

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

**O PROFISSIONAL QUE ESTÁ NO FIO – ENTRE A VIDA E A MORTE:
VIVÊNCIAS, CONCEPÇÕES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO
PSICOLÓGICO DE MÉDICOS ONCOLOGISTAS**

FLORIANÓPOLIS

2008

DÉBORA STAUB CANO

**O PROFISSIONAL QUE ESTÁ NO FIO – ENTRE A VIDA E A MORTE:
VIVÊNCIAS, CONCEPÇÕES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO
PSICOLÓGICO DE MÉDICOS ONCOLOGISTAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre em Psicologia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e
Ciências Humanas.

Orientadora: Prof. Dra. Carmen Leontina Ojeda
Ocampo Moré

FLORIANÓPOLIS

2008

*Aos meus pais: a minha mãe, minha melhor
mestre na escola da vida, e ao meu pai, modelo
de profissional da saúde, quem me ensinou
sobre a arte do cuidar e olhar o outro.*

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais, oncologistas clínicos, que somente não têm seus nomes mencionados neste trabalho, por questão de ética, mas que merecem todo meu agradecimento; principalmente por compartilharem suas práticas, vivências e histórias pessoais, possibilitando-me olhar a realidade com os “óculos” que eles a olham.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Carmen L. O. Ocampo Moré pela acolhida e, especialmente, por ter aberto espaço ao meu aprendizado, aceitando as diferenças de idéias e opiniões. Sou grata pela sua pessoa tão doce e afetuosa.

À minha família pelas ausências e, acima de tudo, por ser o motivo de boas risadas e momentos de descontração, tão necessários durante esta caminhada.

A minha mãe, que apesar da minha ausência, suportou a distância, para que juntas pudéssemos crescer.

Ao meu irmão Felipe, pelo apoio, companheirismo e reflexões de vida, tão importantes e necessárias para o nosso crescimento, enquanto irmãos e acima de tudo, enquanto gente.

Ao meu pai por me incentivar desde pequeninha a escrever e a acreditar.

À Jackie, grande colega e amiga, que sempre esteve ao meu lado, nos tombos e nas conquistas, muito obrigada.

Ao Cleiton pelo incentivo e por apostar nesta conquista.

À Vivi por me ensinar que a vida é leve e flexível, e a Babi por todos os momentos.

À minha “irmã” Lelê, pessoa abençoada que Deus colocou na minha vida, presente em todos os momentos, minha estratégia de enfrentamento, amiga de todas as horas e, principalmente, por me ensinar sobre a complexidade e os valores da vida. Você é muito especial, obrigada.

Aos colegas: a Iza pelas trocas durante essa caminhada e também pela afinidade, a Nai pela amizade, leitura atenta e muitas dicas, a Bia pelo auxílio, e ao João pelo coleguismo, amizade e torcida sempre.

À Lucilda Cerqueira Lima, pela disponibilidade, acolhida e por abrir portas bem importantes, possibilitando meu aprendizado.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria Aparecida Crepaldi, pelos ensinamentos enquanto docente e também pelas trocas de idéias e incentivo desde a minha entrada no campo da pesquisa.

À Janete Bromer, pelo excelente trabalho desenvolvido na secretaria de Pós-Graduação em Psicologia, sempre solícita e disponível a auxiliar aos alunos.

Aqueles que auxiliaram na correção daquilo que eu não via mais: ao Rogério por olhar com os olhos de fora da área psi, à Andrea por dividir comigo todo o seu conhecimento de português, à Eve pelo olhar aguçado, e à Renata, por todas as sugestões.

Aos alunos de graduação em Psicologia que me possibilitaram aprender como docente e também por dividirem suas experiências comigo.

Aos professores, Dr. Luiz Antonio Nogueira-Martins e Dr^ª. Jadete Rodrigues Gonçalves por aceitarem o convite para participar da banca.

A todas as pessoas do centro oncológico pesquisado, que de alguma forma possibilitaram e auxiliaram a concretizar esta pesquisa.

À Capes, pelo apoio financeiro que possibilitou a dedicação necessária para a realização e conclusão deste trabalho.

Em especial a Deus, e ao universo que conspirou para que tudo isso acontecesse, desde a vinda para Florianópolis, a oportunidade de conviver com todas as pessoas que me cercam e com as quais eu pude aprender muito. Muito obrigada!

*“As palavras aí estão, uma por uma: porém
minha alma sabe mais”. Cecília Meireles*

SUMÁRIO

RESUMO.....	ii
ABSTRACT.....	iii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivo Geral.....	5
2.2 Objetivos específicos.....	5
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	6
3.1 Delineamento epistemológico da pesquisa.....	6
3.2 A profissão médica – Um panorama atual.....	7
3.3 A oncologia enquanto especialidade.....	11
3.4 O médico e a sua profissão.....	15
3.4.1 A escolha pela medicina e a construção da identidade do médico.....	15
3.4.2 Aspectos presentes no cotidiano médico.....	19
3.4.3 Especificidades da oncologia.....	22
3.5 O estresse em profissionais da oncologia.....	25
3.6 Estratégias de enfrentamento psicológico (<i>coping</i>).....	29
3.7 Estratégias de enfrentamento psicológico: pesquisas no contexto médico	32
4. MÉTODO.....	37
4.1 Caracterização da Pesquisa.....	37
4.2 Caracterização do local.....	37
4.3 Participantes.....	38
4.4 Coleta de dados.....	39
4.5 Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	39
4.5.1 Técnica da observação participante.....	40
4.5.2 Entrevista Semi-estruturada.....	41
4.6 Procedimentos de coleta de dados.....	43
4.7 Análise dos dados.....	45
5. RESULTADOS.....	47
5.1 Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise das entrevistas.....	47

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	50
1. EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS ACERCA DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL.....	51
1.1 Escolha pela medicina.....	51
1.2 Escolha pela oncologia.....	54
1.3 Sentimentos associados ao contexto.....	59
2. A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL SOB A ÓTICA DA HISTÓRIA DE VIDA.....	67
2.1 Ressonâncias do Ciclo Vital individual e/ou familiar x vivências profissionais.....	67
3. CONCEPÇÕES SOBRE SER E FAZER ONCOLOGIA.....	74
3.1 Aspectos facilitadores da prática.....	74
3.2 Aspectos dificultadores da prática.....	82
3.3 Considerações sobre a profissão, formação médica e preparo para a prática da oncologia clínica.....	92
4. CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO.....	106
4.1 A oncologia no sistema público.....	106
4.2 Prioridades do sistema de saúde.....	109
5. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO.....	115
5.1 Focalizada no problema.....	116
5.2 Focalizada na emoção.....	122
5.3 Religiosidade/Espiritualidade.....	128
5.4 Suporte social.....	132
5.5 Estratégia combinada.....	138
5.6 Auto-avaliação de estratégias utilizadas.....	141
6. METÁFORAS SOBRE A ONCOLOGIA E O ONCOLOGISTA CLÍNICO.....	143
6.1 Relacionadas ao ser oncologista.....	143
6.2 Relacionadas ao sistema de saúde.....	145
6.3 Relacionadas ao contexto.....	146
6.4 Relacionadas à perspectiva pessoal.....	147
7. RESSONÂNCIAS E AVALIAÇÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DA PESQUISA.....	149

7.1 Considerações sobre a observação participante e a entrevista.....	149
7.2 Considerações sobre a psicologia no contexto da oncologia.....	153
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	156
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	164
9. ANEXOS.....	173
Anexo 1. Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada.....	174
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/Consentimento Pós- Informação.....	176
10. APÊNDICE.....	177
Apêndice 1. Definição das categorias, subcategorias e elementos de análise das entrevistas.....	178

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro referente às categorias, subcategorias e elementos de análise.....	48
---	----

CANO, Débora Staub. **O profissional que está no fio – entre a vida e a morte: Vivências, Concepções e Estratégias de Enfrentamento Psicológico de médicos oncologistas**. Florianópolis, 2008. 180 p. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof. Dra. Carmen L. O. Ocampo Moré

Defesa: 14/03/08

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo caracterizar as vivências, concepções e estratégias de enfrentamento psicológico de médicos oncologistas clínicos. O estudo de natureza exploratório-descritivo se desenvolveu sob a perspectiva da metodologia qualitativa e realizou-se em um centro de atendimento e pesquisa em oncologia, serviço de atenção terciária, referência no sul do país. Os participantes foram 12 médicos oncologistas clínicos e a coleta de dados foi realizada através de observação participante com registro em diário de campo e entrevista semi-estruturada. Os resultados da análise foram sistematizados em sete categorias, as quais representam as regularidades e aspectos diferenciais presentes nos dados, e que tentaram abarcar a dinâmica e complexidade da prática profissional dos participantes. Constatou-se que a escolha pela medicina e oncologia foi perpassada por questões pessoais, influenciadas pela família; por profissionais de referência na área e por noções idealizadas. Observou-se a forte presença de sentimentos ambivalentes, diante do paciente, do contexto institucional, e do sistema de saúde pública. Percebeu-se que o uso das estratégias de enfrentamento psicológico despontou como tentativa, mais individual, do que coletiva, para melhor lidar com este universo. Entre estas, encontraram-se a utilização de estratégias: a) focalizadas no problema, relacionadas ao manejo, tentativa de resolução e reavaliação da situação; b) focalizadas na emoção, tais como o uso de medicação/álcool, recurso de evitação da emoção, atividades de lazer e práticas de auto-cuidado; c) estratégias voltadas à espiritualidade, muito mais do que a adoção de uma prática religiosa e, d) de suporte social, caracterizando-se mais por um suporte voltado as questões pragmático-profissionais, do que pessoais. Constatou-se que a prática do oncologista clínico, muitas vezes, coloca o profissional diante de constantes situações de imprevisibilidade, dor, morte e sofrimento humano. Isto deixou em evidência as lacunas da formação médica que ao enfatizar os aspectos orgânicos e físicos da doença, relega a segundo plano, tanto os aspectos individuais e intersubjetivos presentes na prática, como as ressonâncias desta na vida pessoal/familiar do médico e vice-versa. Assim, considera-se necessário um real investimento institucional e de políticas de saúde do trabalhador, no intuito de melhor acolher estes profissionais que, metaforicamente, no seu cotidiano, se encontram no fio que divide a vida e a morte.

Palavras-chave: Oncologia clínica, prática médica, saúde do trabalhador, estratégias de enfrentamento psicológico.

CANO, Débora Staub. **The professional between life and death: Living, Conceptions and Psychological coping strategies of oncologists.** Florianópolis, 2008. 180 p. Dissertation (Master in Psychology) – Program of Post-Graduation in Psychology. Federal University of Santa Catarina.

Person who orientates: Prof. Dra. Carmen L. O. Ocampo Moré

ABSTRACT

This work aimed to characterize living, conceptions and psychological coping strategies of clinical oncologists. It is a descriptive-exploratory study that has been analyzed under a qualitative method and developed in an oncology center, “third attention health service”, reference in south of Brazil. The participants were 12 clinical oncologists, and data was collected through participant observation with diary registration and semi-structured interview. The results were divided in seven categories, which represent regularities and differential aspects of data, trying to include the dynamics and complexity of professional practice. It was verified that both medicine and oncology chosen was influenced by personal issues, like family; a reference professional in the area and idealized notions. Strong ambivalent feelings were observed in the professionals when in front of the patient, in the institutional context and in relation to the public health system. Coping strategies were used more as an individual than a collective choice to deal with this universe. Among them, there are strategies: a) focused on the problem, related to handling, solution trial and situation reassessment; b) focused on emotion, as medication and alcohol use, emotion escape, leisure and self-care practices; c) linked to spirituality, more than religious practice adoption; and d) of social support, more related to pragmatic-professional than personal issues. It has been shown that the oncologist practice several times allocates the professional into unexpected, painful, deathful and human suffering situations. It enhances the faults in medical graduation for emphasizing organic and physics aspects of diseases and leaving the individual and intersubjective characteristics besides, as well as its influence in the physician personal and familiar live, and vice-versa. Thus, it is considered necessary a true institutional investment and an employee health policy in order to better welcome these professionals who, metaphorically, are daily in the line between life and death.

