento e vulnerabilidade física, psíquica e social. Muitas vezes, os pacientes apresentam sintomas difíceis de manejar, necessitam de intervenções invasivas e, junto com seus familiares, exigem dos profissionais muito além do que seu preparo técnico os instrumentalizou para oferecer (CAMPOS, 2016). Portanto, o presente trabalho visa investigar e discutir aspectos relacionados à experiência emocional e subjetiva dos profissionais, principalmente no que diz respeito à pessoalização do vínculo dos mesmos.

2. METODOLOGIA

Este trabalho parte do pressuposto de que para se oferecer um cuidado humanizado aos pacientes internados em hospitais, precisamos primeiramente considerar a humanidade dos profissionais que atuam como cuidadores. Tendo isso em vista, discutiremos aspectos relacionados a experiência emocional e subjetiva dos profissionais principalmente no que diz respeito ao acolhimento de seu sofrimento. A construção do trabalho se deu a partir de revisão bibliográfica e de coleta de dados realizada através de uma narrativa interativa, seguida por uma entrevista. Participaram desse estudo 23 profissionais que integram a equipe multiprofissional do setor de Oncologia de um hospital-escola do interior do Rio Grande do Sul.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, foi possível identificar duas categorias principais, sendo uma delas intitulada como: “Aos outros eu devolvo a dor”. Essa categoria refere-se ao mal-estar dos profissionais, frente ao cotidiano de trabalho, e às estratégias defensivas, por eles adotadas, para fazer frente a esse sofrimento.

* Vinculado à bolsa Programa Voluntário de Iniciação à Pesquisa (PVIP) e à bolsa Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (Probic)

Embora, via de regra, o cotidiano do profissional, que atua em qualquer área do hospital, possa ser marcado por mal-estar emocional, (Borhani *et al.*, 2013), é possível pensarmos que os que trabalham na área de Oncologia acabam experienciando uma situação mais complexa, precisando lidar cotidianamente com a terminalidade, em meio a uma sociedade tão voltada para a lógica da cura (Ferreira da Silva *et al.*, 2015; Sharma *et al.*, 2018). Afinal, como é dedicar-se aos cuidados de pessoas que apresentam uma doença que dá pouca margem para esperança (Wolf, Garlid & Hyrkas, 2018), assumindo a posição subjetiva de testemunha da dor do outro (Corso, 2012)?

Assim, apesar de Cohen *et al.* (2010) apontarem que é possível que o profissional da Oncologia seja atravessado por sentimentos de cunho positivo, uma vez que estariam cumprindo um grande diferencial na vida dos pacientes, no presente estudo, encontramos, sobretudo, sentimentos de cunho negativo. Se, no discurso manifesto, os participantes expressaram haver uma distância entre o paciente em sofrimento e o profissional gratificado com seu trabalho, num exame mais cuidadoso, deparamo-nos com profissionais mostrando-se tão vulneráveis quanto os seus pacientes e até mesmo se imaginando no lugar deles.

Ainda dentro dessa categoria “Aos outros eu devolvo a dor”, observamos não apenas manifestações de profundo mal-estar emocional, frente a um trabalho marcado pela dor do outro, que acaba sendo tomada como a própria dor, mas, também, manifestações defensivas para fazer frente a essa dor. Assim, o coletivo investigado expressou tanto que a dor dos pacientes acaba “contaminando-os” e fazendo com que se sintam tão vulneráveis quanto eles quanto que a solução para fazer frente a isso seria a de manter certo distanciamento afetivo dos pacientes, “devolvendo aos outros a dor” que neles está sendo despertada.

O movimento de distanciamento, por parte dos profissionais, em relação aos seus pacientes, foi observado igualmente em diferentes estudos internacionais (Kpassagou & Soedje, 2017; Lebaron *et al.*, 2014; Charalambous & Kaite, 2013; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). A partir desse movimento defensivo, dar-se-ia um “anestesiamento” do profissional, que, ao invés de conseguir permanecer sensivelmente em contato com a dor do outro e com a dor que nele também é evocada, num extremo oposto, manifestaria incapacidade de identificar-se com o outro.

Num primeiro momento, poderíamos considerar natural e até desejável que os profissionais recorram a uma distância “segura” para lidar com pacientes que estão falecendo, sendo capazes de corresponder ao imaginário social de profissionais fortes (Epelman, 2012). Num momento posterior, entretanto, entendemos que a adoção dessa estratégia defensiva revela-se problemática num duplo sentido: 1) em relação à qualidade do cuidado que é ofertada ao paciente; e 2) em relação à própria experiência subjetiva do profissional.

Em relação ao cuidado dispensando ao paciente, sabemos que, por mais que contemos, atualmente, com escalas de avaliação da dor do paciente, que, quando aplicadas, permitem que os profissionais tenham condições de identificar de forma precisa o sofrimento do paciente (Oliveira, Sobrinho & Cunha, 2016), o paciente demanda um cuidado que ultrapasse a esfera exclusivamente tecnicista.

Desde essa perspectiva, podemos entender que as diversas falas dos entrevistados, queixando-se da falta de preparo técnico para lidar com a morte, bem como as falas sobre livros que estavam sendo lidos da área de Oncologia, assim como os desfechos de narrativas interativas que pareciam mais escritas técnicas, tornam-se preocupantes, uma vez que remetem a um cuidado mais intelectualizado e distanciado, de cunho defensivo, do que a um cuidado mais integrado. Trata-se de um movimento que foi igualmente observado na pesquisa

de Pacheco & Goldim (2019), por meio da qual foram entrevistados profissionais de uma equipe interdisciplinar da área da Oncologia, e que também tiveram dificuldades de falar dos seus sentimentos, nas entrevistas, direcionando suas respostas sempre para aspectos práticos, com uma tendência à racionalização.

