

A EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DA EQUIPE HOSPITALAR DE ONCOLOGIA: UMA DANÇA DA SOLIDÃO

**MARIANA BARBOZA LOPES¹; DAIANE PHILIPPSSEN MADERS²; CAMILA
PEIXOTO FARIAS³**

¹Universidade Federal de Pelotas – marianabarbozalopes@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – daianemaders@outlook.com

³Universidade Federal de Pelotas - pfcamila@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A humanização da assistência tem obtido cada vez mais força dentro dos hospitais, sendo essa uma abordagem profissional que visa a promoção da saúde a partir de um cuidado menos mecanizado e focado apenas na doença (COSTA; FILHO; SOARES; 2003). Para tal é preciso que o cuidado seja realizado de forma que ultrapasse o modelo de assistência que privilegia a doença, pois, segundo CAMPOS (2016), o paciente não deseja somente ser cuidado por meio de remédios, exames ou cirurgias, mas, deseja também, ser olhado, tocado e escutado.

Levando o exposto em consideração, os estudos atuais têm buscado avançar no cuidado ofertado aos pacientes com câncer, uma vez que, segundo os próprios pacientes, a postura da equipe de profissionais é o fator que mais influencia (positiva e negativamente) a sua vivência emocional no tratamento contra o câncer (Munhoz et al., 2014; Becker-Schieber et al., 2015).

Assim, considerando as diferentes dimensões do sofrimento que o portador de câncer apresenta e partindo da compreensão de que um único profissional não possui todo o corpo de conhecimento e de competências exigidas para dar o suporte necessário, foi sendo concebida a ideia de que se fazia necessário um conjunto de profissionais, de diferentes especialidades, para proporcionar ao paciente maior qualidade no tratamento (Servantes, 2002), aos moldes de uma equipe multiprofissional.

Apesar dos atendimentos, junto aos pacientes oncológicos, estarem sendo prestados através de equipes multiprofissionais, notamos escassez de estudos sobre a experiência subjetiva dessa equipe multiprofissional que trabalha na Oncologia. Tendo em vista esses aspectos e considerando que a equipe hospitalar cumpre função essencial na forma com que os pacientes oncológicos e seus familiares lidam com o diagnóstico e o tratamento da doença, debateremos os tipos de cuidados dirigidos a tais profissionais e apresentaremos uma discussão acerca de alguns aspectos relacionados a sua experiência subjetiva.

A consideração de tais aspectos pode ser pensada como uma dimensão fundamental do cuidado que deve permear o cotidiano de uma instituição hospitalar, proporcionando um cuidado integrado e humanizado primeiramente aos profissionais, o que acreditamos constituir um alicerce fundamental para a construção de um cuidado humanizado aos pacientes.

2. METODOLOGIA

A construção do trabalho se deu a partir de pesquisa bibliográfica, por meio de levantamento de trabalhos, artigos e livros que abordassem o assunto de

interesse, bem como, através de coleta de dados realizada através de uma narrativa interativa e seguida por uma entrevista com 23 profissionais da área, que atuam em um hospital de referência oncológica. Ainda, mediante reuniões, foram feitas leituras reflexivas, discussões, fichamentos e análise psicanalítica dos dados, de forma que possibilitasse o aprofundamento das reflexões sobre o tema abordado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, foi possível identificar a categoria “Dança da solidão”, que refere-se ao sofrimento dos profissionais diante da solidão que sentem no setor de oncologia, sobretudo, pela falta de espaço para falarem sobre suas experiências dolorosas, falta de escuta capacitada, mas também, falta de abertura com o restante da equipe para compartilharem os momentos mais difíceis, ou seja, para demonstrarem fragilidade. Quando há alguma abertura, é dentro das equipes da mesma área, mas nunca a nível multidisciplinar.