Keywords: Clinical oncology, physician practice, worker’s health, psychological coping strategies.

1. INTRODUÇÃO

A história da profissão médica remonta à época dos gregos, sendo o juramento Hipocrático um marco de referência que a acompanha, tendo sido construída à luz de diferentes momentos histórico-culturais, que influenciaram, de certa maneira, distintos modos de atuação do profissional, bem como a representação dessa profissão, pela sociedade.

A medicina, nesse percurso histórico, considerada como a ciência e a arte de curar (Maciel-Lima, 2004), desenvolveu-se com base no paradigma positivista, baseado na controlabilidade, objetividade e previsibilidade. A fragmentação disciplinar, fruto deste modelo, elevou o corpo e suas partes anatômicas ao centro das questões e atenção médica e se constituiu num dos parâmetros principais da formação médica, relegando nesse processo, as questões subjetivas do indivíduo e da alma, tão presentes no início dessa profissão (Grosseman & Patrício, 2004b).

Desse modo, ancorada no modelo de ciência positivista, a medicina sustentou um processo de dicotomização entre mente e corpo, entre saúde e doença. Essa formação implicou uma valoração do “bom” e do “mal”, daquilo que é almejado e daquilo que não é preterido, ou seja, de um lado a saúde e a vida, de outro a doença e a morte. Assim, se por um lado, essa separação possibilitou aprimorar conhecimentos sobre o ser humano e as doenças que o acometem, por outro, trouxe uma carga extra ao profissional da medicina, outorgando-lhe uma posição de grande responsabilidade, de vir a responder contra o “mal”, entendido como a doença e a morte.

Por sua vez, visualiza-se, nessa trajetória, que a estruturação dos cursos de formação médica, sustentada ainda por um conjunto de aspectos sociais, políticos e econômicos, favoreceu uma “posição” privilegiada desse profissional que acompanha a profissão médica nos seus diferentes períodos. Associa-se a isto a presença de um modelo de saúde assistencialista, que contribui para uma relação médico/paciente¹ assimétrica, no sentido de ser o médico aquele que determina os caminhos tanto da saúde como da doença, sendo o paciente figura passiva nessa díade.

Assim, observa-se, no cotidiano da prática médica, a tendência dos pacientes de investirem no profissional com propriedades poderosas e onipotentes, delegando a estes

¹ O termo paciente utilizado no decorrer deste trabalho se mantém, haja vista que o mesmo é mais usual em contextos de saúde, entretanto cabe salientar que a opção por este não justifica-se na idéia implícita, de que o paciente seja alguém que deva ter paciência, ou deva estar a mercê do profissional.

a responsabilidade por eles e o seu cuidado (M. C. F. Nogueira-Martins, 2001). Percebe-se que não responder a este papel coloca o profissional em uma situação de quebra de ideal, desestruturando inclusive a imagem que tinha de si próprio.

Conforme preconizado por Balint (1984), existe a necessidade de estudar o médico, uma vez que o remédio mais utilizado e administrado na medicina é o próprio médico, que deve ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade. Afinal, vê-se que em função dessas expectativas, de corresponder a este lugar e dominar o “mal” (lê-se doença e morte) o médico acaba sobrecarregado em sua ocupação, estando mais predisposto a cobranças e exigências que se configuram em encargos excessivos, tanto no nível físico como no emocional, o que leva implícito, também, estresse e problemas de saúde.

Essas exigências, que envolvem desde o contato freqüente com situações de doença, sofrimento e morte, bem como lidar com incertezas e angústias, fruto da fragilidade humana, acrescido da necessidade de responder à mobilização emocional que isto acarreta (M. C. F. Nogueira-Martins, 2001, 2003, Pitta, 2003, Campos, 2005) colocam o profissional da medicina diante de situações que lhe exigem estratégias e manejos psicológicos a fim de conviver e lidar com sua prática cotidiana.

Neste trabalho, toma-se a especialidade da oncologia como objeto de análise, uma vez que esta lida com dilemas de vida e morte, os quais resultam na convergência de aspectos comportamentais e emocionais, que vão desde a expectativa de cura, sentimentos que são transferenciados² ao profissional, até situações de frustração frente a tratamentos sem “sucesso” ou a pacientes que não aderem ao tratamento.

Conforme Kovács (1992), a diferença entre os profissionais de saúde e as pessoas em geral é que, para os primeiros, a morte faz parte do cotidiano, podendo tornar-se companheira do trabalho diário. Neste sentido, a morte, muitas vezes, faz-se inerente à atividade clínica de médicos oncologistas, e conforme relatado, pelos profissionais que participaram da presente pesquisa, o preenchimento de atestados de óbito é prática corriqueira.

Diante desta realidade, M. M. Carvalho (2002) ressalta que os profissionais da saúde que são responsáveis pelos tratamentos oncológicos, sendo por natureza tratamentos invasivos, mutiladores e agressivos, lidam com grande sofrimento. Nem sempre estes têm a recuperação ou cura como conseqüência, de modo que os

² O termo alude ao conceito psicanalítico “Transferência” que designa transferir/ projetar expectativas, sentimentos, valores, desejos, medos em outra pessoa, no caso específico no médico (Laplanche, 1992).

trabalhadores da oncologia apresentam alto nível de estresse e necessitam de apoio psicológico, em função da peculiaridade de suas atividades.

Aliado a isso, observa-se que, de maneira geral, os médicos não estão sendo preparados para lidar com esta realidade, pois sua formação, baseada no modelo biomédico, vem negligenciando os aspectos que envolvem a formação humana do profissional e os “conteúdos” emocionais de suas práticas (Sá, 2000, Quintana, Rodrigues, Goi & Bassi, 2004, Rossi & Batista, 2006). Assim, sedimentado pelos autores, salienta-se a necessidade de re-avaliar a formação médica, no sentido de subsidiar elementos que ancorem atividades de suporte e apoio ao profissional, para que possam lidar de maneira saudável com o cotidiano de suas práticas sem negar a dimensão de que são humanos, que também possuem limites e sentimentos, e que podem, acima de tudo, expressá-los.

Por outro lado, pesquisas indicam a baixa procura, dos médicos, pela especialidade da oncologia (Silva & Arregi, 2005), observando-se, ainda, o grande impacto em termos da saúde mental a que estes profissionais estão sujeitos (Penson, Dignan, Canellos, Picard & Lynch, 2000; Kash, K. M. et al., 2000; Graham, 2000; Grunfeld, et al., 2000; Allegra, Hall e Yothers, 2005; Shanafelt, Chung, White e Lyckholm, 2006; Tucunduva, et al., 2006; Glasberg et al., 2007). Neste sentido, conforme demonstrado, o médico oncologista encontra-se entre um grupo de risco, estando bastante suscetível à Síndrome de Esgotamento Profissional, que se caracteriza por estresse crônico decorrente de suas atividades laborais. Evidencia-se maior incidência desta nos médicos oncologistas clínicos, por serem estes os profissionais responsáveis pelo contato direto e acompanhamento do paciente. Isso passa a acarretar sintomas físicos, problemas emocionais e comportamentais que apresentam influência direta na vida profissional e pessoal (L. A. Nogueira-Martins e M. A. N. Ramalho, 2007).

Graham (2000) aponta para o desenvolvimento de atividades e pesquisas que sustentem a busca pela qualidade de vida do profissional da oncologia, enfocando a necessidade de programas de atenção à saúde profissional, bem como à de explorar e conhecer os recursos de que o médico dispõe para lidar com aquilo que é sua realidade cotidiana.

Pesquisas envolvendo médicos e suas estratégias de enfrentamento psicológico têm sido desenvolvidas em diversos países (Congrains, 1998; Escribà-Agüir & Bernabé-Munôz, 2002; Blandin & Araujo, 2005; Zonta, Robles & Grosseman, 2006; Bentata,

Quintana, Venegas, Gutiérrez & Bentata, 2007). Estas evidenciam a necessidade e a relevância do assunto, haja vista as demandas do trabalho médico, o impacto e as vicissitudes deste meio na saúde do profissional.

Desse modo, considerando que cada especialidade médica se faz distinta uma da outra, em termos de prática e exigências, compartilha-se, com L. A. Nogueira-Martins (2003), a necessidade de pesquisas que desvendem estas especificidades, a fim de que se possa detectar precocemente os grupos de risco. Assim, esta pesquisa tem como proposição conhecer as vivências, ou seja, as experiências e sentimentos que são vivenciados na prática clínica; as concepções, referidas neste como o entendimento que os médicos têm sobre sua prática profissional e idéias a ela relacionadas, bem como as estratégias de enfrentamento psicológico de médicos oncologistas clínicos. Os resultados aqui apresentados se constituem em importantes bases, para refletir sobre a práxis médica, sob a perspectiva da prevenção, e também para subsidiar a efetivação da atenção e cuidado a este profissional.

Para isso, tendo em conta o fenômeno e as peculiaridades do estudo, a perspectiva de análise do mesmo ancora-se na visão epistemológica da teoria da complexidade, pois a mesma permite contextualizar os fenômenos estudando-os a partir de suas interconexões (Morin, 1996). Assim, conhecer aspectos sobre a formação e as vivências destes profissionais auxilia na compreensão dos elementos dinâmicos que compõem esta realidade e que não podem ser descartados nesta análise. Neste espaço de práticas formula-se a seguinte pergunta de pesquisa: *“Quais são as vivências, concepções e estratégias de enfrentamento psicológico utilizadas por médicos oncologistas em sua prática cotidiana?”*.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar as vivências, concepções e estratégias de enfrentamento psicológico de médicos oncologistas na sua prática profissional.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os sentimentos presentes no contexto de trabalho e nas práticas de médicos oncologistas;
- Identificar as concepções e idéias que os médicos oncologistas atribuem a sua prática profissional;
- Identificar aspectos no cotidiano que facilitam e/ou dificultam a prática profissional do oncologista;
- Caracterizar as estratégias de enfrentamento psicológico, utilizadas pelos médicos oncologistas no cotidiano de suas ações;

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Delineamento epistemológico da pesquisa

Para conhecer o campo das práticas profissionais de médicos oncologistas é necessário delinear os aspectos epistemológicos que ancoram este projeto de pesquisa. Assim, para estudar a amplitude do contexto e das relações que se estabelecem no cotidiano de suas ações, há que se considerar a totalidade deste universo e evidenciar a matriz a partir da qual se construirá o conhecimento.

Desse modo, a teoria da complexidade favorece uma visão integradora, no sentido que possibilita agrupar diversos olhares que compõem a totalidade do fenômeno estudado. O termo complexidade deriva do latim *complexus*, que significa “tecido em conjunto”, e, se tomarmos como referência o léxico, uma das suas primeiras definições remete que “complexo” designa “abranger muitos elementos ou partes”. Assim, de acordo com Morin (1996), o termo complexo refere-se a todo evento que não pode ser explicado apenas por fórmulas simples e/ou leis de causa e efeito.

Em decorrência desse pressuposto epistemológico, princípios considerados fundamentais para a ciência tradicional/positivista passam a ser revistos. Afinal, o que se pensava como conhecimento objetivo e absoluto passa a ser concebido como decorrente de uma cultura e contexto social específico (Najmanovich, 2002). Desse modo, a ciência contemporânea caminha no sentido de integrar os achados da ciência tradicional, contemplando fenômenos que eram deixados de fora, lançando sobre estes um novo olhar (Vasconcellos, 1995). Assim, considera-se que todos os eventos estão inter-relacionados e cada parte conserva sua singularidade e sua individualidade, ao mesmo tempo em que contém o todo (Morin, 1996).