Evidentemente, não estamos afirmando, aqui, que o embasamento técnico do fazer profissional seja indesejável. Estamos de pleno acordo com Miranda da Silva & Moreira (2011), para quem a falta de conhecimento pode inviabilizar a capacidade de um pensamento complexo, gerando a adoção de atitudes impulsivas e imediatistas. Entendemos, entretanto, que toda capacitação dedicada a um profissional que exerce, em essência, um cuidado em relação ao outro, deve levar em consideração não apenas aspectos informativos, apelando apenas para o lado racional do indivíduo, mas, também, estratégias que viabilizem a expressão do sofrimento, a sensibilidade e a criatividade (Nunes *et al.*, 2018).

Estratégias como essas seriam valiosas não apenas para que o profissional tenha condições de prestar um cuidado mais humanizado, aos pacientes, mas, também, para que ele possa experienciar um viver menos defensivo. Fazendo alusão à obra winniciottiana, poderíamos pensar que, se de um lado, não é desejável que o profissional sinta dores no corpo e dificuldades para se levantar da cama tamanho contato com a dor dos pacientes, de outro, tampouco seria saudável o profissional que, num extremo oposto, não consegue identificar-se com seus pacientes e perde contato com o seu verdadeiro *self*, experienciando um falso *self* que, apesar de ter um componente protetor, é marcado por um viver mecânico, empobrecido e inautêntico (Winnicott, 1960).

4. CONCLUSÕES

Portanto, é possível concluir que o investimento de capacitação técnica para os profissionais exerce uma grande importância e pode ser oferecido através de cursos, palestras e treinamentos. A partir desses mecanismos o profissional terá subsídios para cuidar do paciente, pois quando os profissionais não possuem esse suporte técnico, ou o deixam de lado, podem acabar utilizando como fonte de cuidado as suas questões pessoais e, dessa forma, indo de encontro com a ideia de um cuidado humanizado (que considera e valoriza as necessidades do paciente). Alicerçado a isso, se deve também, compreender que para o hospital oferecer um cuidado humanizado ao paciente, é necessário que os profissionais estejam sendo cuidados e apresentem saúde mental e física para lidar com o cotidiano desta profissão tão potencialmente estressante e da formação técnica.

Além disso, quando não há investimento em capacitação técnica e cuidados em saúde mental, os profissionais passam a alicerçar as suas relações a partir das suas emoções, o que acaba comprometendo de forma muito grande o vínculo. Para que isso não ocorra, é importante que as emoções dos profissionais sejam elaboradas e compreendidas, para que o atendimento não seja interferido por questões pessoais e nem que seja de forma mecanizada.

Portanto, é fundamental que haja espaços que permitam a escuta e a troca entre os profissionais para que os sentimentos, memórias, crenças, identificações e etc., mobilizadas pelos pacientes, possam ser identificadas, trabalhadas e elaboradas, deixando de interferir de forma defensiva nas suas formas de cuidar e podendo assim alicerçar formas humanizadas de cuidado, ou seja, alicerçar um cuidado que considere tanto a humanidade do paciente quanto a humanidade do profissional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Borhani, F., Abbaszadeh, A., Mohsenpour, M. & Asadi, N. (2013). Lived experiences of pediatric oncology nurses in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18 (5), 349-354.
- CAMPOS, E.P. Quem cuida do cuidador? Uma proposta para os profissionais de saúde. Teresópolis: Unifeso, São Paulo: Pontocom, 2016.
- COSTA, C.A., FILHO, W.D.L., SOARES, N.V. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF), 2003, maio/jun.
- Epelman, C.L. (2012). End-of-life management in pediatric cancer. *Current Oncology Reports*, 14 (2), 191-196.
- FARIA, D.A.P.; MAIA, E.M.C. Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. *Revista LatinoAmericana de Enfermagem*, São Paulo, nov/dez 2007.
- Ferreira da Silva, A, Issi, H.B., Motta, N.daG.C. da & Botene, D.Z. de A. (2015). Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36 (2), 56-62.
- Kpassagou, B.L. & Soedje, K.M.A. (2017). Health practitioners' emotional reactions to caring for hospitalized children in Lomé, Togo: a qualitative study. *BMC Health Services Reserch*, 17 (2), 76-87.
- LUZ, K.R., et. al. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, p. 67-71, jan-fev. 2016.
- Nunes, C.F., Faria da Silva, L., Santo, F.H. do E., Góes, F.G.B. & Moraes, J.R.M.M. de (2018). Dinâmica musical na sensibilização dos acadêmicos de enfermagem frente aos cuidados paliativos em oncologia pediátrica. *Escola Anna Nery*, 22(4), 1-7.
- Oliveira, A. da L., Sobrinho, N. da P. & Cunha, B.A.S. (2016). Manuseio da dor crônica em pacientes oncológicos pela equipe de enfermagem. *Revista Dor*, 17 (3), 19-22.
- Pacheco, C.L. & Goldim, J.R. (2019). Percepções da equipe interdisciplinar sobre cuidados paliativos em Oncologia pediátrica. *Revista Bioética*, 27 (1), 67-75.
- Silva, J.O. da, Araújo, V.M.C. de, Cardoso, B.G.de M. & Cardoso, M.G. de M. (2015). Dimensão espiritual no controle da dor e sofrimento do paciente com câncer avançado. Relato de caso. *Revista Dor*, 16 (1), 71-74.
- Winnicott, D.W. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In _____, *O ambiente e os processos de maturação* (pp.128-139). Porto Alegre: Artes Médicas.