A participante 2 inclui a seguinte fala no desfecho que inventa para a narrativa interativa: “(...) Igualmente, Joana diz ter marcado muito porque esse mesmo marido, citado na história, tratou a equipe de enfermagem com respeito e com muita atenção”. Durante a entrevista, ela acrescenta: “Então agora eu to determinada a buscar alternativas (para cuidar da saúde mental), porque se a gente não fizer isso, todos os profissionais daqui vão adoecer, primeiro porque existe uma certa despreocupação com a saúde do trabalhador. Certa não né, uma total despreocupação”.

Nas colocações dessa participante, podemos notar sua solidão quando fala que os pacientes ficam marcados ao tratarem a equipe com carinho, mostrando que esses profissionais estão carentes desse tipo de afeto e desse olhar que os humaniza e possibilita que dirijam um cuidado igualmente humanizado ao paciente. Inclusive, 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. Portanto, esses profissionais devem estar amparados emocionalmente para que sejam capazes de lidar com os pacientes que se mostrem mais resistentes, devido ao sofrimento e a vulnerabilidade em que se encontram.

Também, na última fala destacada, podemos perceber o intenso desamparo sentido pela participante e a necessidade de um olhar cuidadoso sobre estes profissionais, que, de acordo com Avellar, Iglesias e Valverde (2007), vivenciam um intenso contato com o paciente adoecido, que por vezes necessita de cuidado permanente, os colocando em um conflito entre as técnicas a serem aplicadas e a obrigação de manter sua saúde mental dentro de um ambiente, que nem sempre é acolhedor. Tendo isso em vista, percebe-se a importância das instituições proporcionarem aos seus colaboradores um espaço de acolhimento, de escuta, de troca, de compartilhamento de experiências emocionais, de apoio, de elaboração, em outras palavras, um espaço de cuidado para os que cuidam (LUZ, et. Al., 2016).

Outra questão importante de ser destacada nas falas dos participantes e que pode ser ilustrada na seguinte fala da participante 5: “Eu sempre procuro fazer o melhor para eles eu tento cuidar deles como eu gostaria de ser cuidada, como eu gostaria que algum familiar meu fosse cuidado”, é a pessoalização do vínculo, como recurso defensivo utilizado para seguir cuidando, apesar do

sofrimento. Tal recurso parece ter como uma das causas o despreparo dos profissionais: a falta de base técnica para alicerçar o cuidado dirigido ao paciente aliada a falta de um espaço de cuidado para o seu sofrimento.

Com isso, percebe-se que o cuidado oferecido ao paciente, ao invés de ter uma base técnica, acaba tendo como base os sentimentos dos profissionais (de forma defensiva), as suas crenças, as experiências pessoais, a identificação ou não com o paciente, entre outras.

Quando o vínculo se limita à aspectos pessoais – sem preparo técnico e reflexão acerca dos aspectos pessoais mobilizados por cada paciente – ele influencia de forma negativa as possibilidades de cuidado do profissional. Isso ocorre principalmente porque não há um espaço para falar sobre esses sentimentos e elaborá-los, o que é determinante para que eles influenciem maciçamente o modo de atuação dos profissionais.

Durante a análise do material, fica evidente que o maior desafio dessa área é a dificuldade dos profissionais da saúde em lidarem com a terminalidade e a morte, que é apontada pelos participantes como resultado de uma formação que visa apenas a cura e não o cuidado.

A participante 21, em sua fala: “(...) nossa formação biomédica nos prepara para trabalhar e ter resultados, e o paciente paliativo, a gente trata, mas sabe que o desfecho não é feliz e isso tá me tirando o sossego, talvez eu não tenha perfil pra essa área e isso tá me causando angústia, pois eu espero resultado e mesmo que ele apareça, não é o que eu quero, não é feliz, parece que nunca faço o suficiente”, mostra a dificuldade dos profissionais de saúde em lidarem com suas limitações e o sofrimento gerado, quando o que podem oferecer ao paciente é o cuidado, que é de extrema importância na vida dos pacientes em cuidados paliativos, mas que se choca com o sentimento de impotência do profissional que foi formado para curar e ter o cuidado em segundo plano.