Uma das conseqüências de trabalhar a partir da complexidade é que a construção do saber se focaliza nas relações entre as disciplinas, e não na sua compartimentação. O fenômeno estudado é visualizado a partir de suas relações, sem que para isso o cientista tenha de isolá-lo ou mesmo separá-lo de sua realidade (Vasconcellos, 2002). Isto implica repensar o sujeito que conhece, ou seja, contrariar a visão positivista na qual o mundo é des-subjetivado e a crença de que o observador é uma pessoa neutra e objetiva.

A construção do saber científico, sob a ótica da complexidade, é relacional e construir-se-á através da relação entre o objeto de estudo e a subjetividade do pesquisador, daquilo que será pesquisado, ou seja, constrói-se intersubjetivamente,

intercambiando saberes (Vasconcellos, 1995). Essa idéia altera a compreensão sobre o sujeito, a postura do pesquisador e também o modo de produzir conhecimento. Este último não é apenas um produto separado de seu meio, mas sim o resultado da interação global do homem com o mundo a que pertence. O observador, na atualidade, é considerado participante e criador deste conhecimento (Najmanovich, 2002).

A premissa da ciência clássica de reduzir a totalidade à soma de suas partes é inviabilizada, pois o todo não pode ser reduzido às partes, nem mesmo ser compreendido isoladamente (Santos, 2005). Desse modo, tudo aquilo que se passa no contexto, na totalidade dos eventos, interfere e tem relação direta com o indivíduo. Em se tratando de seres humanos, não há regras de funcionamento que expliquem os fenômenos sociais a partir de leis universais. Na psicologia, prever situações e eventos é uma tarefa difícil, pois se entende que a mente e os processos mentais, conectados com seu meio ambiente, acrescido de reações biológicas, geram uma série de variáveis instáveis, sendo praticamente impossíveis de medir por qualquer previsão determinista (Ramirez, 2004).

Para conhecer as estratégias de enfrentamento psicológico dos médicos oncologistas, quais suas experiências, sentimentos e idéias, há que se considerar o contexto em que estão inseridos, o que favorece a compreensão multidimensional dos fenômenos. Assim, tendo em vista as proposições trazidas por Ramirez (2004), não há como ignorar que a realidade dos médicos oncologistas encontra-se conectada a diversos aspectos, que interagem e influenciam este fazer profissional. Dessa maneira, para contextualizar e visualizar as variáveis presentes no seu cotidiano, introduz-se no próximo capítulo alguns aspectos principais da formação médica, por considerar que é a partir dessas bases que se estrutura a profissão, na qual estão implícitos também muitos dos valores, posturas e olhares que vão constituindo o profissional

3.2 A profissão médica – Um panorama atual

A formação da maioria dos profissionais de saúde desde o início do século XX tem sido orientada pela visão do modelo biomédico, de cunho positivista, calcado na fragmentação das disciplinas, na previsibilidade, na objetividade e na controlabilidade. Dentro desse modelo, a medicina desenvolveu-se voltada ao tratamento das doenças, muitas vezes relegando a um segundo plano as questões éticas e subjetivas, buscando o conhecimento científico a qualquer preço e custo (Sá, 2000).

Maciel-Lima (2004) utiliza-se da divisão histórica proposta por Lakatos e Brutscher (2000) e propõe que a medicina se divida em dois períodos históricos. No primeiro período, pré-capitalista, as práticas são ligadas a “saberes esotéricos” e seus procedimentos ainda são de natureza desconhecida pela população em geral, o que propicia poder e status a quem os possui. Por outro lado, há o segundo momento, o período capitalista, em que a medicina se associa à esfera produtiva, sendo responsável pela adaptação e conservação da força de trabalho, perdendo sua conotação religiosa/mística.

No início de suas atividades, percebe-se que a figura do médico, está ligada à idéia de um curador dotado de poderes que além de salvar almas, cura o corpo (Grosseman & Patrício, 2004b). Desde então, a medicina é uma profissão que provoca muitas idealizações, tais como: o altruísmo, a mentalidade de pesquisador e a idéia de que o profissional possui poder sobre a vida e morte - qualidades comumente associadas a esse papel (Ramos-Cerqueira & Lima, 2002).

Os autores Millan, De Marco, Rossi e Arruda (1999) dão destaque a adoção do modelo flexeriano, proposto nos Estados Unidos e que enfatiza a separação entre o ensino básico (teórico) e a parte prática (clínica), o uso de aulas expositivas (com ênfase na informação, ao invés da formação), bem como a especialização precoce do aluno. Esse modelo conduziu a um padrão de ensino em que o estudo das doenças ganha maior relevância do que a assistência aos enfermos.

Assim, Grosseman e Patrício (2004b) salientam que, a partir do desenvolvimento das tecnologias médico-industriais, somada aos interesses do capitalismo, a medicina acabou perdendo a visão do ser humano como um todo. E, ao assumir uma visão fragmentada do ser humano, sendo influenciada pela divisão social do trabalho, começa cada vez mais a dividir-se em especialidades. Millan et al. (1999) complementam que a fragmentação do ser humano, imposta pelo modelo reducionista cartesiano, levou à fragmentação da medicina, em torno de 65 especialidades, aproximadamente, criando um *puzzle*³ que ninguém é capaz de juntar.

A formação dos profissionais de saúde, enquanto centrada e fundamentada no modelo biomédico, que considera a doença como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma, analisando o corpo como uma máquina, encontra-se impossibilitada de considerar a dimensão humana do sofrimento como parte integrante de suas práticas

³ A palavra *puzzle*, em inglês significa quebra-cabeça, o termo encontra-se entre aspas, pois é de autoria de Millan et al. (1999).

(Caprara & Franco, 1999). Isto, além de influenciar o modo como são vistos os pacientes, tem relação direta com a formação, pois a dimensão humana, inclusive dos profissionais que estão aprendendo, é, na maioria das vezes, deixada de lado.

Nesse sentido, Ramos-Cerqueira e Lima (2002) salientam que na formação médica não há espaços para dúvidas, nem mesmo para a expressão de sentimentos ou emoções. O futuro médico, para não ser acusado de frágil ou sensível demais, é instigado a esconder tais aspectos, sob o receio de não ser considerado capaz.

Ao centrarem-se no corpo e nas suas partes anatomopatológicas, as escolas médicas enfatizaram o conhecimento orgânico-tecnicista. A formação “conduziu a um saber no qual as diversas disciplinas científicas eliminaram o homem enquanto problema determinante e fundamental, ponto de partida e de chegada do conhecimento” (Sá, 2000, p. 47). A este respeito, Millan et al. (1999) ressaltam que um dos problemas mais sérios da medicina está associado à crescente tendência à desumanização, em que a anamnese e os exames físicos são, muitas vezes, dispensados. Há a realização de uma dissociação mente-corpo, e os aspectos emocionais e psicológicos do paciente são ignorados, como se não existissem ou não estivessem presentes na gênese, evolução e manifestação da enfermidade.

A adesão a este modelo de atuação, calcado na objetividade científica e na fragmentação disciplinar, traz à tona a discussão sobre a relação médico-paciente. Nesse sentido, diversos temas têm sido abordados: a assimetria na relação médico-paciente, os fatores envolvidos nessa e os modos de humanização (Fernandes, 1993; Caprara & Franco, 2004; Caprara & Rodrigues, 2004), além de, aspectos e atributos necessários, presentes na comunicação e na relação médico-paciente (Morinaga, Konno, Aisawa, Viera & Martins, 2002; Oliveira, Oliveira, Gomes & Gasperin, 2004; Rossi & Batista, 2006). Esses trabalhos ressaltam que o desafio atual da medicina está em humanizar essa relação, reconhecendo a alteridade do paciente, sua possibilidade de autonomia e acima de tudo, a capacidade do profissional se desenvolver e sensibilizar-se para a escuta da totalidade do ser humano.

Outra implicação da divisão disciplinar, além da fragmentação do ser humano, como se o mesmo fosse dividido em partes, encontra-se na dissolução da responsabilidade médica. Ou seja, se, inicialmente, o médico é a única referência do paciente, respondendo frente ao doente, com essa divisão, isso acaba se dissolvendo, acarretando o que se denomina de “Conluio do Anonimato”. Cada profissional responsabiliza-se apenas pela parte que cabe a sua especialidade, haja vista que o

paciente passa de médico em médico, fato que corrobora para que se perca a compreensão da totalidade humana (Balint, 1984).

Caprara e Rodrigues (2004) apresentam alguns paradoxos que acompanham a recente história da medicina, que são trazidos por Le Fanu (2000) em sua obra. Ressalta-se, assim, que seria de se esperar que os sucessos da medicina fossem acompanhados por um aumento da satisfação dos médicos em exercê-la. Entretanto, percebe-se o crescente número de profissionais insatisfeitos e desiludidos. Outro paradoxo seria que os benefícios derivados dessas práticas e adventos tecnológicos da medicina deveriam reduzir os medos e ansiedades das pessoas. Porém, observa-se uma crescente preocupação atrelada aos estilos de vida, em busca da saúde perfeita. Por fim, o último paradoxo, estaria associado ao fato de que os sucessos da medicina moderna deveriam vir acompanhados pelo desaparecimento de outras formas de medicina. Mas o que se presencia é que, apesar dos sucessos, os custos com a saúde continuam aumentando, e há uma explosão no crescimento de práticas alternativas e medicinas não-convencionais.

Nessa mesma ótica, Rosselot (2006) ressalta que, ao considerar o aperfeiçoamento da medicina, em termos tecnológicos, observa-se uma discrepância, que não corresponde a estas melhorias. A satisfação das pessoas e a qualidade de vida dessas não refletem esse progresso, que talvez seja fruto de muitas das frustrações do profissional. O autor aponta, ainda, que seria paradójico pensar que muitos dos valores e competências exigidas dos profissionais da saúde não foram ensinados e nem estavam contemplados no momento de aprendizagem.

Diante desses paradoxos, percebe-se certa “falência” no modelo biomédico, sendo que as críticas à formação médica têm sido objeto de estudos e crescente discussão na literatura, demonstrando a necessidade de visitar e refletir sobre a formação médica (Caprara & Franco, 1999, Sá, 2000, Maciel-Lima, 2004, Caprara & Rodrigues, 2004, Quintana et al., 2004, Rossi & Batista, 2006).

Conforme Sá (2000), existe uma necessidade em se fazer uma escuta apurada do que acontece com as pessoas nas suas práticas, buscando uma aproximação emocional e afetiva acerca das vivências do ensino da prática médica e, acima de tudo, sobre aquilo que estas têm de perturbador. Será fundamental desvelar essas falas reprimidas e o silêncio institucional, que escondem distorções, preconceitos, e ocultam uma formação

“antipedagógica⁴”, para que se possa construir um processo educacional técnico-ético-humanístico e socialmente comprometido.

O conjunto de aspectos históricos, culturais e de formação apresentados acima constituem parte da história da formação médica. Esse processo de construção da medicina perpassa a prática e a vivência dos profissionais, imprimindo modos de ser e agir cotidianamente. Muito embora cada profissional seja único e tenha sua especialidade própria, há de se considerar que estes valores e práticas foram constituindo a formação médica no decorrer dos anos. Dessa maneira, considera-se que esses fatos favorecem uma aproximação à realidade de trabalho dos médicos oncologistas. Assim, na seqüência, serão apresentados alguns dados sobre a especialidade da oncologia.

3.3 A oncologia enquanto especialidade

A origem da palavra “câncer” nasce com Hipócrates, “pai da medicina”, que viveu entre 460 e 370 a.C. e usou os termos “carcinomas” e “carcinoma” para descrever certos tipos de tumores, que, em grego, querem dizer “caranguejo”. O termo faz referência ao aspecto do tumor, uma vez que as projeções e os vasos sanguíneos ao seu redor lembram as patas do crustáceo. Alguns séculos depois, entre 130 e 200 d.C. Galeno passa a ser referência no tratamento de câncer, e, nesta época, determina que o câncer é uma doença incurável e que, após diagnosticada, pouco havia para se fazer (Hands⁵, 2002)

De acordo com os dados desta revista (Hands, 2002), a partir do século XVIII, John Hunter, um cirurgião escocês, começa a mudar o tabu desta doença, quando o mesmo sugere que alguns cânceres podem ser curados por cirurgia. Neste mesmo século, um médico italiano aponta para o fato de que os hormônios podem ter influência sobre a doença. Já na Inglaterra existem registros de um médico alertando para os perigos do tabaco, e outro que percebe a grande incidência de câncer na bolsa escrotal de limpadores de chaminé. Entretanto, somente no século XIX, com a descoberta da

⁴ O termo antipedagógico, entre aspas, é empregado pelo autor (Sá, 2000), ao problematizar o modelo, de educação médica, centrado no saber fragmentado/reducionista e focalizado no corpo anatomopatológico.

⁵ A Revista Hands atualmente (desde Abril de 2005) foi sucedida pela ABCâncer, publicação bimestral da Associação Brasileira do Câncer. A mesma, tem uma tiragem média de 28 mil exemplares por edição, distribuída gratuitamente em todo Brasil, sendo a única revista em linguagem leiga sobre câncer no país. Disponível em: <http://www.abcancer.org.br/revista>

célula, é que a oncologia moderna, com o médico alemão Matthias Schleiden em 1867, sugere que o câncer seria resultado da divisão de células doentes. Já a partir da II Guerra Mundial, com o desenvolvimento da medicina nuclear, a radioterapia surge como um tratamento rotineiro para o câncer.

Ainda, durante a II Guerra (1940-45) através de estudo do sangue de soldados expostos a gás mostarda, verifica-se uma baixa dos leucócitos ou glóbulos brancos. Assim, o exército americano, na busca de um gás mais poderoso, desenvolve a mostarda nitrogenada, que veio a se revelar eficiente contra certos linfomas, o que leva mais tarde, ao desenvolvimento da quimioterapia. Nessa mesma década, o médico Sidney Faber testa os primeiros quimioterápicos em crianças com leucemia. Em função disso, em 1956 acontece a primeira cura de um câncer metastático com a ajuda da quimioterapia. A partir de 1960, intensificam-se estudos que levam à teoria dos oncogenes, ou seja, à tese de que o ser humano possui genes normais responsáveis por controlar o crescimento e a divisão celular (os protooncogenes), os quais por algum motivo, podem sofrer alterações, mutações, que os fazem mudar de lugar, sendo ativados e/ou desativados, alterando assim sua função. E esta mutação implicará a base do câncer, que se caracteriza por uma reprodução anormal das células (Hands, 2002).

Atualmente, cada vez mais, a oncologia passa a se desenvolver como uma especialidade separada, que congrega estudos na área da genética, da biologia molecular e da medicina. Conforme Silva e Arregi (2005), no século XIX, instauram-se nos Estados Unidos as residências médicas um sistema de instrução que utiliza a rede hospitalar como espaço de treinamento, unindo a prática com a modalidade de um curso de pós-graduação, com o intuito de formarem especialistas.

No Brasil, as primeiras experiências em residências médicas, são registradas na década de 1940, nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Especificamente na área da oncologia, também referida como cancerologia, a primeira modalidade de residência surge em 1946, no Rio de Janeiro, no Instituto Nacional do Câncer (INCA). Entretanto, apenas em 1954 o INCA passa a dividir a residência em seções especializadas, para atuarem em distintas áreas da cancerologia (Silva & Arregi, 2005).

Contudo, é somente no ano de 1977, através do Decreto nº 80.281, que se institui, no Brasil, a Residência Médica, a qual passa a ser normatizada enquanto modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a formar especialistas e funcionando em instituições de saúde sob a orientação de profissionais já qualificados e experientes.

Apesar disso, no referido decreto, os programas a serem desenvolvidos não compreendem especificamente, a área da oncologia.

O reconhecimento das especialidades, em sua grande maioria, incluindo a cancerologia, foi oficialmente declarado através da Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM Nº 1.763/05, publicada em Março de 2005. Em 2002, porém, é criado o Relatório de Comissão Mista de Especialidades, e dá-se vazão à Resolução do Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM N.1º, de 14 de maio de 2002) que regulamenta a duração e os pré-requisitos para realização das residências médicas.

Desse modo, fica determinado que a especialidade da cancerologia deveria ter a duração de dois anos, tendo como pré-requisito dois anos de especialização/residência em clínica médica. O programa deve contemplar o mínimo de 35% da carga horária anual em unidade de internação, o mínimo de 35% em ambulatório e 10% em atividades de urgência e emergência. A residência deve compreender ainda estágios obrigatórios em Radioterapia, Patologia e Cirurgia de Câncer, sendo considerados estágios opcionais a Cancerologia Pediátrica, a prevenção e outros que ficam a critério da instituição.

Uma das tendências presentes em outros países que está em discussão e ascensão no Brasil refere-se à criação de unidades específicas de cuidados paliativos, dentro dos serviços oncológicos, de forma a que se considere esta, uma subespecialidade da oncologia clínica. Conforme Melo e Figueiredo (2006), o termo *palliare* do latim, designa “proteger, amparar, abrigar, cobrir”. Assim, o foco principal é o cuidar, e não apenas o curar. Nesse sentido, em 1990, a Organização Mundial da Saúde conceitua cuidados paliativos, como os cuidados ativos e totais voltados ao paciente, quando a sua doença não responde mais a tratamentos curativos. O controle da dor e de outros sintomas (psicológicos, sociais e espirituais) passa a ser prioridade, pois alcançar uma melhor qualidade de vida é o objetivo principal.

A formação de um profissional da área da oncologia ou cancerologia dura em torno de dez anos, uma vez que a graduação tem o mínimo de seis anos, aos quais se soma especialização clínica e oncológica. Trata-se, pois, um período bastante amplo até que o profissional possa se tornar um especialista na área.

Atualmente, de acordo com dados de pesquisa realizada por Silva e Arregi (2005), existem no Brasil 38 programas de residência médica em oncologia, sendo que estes estão distribuídos da seguinte maneira; 22 na região Sudeste, 10 na região Sul, 3 na Centro-Oeste e outros 3 na região Norte-Nordeste. Com base em dados da citada

pesquisa, evidencia-se que a distribuição desses programas é bastante desequilibrada, sendo que a maioria se concentra nas regiões Sul e Sudeste.

Outro dado relevante diz respeito ao desequilíbrio percebido entre as vagas ofertadas e as realmente ocupadas. Para ilustrar, tem-se, por exemplo, na região Nordeste, um percentual de vagas desocupadas de 88,5%, fato que também ocorre no Distrito Federal, em que o número de vagas livres chega a 50%. Os autores Silva e Arregi (2005) cogitam que isso pode ter origem numa falta de interesse pela área, até mesmo porque muitos cursos de graduação ainda não oferecem disciplinas específicas na área, tendo em vista que o assunto é tangenciado por outras disciplinas.

Os dados da pesquisa de Silva e Arregi (2005) apontam, ainda, em concordância com os resultados encontrados por Caneiro e Gouveia (2004), que, em 1995, os médicos residentes em cancerologia representavam 1% do total de residentes no país, e que em 2002, numa pesquisa patrocinada pelo Conselho Federal de Medicina, apenas 1% dos médicos declarou a cancerologia como especialidade principal, sendo que, dentre os portadores de certificados de Residência Médica, 0,7% apontou a especialidade.

Desse modo, evidencia-se a necessidade e qualificação de recursos humanos na área. É preciso considerar que, em decorrência dos avanços tecnológicos produzidos pela medicina, aliados ao movimento higienista⁶ e à medicalização⁷, há uma tendência que aponta para a redução dos problemas decorrentes de enfermidades infecto-contagiosas, além do aumento da expectativa de vida e a redução da mortalidade. Por outro lado, encontra-se uma tendência ao crescimento das doenças crônicas degenerativas, como o câncer⁸ por exemplo. Este fenômeno é denominado por Singer, Campos e Oliveira (1978) de “Revolução Vital”.

Assim, tomando os dados da pesquisa de Silva e Arregi (2005), as incidências de crescimento do câncer, conforme demonstrado anteriormente em estimativas, e as idéias da Revolução Vital (Singer et al., 1978), evidencia-se a necessidade de debruçar-se

⁶ “Movimento Higienista” refere-se ao controle exercido pelo Estado, através do poder médico, que a partir da segunda metade do século passado, passou a impor normas de comportamento e higiene, tendo em vista a defesa da saúde da população (Singer et al., 1978).

⁷ O termo medicalização alude ao desenvolvimento das chamadas tecnologias médicas (aparelhagem de tratamento e diagnóstico, bem como o incremento da indústria médica e farmacêutica), que auxiliaram no controle das enfermidades e problemas de saúde (Singer et al., 1978).

⁸ Para situar as proporções do problema do câncer e refletir sobre a necessidade de qualificação de recursos humanos na área faz-se relevante trazer as “Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil” (INCA, 2008), que juntamente com o Ministério da Saúde, estimam que em todo Brasil, no ano de 2008 e 2009, ocorrerão 466.730 casos novos de câncer, sendo que em 2008, são esperados, 231.860 casos novos para o sexo masculino e 234.870 para sexo feminino.

sobre a especialidade da oncologia, buscando conhecer suas especificidades. Nesse sentido, busca-se aproximar dos objetivos desta pesquisa, sobre as estratégias de enfrentamento psicológico, as vivências e concepções de médicos oncologistas. O próximo eixo teórico que constitui o próximo capítulo aprofunda a caracterização do universo profissional do médico no desempenho de seu trabalho.

3.4 O médico e a sua profissão

O ensino médico que não reflete sobre o ser humano que há no médico participa de modo altamente prejudicial das deformações adaptativas do futuro profissional.
(L. A. Nogueira-Martins, 2003, pg 66)

A medicina, enquanto profissão calcada nos ditames da objetividade, da ciência positivista, enfatiza, já na sua formação, a separação disciplinar, que, como consequência, resulta em um olhar fragmentado do corpo humano. Assim, já na sua formação, encontram-se algumas questões que perpassam os profissionais e que merecem ser destacadas. Os fatores implicados na escolha pela profissão, as tarefas inerentes ao cotidiano médico, bem como aquelas específicas da prática oncológica devem ser consideradas para que se tenha uma melhor compreensão dos aspectos que têm influência tanto na vida pessoal como na profissional do oncologista clínico.

3.4.1 A escolha pela medicina e a construção da identidade do médico

O exercício da prática médica exige diversas habilidades (Hoirisch, 2006), porém se observa que o processo seletivo, para entrar em um curso de medicina, enfatiza características cognitivas em detrimento das habilidades do indivíduo para ser médico. Portanto, este critério de seleção não considera se estas pessoas possuem aptidão pessoal e capacidade social para o trato com os pacientes e a lida com as situações que a prática impõe (Millan, Azevedo, Rossi, De Marco, Millan & Arruda, 2005; Soria, Guerra, Gimenez & Escanero, 2006).

Millan et al. (1999) ressaltam que, muitas vezes, compreender o motivo que leva uma pessoa a escolher viver tão próxima da morte (sendo que, por outro lado, é isso o que mais teme ela própria) é bastante instigante. Os autores apontam que a angústia e a impotência frente à morte são dignas de nota quando se fala em escolha profissional pela medicina. Afinal, esta encontra-se associada à incapacidade de tolerar limites, fato

que corrobora para a aquisição de uma postura onipotente de negação frente à condição humana.

A vocação médica pode ser analisada, do vértice psicológico, tanto pelas motivações conscientes, como pelas inconscientes. Algumas das razões mais citadas para a escolha da profissão encontram-se relacionadas à idéia de salvar vidas, ajudar, tratar, ser útil ao próximo. Entretanto, inconscientemente, as razões mobilizadas são a necessidade de reparação, a negação da dependência e a busca por onipotência, além das defesas contra a própria doença, o sofrimento e a morte. Assim, a escolha, muitas vezes, está ligada a experiências passadas, tais como doença na família e perda de entes queridos, que foram vivenciadas como de difícil resolução ou reparação (Meleiro, 2005; Mello Filho, 2006).