Diante disso, percebemos a importância do suporte, tanto técnico quanto emocional, dentro do hospital, de modo que o cuidado passe a ter uma base técnica e não ser baseado apenas nas crenças pessoais e sentimentos de cada profissional. O material exposto, aponta para importância de espaços de escuta e troca entre os profissionais para que os sentimentos, memórias e identificações mobilizadas pelo encontro com os pacientes possam ser identificadas, trabalhadas e elaboradas, deixando assim de interferir de forma defensiva – e muitas vezes sem a percepção do profissional – no cuidado dirigido ao paciente.

Assim, cabe destacar, que consideramos que os sentimentos dos profissionais devem fazer parte do alicerce que sustenta o cuidado dirigido aos pacientes, porém, acreditamos que para isso, tais sentimentos precisam ser acolhidos e elaborados. Caso isso não ocorra, o que teremos, frequentemente, serão comportamentos reativos e defensivos dos profissionais dirigidos aos pacientes.

4. CONCLUSÕES

A partir desta pesquisa, ficou evidente que, apesar de a instituição hospitalar estar vinculada com o termo ‘cuidado’, ele ainda é pouco desenvolvido quando se trata dos profissionais de saúde que se dedicam à cuidar do enfermo.

Para que o hospital possa 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.

A pesquisa evidenciou que existe um déficit na formação em saúde, que prepara os profissionais para curarem e preocuparem-se apenas com a doença, o

que faz com que eles se sintam muito despreparados para lidar com os sujeitos e seus sentimentos e com a complexidade que isso implica.

É preciso que os profissionais possam ser cuidados e disponham de um espaço para compartilhar o que estão sentindo, pois isso é fundamental para o acolhimento e elaboração dos sofrimentos causados pela profissão e para a construção de estratégias para lidar com eles, evitando que interfiram negativamente no atendimento oferecido aos pacientes.

Para isso, é necessário a criação de um espaço dentro da equipe e do ambiente de trabalho, propício e com uma escuta capacitada, para que a equipe possa expor suas angústias e demais sentimentos provenientes de sua atividade profissional, um espaço de cuidado, de reconhecimento da humanidade dos profissionais.

Portanto, a pesquisa evidenciou que o cuidado dirigido aos profissionais de saúde é um pilar fundamental para consolidação da humanização do cuidado oferecido ao paciente, uma vez que se a humanidade dos profissionais não for reconhecida e acolhida, torna-se muito difícil que eles possam reconhecê-la e acolhê-la nos pacientes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos, E.P. (2016). **Quem cuida do cuidador? Uma proposta para os profissionais de saúde**. (2ª ed.) Teresópolis: Unifeso, São Paulo: Pontocom.

Recuperado de:

http://www.editorapontocom.com.br/livro/48/eugeniocampos_48_584edcebb73c1.pdf

COSTA, C.A., FILHO, W.D.L, SOARES, N.V. (2003) **Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe**. Vol. 56, nº3. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF). p. 310-314. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000300019>.

Munhoz, B.A., et. al. (2014). **De um lado ao outro: o que é essencial? Percepção de pacientes oncológicos e de seus cuidadores ao iniciar o tratamento oncológico e em cuidados paliativos**. Einstein, 12(4), 485-491.

Becker-Schiebe, M., et. al. (2015). **Predictors of overall satisfaction of cancer patients undergoing radiation therapy. Patient Preference and Adherence**, 9, 1381-1388

Servantes, L. (2002). **Terapia ocupacional: pesquisa e atuação em oncologia**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação da Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande.

Luz, K.R. da, Vargas, et. al. (2016). **Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da Oncologia na alta complexidade**. Revista Brasileira de Enfermagem, 69 (1), 67-71.