Em pesquisa realizada com alunos do quarto e quinto anos de medicina, em quatro escolas médicas mexicanas, relatada por Fajardo-Dolci, Laguna- García, León-Castañeda e Gutiérrez (1995), constatou-se que metade dos alunos tinha algum familiar atuando no campo da saúde destes, 83% eram médicos. Isto corrobora a idéia de Lucchiari (1993), quando a mesma salienta que a escolha pela profissão é perpassada pelo contexto que a pessoa vive.

Um estudo descritivo realizado na Espanha, com os alunos de medicina da Universidade de Zaragoza (Soria et al., 2006), buscou identificar as razões pelas quais os estudantes haviam optado pela medicina, e constatou que 68% deles, definiu em primeiro lugar, as razões denominadas altruístas, ou seja: pelo desejo de ajudar aos outros e o de ser útil ao próximo. As razões consideradas intelectuais, que se referem aos desafios da profissão e ao fato de ser esta uma área científica e estimulante, que lhes exige intelectualmente, foram apontadas por 25% da amostragem. Em terceiro e quarto lugares foram apontados motivos pessoais (pressão familiar, contato com doença, familiares médicos), e instrumentais tais como prestígio, status, nível socioeconômico e boas perspectivas profissionais.

As diferenças entre os gêneros foi também considerada em pesquisa realizada por Millan et al. (2005), sendo que as razões apontadas para a escolha pela medicina apresentam similaridade entre os homens e as mulheres. Porém, quando pesquisados alguns fatores de personalidade, as mulheres tendem a apresentar maior sensibilidade e menos características imaginativas, bem como demonstram mais maturidade emocional do que os homens. Estes têm maior tendência à competição e características ligadas à ambição, se comparados com o grupo de mulheres.

Hoirisch (2006) avalia que a decisão de ser médico deve ser analisada através de uma focalização multidimensional, pois várias são as dimensões questionadas sobre a razão para esta escolha. Entre as mais focalizadas, encontra-se a afinidade com as ciências biológicas, o amor ao próximo, o desejo de praticar o bem para com os semelhantes e o de contribuir para o bem-estar da humanidade. Entretanto, o autor destaca que há quem afirme que um dos pontos mais decisivos é a busca do poder e justifica esse ponto fazendo referência aos documentos médicos (atestados, certidões, laudos ou pareceres) que podem deflagrar interdição judicial, anulação de casamento, bem como atestar frente à justiça, constituindo formas de poder outorgadas ao médico.

Em um estudo qualitativo realizado com médicos, que objetivava resgatar as dimensões sobre a construção cotidiana de “ser médico”, Grosseman e Patrício (2004a) verificaram que, muitas vezes, a formação acadêmica vivenciada por estes profissionais acaba limitando parte da expressão de seus desejos. Assim, conforme esses autores, o desejo de curar, salvar ou cuidar dos seres humanos é muitas vezes limitado pela ênfase da formação centrada no diagnóstico e no tratamento de doenças, o que pode precipitar a reflexão sobre os ideais da escolha profissional.

Nesse sentido, Fajardo-Dolci et al. (1995) constataram, que, em um grupo de 1.044 estudantes de medicina, um quarto dos alunos, manifestou arrependimento por ter optado pelo curso. Entre os motivos apontados, referem principalmente, a decepção frente a tanto sacrifício e ao futuro incerto oferecido pela profissão. Entretanto, desse grupo, apenas 21% manifestou o desejo de seguir outra carreira. Sob este aspecto, Azevedo, Tollendal, Nogueira, Bartels, Paula e Beraldo (2005) ressaltam que o aluno, ao ingressar na faculdade de medicina, incitado pelas crenças de caráter onipotente, acredita que todas as suas expectativas serão alcançadas. Não obstante, como estas não se concretizam da maneira idealizada, surge o desejo pela desistência e pelo abandono do curso.

Desse modo, conforme exposto, o jovem médico passa, na maioria das vezes, a incorporar os ditames e o modelo a ele “imposto”, cristalizando comportamentos que lhe são passados e, que, nas palavras de Meleiro (2005), podem ser entendidos tanto no sentido de assumir um comportamento frio, científico e de neutralidade, quanto uma postura brincalhona e jovial. Esses comportamentos acabam sendo generalizados para todas as situações e, independente do paciente que está a sua frente, a postura passa a ser sempre a mesma.

O médico, então, geralmente comporta-se como se conhecesse tudo o que se passa com o seu paciente, incluindo o que eles podem esperar até o que devem suportar. Essa postura caracteriza o que Balint (1984) denomina de “Função Apostólica”. Em outras palavras, é como se o médico tivesse de converter seus pacientes à sua própria fé, normas e credos. Assim, a sua postura acaba generalizando-se para todos os pacientes, e estes, por sua vez, devem aderir ao que é imposto, comportando-se como se fossem apóstolos, diante do profissional.

Assim, pode-se fazer uma analogia ao modelo de formação positivista, pensando que, do mesmo modo que os cursos da saúde aderiram ao modelo biomédico, acabaram também por reproduzir o saber de modo mecanicista. Como se formar médicos fosse equiparado a uma linha de montagem, em que as pessoas entram e saem modeladas no padrão científico e “frio”, citado anteriormente (Meleiro, 2005).

A formação ao enfatizar os aspectos físicos, não permite encarar o tratamento como algo além das enfermidades físicas e reais (Balint, 1984). Nesse aspecto, são bem antigas e fundamentadas as críticas feitas à medicina organicista. Mesmo assim, ainda hoje, constata-se uma grande resistência em romper com essa prática e buscar um modelo mais comprometido com o ser humano (Sá, 2000).

A identidade assumida pelo médico passa, muitas vezes, a ocultar preocupações, ansiosos, incertezas e hesitações, como se a formação acabasse por dicotomizar também ao médico, rechaçando aspectos de sua personalidade e humanidade. Meleiro (2005), utilizando as palavras de Hoirisch (1976), diz que a armadura profissional caracterizada pela roupa branca, jaleco, e estetoscópio no pescoço passa a representar símbolos de defesa contra a doença, o sofrimento e a morte, ao mesmo tempo em que oculta a pessoa do médico e seus aspectos “humanos de ser”.

Sobre esta postura, Quintana et al. (2004), em pesquisa desenvolvida com professores médicos, de um curso de medicina do sul do país, buscavam identificar quais são habilidades que, segundo os professores, devem ser desenvolvidas pelos futuros médicos durante sua formação. Os autores constataram que os professores esperam que o aluno desenvolva o que denominaram de “calosidade emocional”. Ou seja, a idéia presente é de que o estudante aprenda a reprimir sentimentos e emoções, criando uma couraça que o fortaleça frente a situações geradoras de emoção, na tentativa de tornarem-se imunes a esse tipo de afeto.

Os professores da medicina entrevistados nesse mesmo estudo referiam que, para aprender a controlar as suas emoções, o aluno não deve refletir sobre seus

sentimentos, mas sim reprimi-los. E que a repressão dos sentimentos deve começar entre eles, de modo que esse controle inicie por não deixar transparecer as emoções geradas pelo confronto com a morte e o sofrimento entre colegas e professores. O método adotado para que os alunos desenvolvam essa “couraça emocional” é a dessensibilização, que consiste em submetê-los repetidas vezes a situações de morte, sofrimento e dor. Diante disso, considera-se que houve aprendizagem quando se evidencia a ausência de manifestações emocionais e a habilidade em contê-las (Quintana et al., 2004).

Esse aspecto, de que a exposição às situações estressantes eliminaria a carga emocional a qual os estudantes estão expostos, pode ser também percebido na frase de um médico oncologista, quando relata o desfecho de um caso grave: Afirma que o sentimento de tristeza, de abatimento, é rapidamente compensado pela entrada do próximo paciente (Paulo, 2004). Nesta afirmação, encontra-se presente a idéia de que a exposição a mais um paciente eliminaria o abalo anterior, idéia presente na aprendizagem por dessensibilização.

O reconhecimento da emoção gerada muitas vezes ocorre através do que se denomina “sintoma vago”, o qual pode ser caracterizado por bradicardia, sudorese, palidez, hipotensão. Entretanto, todos estes sintomas são interpretados como relacionados ora à carência alimentar naquele momento, ora à debilidade decorrente de alguma doença; ambas justificativas vinculadas à condição física. A ocasião e o contexto em que os sintomas ocorrem são desconsiderados, por exemplo: aulas de anatomia frente ao cadáver, intervenções cirúrgicas. Assim, desconsidera-se a carga emocional que é suscitada diante dessas vivências (Quintana, et al.; 2004).

3.4.2 Aspectos presentes no cotidiano médico

A magnitude do estresse⁹ da formação médica, especialmente durante o período de residência médica, é descrito por Nogueira-Martins e Jorge (1998). Esses autores salientam que a residência exige que o profissional aprenda a lidar com sentimentos de vulnerabilidade, desamparo e impotência, fazendo um balanço sobre o desejo de cuidar e o de curar, aliado às cobranças em nível profissional. Desse modo, entende-se que os residentes estão submetidos a uma gama de situações estressantes na sua formação e

⁹ A palavra estresse deriva do latim *stringere*, que significa apertar, cerrar, comprimir (Houaiss, 2001). Nesta pesquisa, compartilha-se a conceituação de Stacciarini e Tróccoli (2001), de que o estresse é qualquer situação ou evento que gera sentimentos de tensão, ansiedade, ameaça ou medo.

que, se estas situações não forem trabalhadas, poderão produzir efeitos danosos, tanto para o residente, como para quem ele presta seu serviço.

Entre os fatores estressantes associados ao exercício profissional, referem-se que, inerentes à tarefa médica, estão presentes o contato íntimo e freqüente com a enfermidade, com a dor e com o sofrimento, incluindo o lidar intimamente com o corporal e o emocional, o atendimento a pacientes terminais, pacientes difíceis, que não aderem ao tratamento, queixosos, rebeldes, cronicamente deprimidos. Ademais, devem ser citadas as situações de incerteza e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial, que muitas vezes se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares que buscam certezas e garantias (L. A. Nogueira – Martins, 2002).

Neste sentido, conforme apontam Krebs, Garrett e Konrad (2006), existem demandas que são responsáveis por maiores níveis de frustração profissional. Em pesquisa realizada com médicos, consta que esses profissionais referem maior frustração diante de pacientes mais jovens, com sintomas de depressão, estresse e ansiedade, bem como aqueles com problemas de ordem psicossocial e abuso de substâncias. A frustração profissional relaciona-se, ainda, com uma carga horária extensa de trabalho, médicos que trabalham mais parecem apresentar menor tolerância, o que eleva os níveis de frustração.

L. A. Nogueira-Martins (2004) refere pesquisa realizada por Machado (1997) sobre o perfil sociológico dos médicos no Brasil, e aponta que 80% destes considera a atividade médica desgastante. Entre os motivos atribuídos a isso, encontram-se fatores, tais como excesso de trabalho, múltiplos empregos, baixa remuneração, más condições de trabalho, nível alto de responsabilidade profissional, dificuldade na relação com os pacientes, cobrança da população e perda de autonomia. Além disso, o médico estaria entre as classes profissionais que menos valoriza e considera esses fatores de risco.

Já em pesquisa realizada com médicos na posição de pacientes, Meleiro (2005) constatou que os médicos são “mestres” em ignorar e negar os avisos que dão aos próprios pacientes. Esses profissionais, quando doentes, ignoram a própria dor, desconforto ou exaustão, optando por se automedicarem, realizando eles mesmos seus diagnósticos. O mito e a crença de que os médicos são imunes à doença está por toda parte. E, quando este admite que está doente, indo procurar outro profissional, tem dificuldade de revelar o fato de que ele mesmo vinha sendo seu médico. Sente-se, muitas vezes, envergonhado, como se tivesse falhado, e ainda culpado por ter de deixar suas tarefas para outro profissional sem “aviso prévio”.

Sobre o impacto da prática da medicina na saúde mental dos médicos, Meleiro (1998) coloca que os sentimentos de culpa e de fracasso, bem como de onipotência frente a situações em que não há o que fazer, situações que são limitadas pela própria realidade, acabam favorecendo quadros depressivos e maior incidência de suicídio nesta população. O risco de suicídio entre médicos, em todo mundo, é superior ao da população geral, e, dependendo da especialidade, este risco pode aumentar.

Deste modo, deve-se destacar o caráter altamente ansiogênico do exercício profissional do médico. Como regra geral, apesar de pequenas variações, intrínsecas à tarefa médica, está a exposição, ao que L. A. Nogueira-Martins (2003) denominou de “radiações psicológicas”, ou seja, conteúdos emocionais que são emanados do contato íntimo com o adoecer. Associados a estes conteúdos, ainda são descritos fatores como: muito ou pouco envolvimento, a dificuldade em pedir ajuda, a falta de tempo para realização de outras atividades/necessidades, o não-compartilhamento de sentimentos, e culpa ou insatisfação por achar que não realizou o que deveria ser feito. E também fatores como a vontade de mudar de emprego, receio de mudança, não descansar suficientemente, estar com sérios problemas no trabalho e na vida privada ao mesmo tempo.

Tais aspectos, presentes no cotidiano médico, acarretam interferências na vida pessoal, uma vez que alguns dos fatores de estresse apresentados parecem estar relacionados a eventos da vida privada. Goldner (1985) apud McGoldrick (1995) salienta a interpenetração da vida privada (pessoal e familiar) com a esfera do trabalho. Desse modo, essas duas esferas se intercambiam, estabelecendo comunicação e interferências uma na outra.

A este respeito, Carter e McGoldrick (1995) referem a importância de conhecer o Ciclo Vital Familiar e Individual¹⁰ do sujeito, para que seja possível conhecer as fases desenvolvimentais pelas quais as pessoas passam e as interferências decorrentes ou não de determinada etapa. Desta maneira, o trabalho pode configurar-se em um dos elementos de influência sobre o ciclo vital. Um dos eventos, que pode ou não fazer parte do ciclo vital familiar, é o divórcio, que, entre os profissionais da medicina, parece ter sido evidenciado, com estatísticas e incidências maiores, quando comparados com a população geral, desde a década de 70 (Rose & Rosow, 1972, Hall, 1988).

¹⁰ Ciclo Vital Familiar designa os fenômenos que sucedem, em determinado ritmo o processo de desenvolvimento familiar, etapas, como a Formação do Casal, a Família com filhos pequenos, em Estágio tardio da vida, etc. Ciclo Vital Individual refere aos processos de desenvolvimento individual, infância, adolescência, fase adulta, etc (Carter e McGoldrick, 1995).

Warde, Moonesinghe, Allen e Gelberg (1999) apontam que a satisfação marital encontra-se relacionada a baixos níveis de estresse e à realização profissional do médico, sendo o inverso também verdadeiro. As pesquisas indicam que o número de casamentos entre médicos aumentou, devido ao crescimento do número de mulheres nas escolas médicas (Woodward, 2005). Entretanto, as mulheres médicas apresentam propensão maior do que os homens de vivenciar instabilidade emocional no casamento (Rose & Rosow, 1972).

Woodward (2005) aponta, ainda, que, quando ambos os cônjuges são médicos, no geral estes são obrigados a reduzir a carga de trabalho para dar conta dos filhos e das funções domésticas; ao passo que, se apenas um dos cônjuges for da área médica, o outro acabará reduzindo a sua carga horária para organizar a vida pessoal e privada.

A importância das relações familiares é salientada por Jiménez (2005), ao ressaltar que os médicos que mantêm vínculos e relações interpessoais satisfatórias apresentam maior tolerância ao estresse. A esse respeito, Woodward (2005) aponta a necessidade de mais investigações sobre a influência e relação entre trabalho e família do profissional da medicina. Além dessas constatações sobre a importância da relação entre o trabalho e a família, cabe considerar algumas especificidades associadas ao desempenho da atividade profissional do médico oncologista, cujas considerações são apresentadas no próximo tópico.

3.4.3 Especificidades da oncologia

Ao considerar algumas especificidades da oncologia, há que se levar em conta que as fantasias e os estigmas relacionados ao câncer permeiam não apenas as pessoas de um modo universal, mas também os profissionais. Deste modo, mesmo diante da possibilidade de cura, em alguns casos, ou de tornar-se uma doença crônica, o diagnóstico de câncer traz medos de deteriorização, sofrimento, dor e morte, que assolam inclusive os médicos (V. Carvalho, 2006).

Nesse sentido, Shanafelt (2005) salienta que o trabalho de médicos oncologistas e as exigências feitas a estes, desde a residência, compreendem viver e enfrentar situações de privação do sono, muitas horas dentro do hospital e pressões da própria especialidade, que exigem domínio do conhecimento. Também devem lidar com o sofrimento e a morte dos pacientes. Aliada a estas exigências, encontra-se a incapacidade de controlar seus compromissos e afazeres.

Em pesquisa realizada por M. A. N. Ramalho e M. C. F. Nogueira-Martins (2007), que tinha como objetivo conhecer a realidade psico-ocupacional dos profissionais da clínica de oncologia pediátrica, ficou demonstrado que as dificuldades de organização do trabalho, bem como aquelas inerentes da doença e seu tratamento, são identificadas como fonte de estresse.

Sobre os principais fatores estressantes relacionados ao profissional da oncologia, L. A. Nogueira-Martins e M. A. N. Ramalho (2007) utilizam-se dos dados da Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica. O primeiro item apontado relaciona-se à natureza do trabalho, ou seja, a lidar com doença grave cotidianamente, lidar com o contexto emocional dos pacientes e familiares, conviver com a morte de 30% dos pacientes e, ainda, conviver em uma cultura na qual não é permitido reclamar, tendo que estar sempre “bem” para atender as pessoas, e envolvido nas suas solicitações e demandas. O segundo item refere-se aos problemas inerentes da equipe de saúde e de sua organização, quanto ao trabalho propriamente dito, sendo que são elencados: o tempo insuficiente para atender às demandas assistenciais, os problemas de comunicação, a equipe reduzida, a ausência de solução por parte da administração, a desintegração da equipe, a baixa moral e a competição.

No que se refere aos problemas institucionais e da organização, Gonçalves (2007) salienta que uma das dificuldades vivenciadas em contextos de saúde, como hospitais, refere-se aos problemas decorrentes do sistema de saúde, que acabam, muitas vezes, por limitar as ações dos profissionais, interferindo, assim, na satisfação destes e na assistência prestada.

V. Carvalho (2006) também aponta a interferência do sistema de saúde no trabalho do profissional, pois, na oncologia, o não-acesso pode representar a diferença entre a vida e a morte. Relata, ainda, que um dos elementos subjetivos presentes nesta especialidade refere-se a uma desvalorização, enquanto área de atuação, visto que a medicina se estruturou como uma ciência voltada para a cura. Portanto, as especialidades ditas “curativas”, estariam em uma posição hierárquica superior do que àquelas mais relacionadas ao ato de cuidar.

Sobre a natureza do trabalho, no que se refere à constante exposição a pacientes terminais e à morte, Kovács (1992) ressalta que trabalhar com o sofrimento ocasionado pela perda do paciente remete, muitas vezes, a trabalhar a própria negação do profissional diante da morte, uma vez que isso desperta neles vivências que ferem seu narcisismo e sua onipotência, colocando-os diante do incompleto, de algo não

terminado. A este respeito, M. A. N. Ramalho e M. C. F. Nogueira-Martins (2007) apontam que o despreparo dos profissionais da oncologia para lidar com a morte chega a tal ponto que os mesmos chegam a se sentir culpados pela dor e pelo sofrimento natural da condição humana.

Trindade, Azambuja, Andrade e Garrafa (2007), em pesquisa realizada com médicos oncologistas, procurando avaliar a postura destes frente à informação do diagnóstico e prognóstico de câncer avançado, identificaram que mais de 90% destes informam o diagnóstico. Entretanto, mais da metade, diante dos casos em que a doença é fatal, comunicam somente a família. E, na medida em que os recursos terapêuticos se esgotam, estes parecem assumir uma atitude paternalista frente ao paciente.

Assim, percebe-se que a morte é vivida como embaraçosa, bastando nomeá-la para provocar tensão emocional e medo. O hospital e os serviços de saúde passaram a ser espaços circunscritos da doença e da morte (Pitta, 2003), transformando, de certo modo, os profissionais em combatentes da morte, como se ela não fosse um processo natural. De acordo com Falcão e Lino (2004), a morte passa a ser vista como a representação do fracasso dos profissionais e da instituição.

Sobre essa prerrogativa de serem os responsáveis pela vida e a morte, L. A. Nogueira – Martins e M. A. N. Ramalho (2007), citando uma pesquisa realizada com profissionais de uma unidade oncológica pediátrica em Israel por Kushnir et al. (1997), salientam que a prevalência de metáforas militares (lutando, batalhas, vítimas, lutas em diferentes frentes) encorajam critérios de sucesso e fracasso para o profissional.

De acordo com Esslinger (2004), esses profissionais da saúde que se colocam como inimigos e combatentes da morte demonstram a emergência em deflagrar os sentimentos que emergem destas práticas, tais como: sensação de fracasso, impotência, raiva, fragilidade e frustração. E salienta a necessidade de conhecer estas realidades, para que se possa contribuir com dados efetivos em ações de promoção a saúde. Nesse sentido, Quintana et al. (2004) referem que pouco se tem trabalhado sobre a formação do médico e como este é preparado para lidar com situações estressantes que são inerentes a sua prática. Evidencia-se a fragilidade no que tange a uma melhor integração do papel profissional e dos aspectos pessoais e relacionais da pessoa do médico, tão necessários para o desempenho de sua profissão.

Balint (1984) propôs a realização de grupos com médicos clínicos e especialistas, no sentido de aprimorar a formação médica, constituindo este um espaço de discussão de casos clínicos, mas que enfocava tanto as reações emocionais do

paciente, como as do médico, e a relação entre ambos. Tratava-se, pois, de uma atividade de suporte emocional a estes profissionais que diariamente estão envolvidos em situações de dor e sofrimento.

Conforme Pitta (2003), o constante contato com pessoas adoecidas ou lesadas fisicamente impõe um fluxo de tarefas que podem ser agradáveis ou não, algumas vezes repulsivas e aterrorizantes. Essas são tarefas que requerem uma adaptação prévia, ou seja, ajustes e adequações de estratégias defensivas para alcançar um grau mínimo de satisfação no desempenho de suas tarefas. Do mesmo modo, e considerando que a prática do oncologista exige tais adequações e ajustes, os tópicos seguintes irão apresentar alguns dados de pesquisas já realizadas com profissionais da área médica, especialmente da oncologia.

3.5 O estresse em profissionais da oncologia

Quando se trabalha com câncer, trabalha-se sempre com a vida e a morte, mesmo que seja curável. Você está permanentemente em contato com os seus limites, sejam científicos, sejam emocionais (Paulo, 2004, p.85).

O cotidiano de práticas dos profissionais de saúde envolve o contato íntimo e freqüente com situações de risco de vida, como doença, dor, sofrimento, desamparo do paciente e da família e contato freqüente com a morte. O profissional vê-se compelido a suportar um conjunto de angústias, conflitos e obstáculos, frente a cada ato e a cada pessoa; estando mais próximo de situações de fragilidade, vulnerabilidade, medo, desespero, depressão, e também agressividade. Pois muitas vezes apesar de seus esforços e intentos, a resposta que recebe é a incompreensão de familiares que esperavam do profissional uma atitude de salvador, de um quase deus. Assim, do ponto de vista psicológico, a prática médica inclui demandas que extrapolam muitas vezes a capacidade humana de fazê-las (Campos, 2005).

Em pesquisa realizada com médicos oncologistas pediátricos Valle, Capparelli e Amaral (2004), buscando compreender as vivências destes e o cuidar de crianças com câncer, constataram que a situação de comunicar o diagnóstico é identificada como um evento estressante, sendo que os profissionais relatam a necessidade de se preparar de antemão, para falar e abordar os pais destas crianças. Essa dificuldade é apontada tendo

em vista os elementos que suscitam do diagnóstico, como a doença, o sofrimento, o tratamento e a morte.

Tucunduva et al. (2006), utilizando-se das palavras de Ramirez (1995), afirmam que a prática de médicos oncologistas insere-se numa especialidade particularmente estressante. Dentre as razões para se considerar isso, estão a maior exposição à morte e, ao conflito entre o objetivo de sua prática - a cura, para a qual os médicos são treinados, e o resultado que estes obtêm, sendo que muitas vezes a possibilidade real é apenas de prestar cuidados paliativos. Assim, conforme pesquisas e publicações na área (Penson et al., 2000; Kash et al., 2000; Grunfeld, et al., 2000; Allegra, et al., 2005; Shanafelt et al., 2006; Tucunduva, et al., 2006) evidencia-se a alta prevalência da Síndrome de *Burnout*¹¹ entre profissionais da oncologia.

A Síndrome compreende três dimensões, Exaustão Emocional, Despersonalização e Redução da Realização Profissional. A primeira diz respeito ao esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo; a segunda é caracterizada pela insensibilidade do profissional perante seus clientes e colegas, tratando-os de maneira muito impessoal, e a última pela insatisfação com a profissão (Maslach, 1986).

Sobre a sintomatologia expressa na atividade ocupacional do médico, L. A. Nogueira-Martins e M. A. N. Ramalho (2007) referem-se a comportamentos como realização de consultas rápidas, evitando o contato com pacientes, incluindo contato visual e, ainda, o uso de rótulos depreciativos, como alguns dos exemplos observados na prática. Contudo, torna-se importante salientar que os prejuízos acarretados pela Síndrome envolvem não apenas a esfera do trabalho, mas interferem na vida pessoal, afetiva, conjugal, familiar e no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa.

Penson, et al. (2000) referem que, em um estudo de modalidade survey (Whippen & Canellos, 1991), enviaram 1000 questionários para médicos oncologistas, sendo que, destes, 60% eram oncologistas clínicos e o restante radioterapeutas e cirurgiões. Após duas semanas, 660 profissionais já haviam retornado, indicando de certo modo, o quanto esse assunto tocava uma parte delicada, mobilizando os profissionais. Assim, do total de respondentes, 56% relataram estarem “*burning-out*”.

¹¹ Burn-out ou Burnout é um termo importado da física e, no jargão popular inglês, significa algo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia. Bevenides-Pereira (2002), metaforicamente, explica que o termo designa “aquilo ou aquele que chegou ao seu limite, e que, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho, nem físico, nem mental”. No início dos estudos sobre Burnout, na década de 80, Guimarães & Cardoso (2004) referem que se observavam, nos profissionais de saúde, estratégias que misturavam compaixão com distanciamento emocional. Como se certa desumanização fosse utilizada em defesa própria, na tentativa de protegerem-se frente às situações estressoras, respondendo ao paciente de forma mais despersonalizada.

Os autores ainda perguntaram sobre a natureza, a origem de estarem vivenciando esta Síndrome, e mais da metade dos entrevistados relataram uma sensação de fracasso e frustração, sendo que 30% disse estar deprimido, 20% disse que perdeu o interesse pela prática e 18% admitiu estar totalmente desagrado. Desse total, 50% pensa que este problema é inerente a seu trabalho e 85% disse que isso afeta sua vida pessoal e social.

Conforme discutem Penson, et al. (2000), a incidência de Burnout é maior naqueles profissionais que se formaram na década de 80, sendo que os que se formaram mais tarde tendem a acreditar mais nos efeitos terapêuticos de suas intervenções, devido às novas descobertas e à evolução terapêutica na área, apresentando, deste modo, menor frustração profissional. Outra questão por eles levantada diz respeito ao tempo do atendimento prestado, sendo que maiores níveis de Burnout estão relacionados a um tempo de consulta mais rápido, portanto os profissionais que atendem em maior tempo apresentam menor incidência.

Em pesquisa realizada no Canadá (Grunfeld, et al., 2000) com profissionais da oncologia (médicos, enfermeiras, técnicos de farmacologia, atendentes, secretários assistentes sociais, recepcionistas, etc), também foram encontrados altos índices da prevalência da Síndrome. 50% da população médica teve altos índices de exaustão profissional, acompanhada de baixa realização profissional. O estudo ainda sugere que os médicos estão entre o grupo com maior prevalência, uma vez que a exaustão emocional é considerada o primeiro estágio da Síndrome de Burnout.

Allegra et al. (2005), em pesquisa realizada nos Estados Unidos com médicos oncologistas, encontraram dados parecidos: do total da amostra, 61,7% apresentou a Síndrome de Burnout. A pesquisa desenvolvida por Kash et al. (2000), além de identificar altos níveis da síndrome entre atendentes, enfermeiras e médicos oncologistas, indicou que os profissionais mais novos na área e as mulheres estão mais vulneráveis.

L. A. Nogueira-Martins e M. A. N. Ramalho (2007) apontam que os dados de Ramirez (1995), em pesquisa realizada com médicos oncologistas ingleses desvelam elementos importantes de análise. Assim, 39% relataram a alta prevalência de Exaustão Emocional, mas se comparando médicos ligados a área de cuidados paliativos e clínicos gerais, os últimos apresentam maior Exaustão Emocional e Despersonalização, e menor Realização Profissional, do que os médicos da área de cuidados paliativos. As principais fontes de estresse apontadas dizem respeito a sentir-se sobrecarregado, o que acarreta efeitos negativos na vida pessoal e familiar. Sendo que, além de lidar com

responsabilidades e conflitos organizacionais, eles ainda têm que lidar com o sofrimento dos pacientes, as responsabilidades inerentes ao uso de drogas tóxicas e o receio em cometer erros no tratamento.

No Brasil, Tucunduva et al. (2006), buscando avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout em médicos oncologistas, obtiveram, dos 645 membros da Sociedade Brasileira de Cancerologia, 136 respostas aos questionários enviados. A Síndrome foi observada em níveis moderados ou graves nas três dimensões, sendo que, correlacionando as respostas com os questionários enviados, um era de opinião e outro de assuntos gerais. Foram encontradas significâncias entre a prática de atividade física ou *hobby*, e menores índices de Exaustão Emocional. Ademais, o fato de se trabalhar apenas em instituições privadas apresentou correlação com maiores níveis de Despersonalização.

Pesquisa nacional, mais recente (Glasberg et al., 2007) indicou a prevalência da Síndrome entre os oncologistas clínicos. Os dados encontrados nesta ainda referem que 51% dos profissionais atendem até 15 pacientes por dia, enquanto 25% da amostragem afirmou atender de 16 a 20 pessoas e 24% recebia mais de vinte pacientes ao dia. Dessa maneira, ressaltam que a demanda da especialidade, das famílias, dos próprios pacientes e da prática de cuidados paliativos, acrescido da burocracia dos serviços, configuram o cotidiano que predispõe à Síndrome.

Diante do exposto, e visto o complexo meio de fatores estressantes inerentes à prática médica, L. A. Nogueira-Martins (2003) ressalta que, frente a isto, o indivíduo pode, conforme seus mecanismos e recursos defensivos, sejam estes inconscientes e/ou conscientes, vir a se adaptar de maneira adequada dentro das possibilidades existentes, ou, pelo contrário, estabelecer uma inadequada adaptação. A inadequação pode ser traduzida por características e comportamentos tais como: embotamento emocional, frieza no trato com os pacientes, e um progressivo afastamento emocional da vida familiar, decorrente de plantões, chamadas de urgência e freqüentes visitas hospitalares.

Essa inadequação pode ser evidenciada através do progressivo afastamento do profissional do mundo não-médico, como um modo de isolamento social. Soma-se a isso a forte expectativa de que o médico deve se colocar a disposição dos outros, estando o cuidado aos pacientes em primeiro lugar, reforçando esta simbiose entre o meio hospitalar, os clientes e a profissão. Dessa maneira, a ausência do médico junto a sua família ou em situações não-profissionais é socialmente justificada, como se isso não acarretasse prejuízo em outros aspectos de sua vida (L. A. Nogueira-Martins, 2003).

Além disso, são apontadas outras características, tais como: negação dos problemas inerentes à profissão, evitar refletir sobre as limitações do exercício profissional, assim se tornando cada vez mais arrogante e aparentemente insensível. Conforme o autor L. A. Nogueira-Martins (2003), também, alguns profissionais desenvolvem atitudes de ironia, utilizando o humor negro para enfrentar as vicissitudes do cotidiano, revelando descaso com a própria saúde. Às vezes, acabam transformando-se em médico dos amigos e de toda família, o que o coloca diante de uma situação um tanto quanto embaraçosa e difícil de se desvencilhar.

Diante do exposto, considerando as pesquisas sobre Burnout, e assinalando que na especialidade da oncologia o médico defronta-se cotidianamente com situações de dor, morte e terminalidade, ressalta-se a importância de conhecer as estratégias de enfrentamento psicológico de oncologistas. Primeiro, porque se evidencia um número significativo de pesquisas voltadas ao estresse do profissional e suas conseqüências; segundo porque, conforme Wolpin, Chabner, Lynch e Penson (2005), existem poucas pesquisas sobre a oncologia e os recursos de enfrentamento destes profissionais.

3.6 Estratégias de enfrentamento psicológico (*coping*)

Se não nos protegermos emocionalmente, se permitirmos que se desenvolvam no nosso universo afetivo outros sentimentos pelos pacientes, além dos que dizem respeito à dedicação profissional, nos veremos envolvidos pela dor, o que poderá afetar seriamente nossa clareza e objetividade na hora de tomar decisões (Paulo, 2004, p. 40).

O conjunto de estratégias e habilidades desenvolvidas que são utilizadas pelas pessoas frente ao manejo de situações consideradas adversas, por exemplo: o estresse, ou situações que exijam adaptação, é denominado Coping, termo que poderia ser compreendido no sentido figurativo como “enfrentar”, “seguir em frente”. Entretanto, como não se tem uma tradução apropriada para o português (uma vez que coping, se relaciona, tanto com aspectos psicológicos, como comportamentais) o uso do termo na língua original torna-se mais apropriado, ao invés de “enfrentamento psicológico”¹².

De acordo com Savoia (1999), considera-se coping todos os esforços realizados, tanto comportamentais como cognitivos, objetivando reduzir as qualidades aversivas

¹² A palavra enfrentamento psicológico será utilizada nesta pesquisa como um sinônimo ao termo original coping, uma vez que a literatura nacional se utiliza comumente do termo.

decorrentes do estresse. Caracteriza-se, pois, como uma resposta, na tentativa de controlar, ainda que de forma ilusória, segundo a autora, a situação ou fatores estressantes, buscando, de certa maneira, manter uma percepção de controle pessoal.

O estudo de coping pode ser historicamente dividido em três gerações de pesquisadores, que apresentam diferenças tanto a nível metodológico quanto teórico. Os primeiros estudos, no início do século XX, estavam vinculados à psicologia do ego, entendiam coping como mecanismos de defesa, de motivações inconscientes, concebido como algo estável. Já na segunda geração, a partir da década de 60, o conceito passou a ser entendido como um processo transacional entre a pessoa e o ambiente, enfatizando os comportamentos de coping e seus determinantes situacionais e cognitivos. Os pesquisadores expoentes desse período foram o grupo de Folkman e Lazarus (1984). A terceira geração, por sua vez, tem enfatizado os estudos que buscam desvendar as convergências entre coping e personalidade, buscando demonstrar a influência dos traços de personalidade nas estratégias de enfrentamento (Antoniazzi, Dell'aglio & Bandeira, 1998).

Na perspectiva de Lazarus e Folkman (1984), coping é definido como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizado pelos indivíduos em situações e demandas específicas (internas ou externas), que emanam de eventos causadores de estresse, sendo avaliadas como sobrecargas ou excessos dos recursos pessoais. O nível de estresse vivenciado não depende apenas das exigências da situação e nem somente do repertório de enfrentamento do indivíduo, mas também da relação entre as exigências e os recursos percebidos e avaliados pelo indivíduo. Seidl (2005) salienta que determinada situação ou evento não é, a priori, estressante, de modo que a avaliação (*appraisal*) do indivíduo sobre este evento ou situação é que vai dizer quanto ao seu caráter estressor.

Desse modo, o estresse seria resultado da percepção da pessoa e de sua avaliação diante dos recursos de que dispõe para responder a essas exigências. De fato, uma mesma situação pode ser percebida por uma pessoa como fonte de estresse, ao passo que para outro indivíduo não. Aquilo que ameaça a um pode ser visto como desafio para outro. Assim, Motta e Enumo (2004) salientam a necessidade de se conhecer a realidade e o que, de fato, a pessoa está enfrentando, pois quanto mais definida for a situação ou contexto a ser enfrentado, mais fácil será articular uma ação ou pensamento particular de enfrentamento, condizente com tal demanda.

O modelo proposto por Lazarus e Folkman (1984) envolve outros conceitos. Coping, para eles, seria o processo/interação entre o indivíduo e seu ambiente, tendo como função administrar a situação estressora, ao invés de dominá-la. Desse modo, a idéia de avaliação encontra-se envolvida, ou seja, relaciona-se a como a situação (ou evento) é percebida pelo indivíduo que a experiencia. Outro aspecto diz respeito aos esforços e à mobilização que o indivíduo empreende no sentido de minimizar e reduzir o desconforto/desestabilização ocasionado pela situação estressora, buscando uma tolerância às demandas que surgem de sua interação com o meio em que vive, ou, em outros termos, com suas estratégias de coping¹³.

Lazarus e Folkman (1984) classificam coping em duas categorias. A primeira seria conformada pelo coping focalizado na emoção, que se define pelos esforços emanados para regular o estado emocional e pelas emoções associadas ao evento estressante. São esforços dirigidos em nível mais somático de sentimentos, cuja finalidade é alterar o estado emocional, por exemplo: praticar uma atividade física, fumar um cigarro, tomar tranqüilizantes, escutar música e/ou assistir televisão. Já o coping focalizado no problema caracteriza-se por um esforço, no sentido de alterar a situação geradora de estresse, tentando modificá-la. Para isso, as estratégias podem ser dirigidas ao meio externo, tentando negociar ou gerenciar um conflito interpessoal, ou solicitando auxílio de outros para alterar alguma situação ou evento, além de elaborar estratégias dirigidas ao meio interno, que incluiriam uma re-significação do evento estressor, procurando minimizar seus efeitos.

Os autores, ademais enfatizam (Lazarus & Folkman, 1984) que, em situações passíveis de mudanças, a tendência é que seja utilizado o coping focalizado no problema, enquanto o focalizado na emoção é mais comumente utilizado em eventos que dificilmente poderiam ser modificados. Dessa maneira, “o coping focado na emoção pode facilitar o coping focado no problema por remover a tensão e, similarmente, o coping focado no problema pode diminuir a ameaça, reduzindo assim a tensão emocional” (Antoniuzzi, Dell'aglio & Bandeira, 1998, p. 285)

Além dessa divisão, alguns autores (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001) se utilizam de outras distinções, como a busca de suporte social (a procura de apoio, seja instrumental, emocional ou de informação) e a de religiosidade (que agrega à adesão de

¹³ A literatura (Antoniuzzi, Dell'aglio & Bandeira, 1998) sugere a distinção entre estilos de *coping* e estratégias da *coping*. Assim, o primeiro estaria mais relacionado a características de personalidade, enquanto que o segundo se referiria ao repertório de ações cognitivas e comportamentais utilizadas no curso de um episódio particular de estresse.

uma prática espiritual e/ou religiosa, situação esta em que a crença funciona como um modo de lidar com a situação ou o evento).

Antoniazzi, Dell'aglio e Bandeira (1998) referem que toda e qualquer atitude, tentativa e ação de administrar o evento/situação que causa ameaça ou é avaliada como fonte de estresse, é considerada uma estratégia de enfrentamento, independente de seus resultados serem positivos ou não. Dizem, também, que embora tenham sido desenvolvidos diversos estudos e pesquisas, dando origem a inventários e *checklists*, ainda não há um consenso ou um entendimento compreensivo da estrutura de coping.

Nesse sentido, Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) referem que, mesmo após trinta anos de pesquisas, ainda parece haver divergências quanto ao modo de identificar e avaliar o enfrentamento. Motta e Enumo (2004) salientam que, se as estratégias de enfrentamento psicológico dizem respeito aos comportamentos e pensamentos das pessoas ao lidarem com situações estressantes, então elas seriam passíveis de serem acessadas através do inquérito verbal.

3.7 Estratégias de enfrentamento psicológico: pesquisas no contexto médico

As pesquisas desenvolvidas sobre as estratégias de enfrentamento psicológico no contexto da medicina têm assumido significativa relevância, visto o grande impacto das demandas do trabalho médico no bem-estar e na saúde destes profissionais (Escribà-Agüir & Bernabé-Munôz, 2002). Outros autores (Bentata et al., 2007) também apontam a necessidade de programas de intervenção, para conhecer a realidade dos profissionais da saúde, e, assim, propor medidas que facilitem o enfrentamento das situações, como lidar com a dor e a morte.

Numa pesquisa realizada com residentes, em um hospital no Peru, que tinha como objetivo conhecer as estratégias psicológicas frente às demandas e aos fatores de estresse do exercício médico Congrains (1998) constatou que a atitude de aceitação e resignação frente à realidade foi uma das estratégias mais utilizadas, ao passo que a expressão dos sentimentos/emoções e a busca de apoio social por razões emocionais, foram as menos utilizadas. A pesquisa demonstra que as estratégias menos apontadas requerem relações interpessoais adequadas, mas que as mesmas estariam afetadas em função do estresse.

Outro estudo, com residentes, realizado na Venezuela, por Blandin e Araujo (2005) identificou que o apoio social e emocional está bastante presente, ao passo que, a

expressão de sentimentos e a busca de apoio na religiosidade, não. O estudo demonstra, ainda, que, entre as estratégias menos funcionais, encontra-se o uso daquelas voltadas ao apaziguamento das emoções.

Em estudo qualitativo, com estudantes de medicina, em uma universidade do Sul do Brasil, sobre a qualidade de vida destes, Zonta et al. (2006) evidenciaram algumas características entre os estudantes que desenvolveram alguma estratégia de enfrentamento psicológico, tais como: valorização dos relacionamentos interpessoais e de fatos do cotidiano; organização do tempo, procurando estabelecer maior equilíbrio entre o lazer e o estudo; cuidados pessoais, desde a saúde, a alimentação e o sono, a adesão a uma prática esportiva. A religiosidade foi apontada como um recurso pessoal, bem como, a procura por assistência psicológica, no intuito de trabalhar a própria personalidade.

Escribà-Agüir e Bernabé-Munôz (2002) realizaram um estudo qualitativo, com o uso de entrevistas semi-estruturadas, com 47 médicos especialistas, entre eles, oncologistas em um hospital de Valência, na Espanha. Os autores identificaram que entre as estratégias voltadas à emoção, os médicos apontam, em primeiro lugar, o uso de atividades distintas e desconexas do trabalho, como ócio e atividades esportivas. Na sequência, aparecem a busca de apoio social, especialmente da família e amigos. Em terceiro lugar, está o consumo de fármacos e tabaco. No que se refere às estratégias centralizadas no problema, em primeiro lugar aparece a aceitação de que a ciência médica não é exata, e, em seguida, a busca por apoio instrumental, seja conversando com colegas ou consultando alguma bibliografia específica.

Ainda se tratando de pesquisa qualitativa, com o uso de entrevista, Jiménez (2005), identificou, em pesquisa realizada no Chile, que os médicos utilizam-se mais de condutas passivas, resignação e esquivas, ao passo que, os profissionais mais novos, parecem demonstrar estratégias mais ativas, como estudar e propor ações no meio de trabalho. Mas, de uma forma geral, todos os profissionais apontam a importância de refletir sobre a prática profissional, em grupos de troca e diálogos entre colegas médicos.

Glasberg et al. (2007), em pesquisa citada anteriormente, apontam que 92,15% dos oncologistas clínicos indicam o recebimento de suporte por parte da família, 70,58% referem ter uma filiação religiosa, 65,34% praticam alguma atividade física ou de lazer, 88,23% afirmam que tiram férias regularmente e 88,25% afirmam que escolheriam a especialidade novamente. Esses dados podem ser utilizados como

possíveis recursos para prevenir a Síndrome de Burnout. Entretanto, apesar de os médicos reportarem os fatores indicados, a presença da síndrome foi evidenciada.

Ainda no contexto da oncologia, Roger, Abalo, Guerra e Pérez (2006), em um estudo multicêntrico realizado em enfermarias oncológicas, em Cuba, identificaram que a prevalência de Burnout é maior na área da oncologia, se comparado com outras instituições de saúde. Entre as estratégias de enfrentamento as mais frequentes foram: confrontação; planejamento das atividades; reavaliação positiva dos eventos; e, a busca de apoio social. O grupo com maior desgaste relacionado à síndrome apresentou maiores níveis de ansiedade e utilizou mais estratégias voltadas ao distanciamento e evitação. Não obstante, independente da evidência da síndrome (leve, moderada ou alta) a busca por apoio social fez-se presente em todos os grupos, configurando-se uma estratégia utilizada por todos os profissionais.

O uso de estratégias de enfrentamento psicológico é apontado como uma das maneiras de prevenir e controlar o Burnout entre os médicos. Lozano (2007) ressalta a necessidade de apoio e suporte social, o uso de atividades de lazer, bem como, atividades de auto-reflexão e auto-conhecimento do profissional visando à melhor adaptação às exigências e demandas da prática médica.

Sobre o contexto da oncologia, V. Carvalho (2006) pondera que as diferenças pessoais vão determinar reações distintas. Ressalta, também, que uma das formas de defesa e reações diante do contexto da oncologia, pode ser o comportamento de “ir em frente”, ou seja, o profissional não se atém ao que está lhe passando. Isso antepara o desenvolvimento de sentimentos e emoções. O uso da despersonalização e o nivelamento dos pacientes, adotando-se a idéia de que são todos iguais, impede o estabelecimento de vínculos específicos. Evita-se, assim, o contato com aquilo de subjetivo que existe de característico, em cada paciente.

As decisões e comunicações que muitas vezes devem ser feitas, no contexto das instituições de saúde, são foco de angústias e tensões, para os profissionais. Pitta (2003) aponta que, muitas vezes, os membros das equipes adiam essas situações, através do que denominou de “ritual de desempenho de tarefas”. A busca pela padronização e a adesão a uma rotina nos serviços, funcionam, também, para postergar e controlar as decisões diante das demandas que cada paciente suscita.

Uma das questões que permeia o campo das estratégias de enfrentamento psicológico refere-se à discussão sobre a questão de gênero. Nesse sentido, White (2000) aponta que a hipótese de as mulheres apresentarem estratégias mais focalizadas

na emoção, enquanto o homem seria mais focado no problema, não se confirma. Os estudos evidenciam que quando homens e mulheres exercem os mesmos cargos, ou papel social, isto fica mais explícito: as estratégias utilizadas parecem ser as mesmas.

Tamayo e Tróccoli (2002), salientam que o uso de estratégias de coping focalizadas no problema, tendem a prevenir a Síndrome de Burnout. Já as estratégias centradas na emoção, de evitação ou escape facilitam a aparição da síndrome. Outro aspecto que ganha ênfase nas considerações dos autores, é que o baixo nível de Burnout, permite que o indivíduo enfrente as situações geradoras de estresse de modo mais ativo e direto; os indivíduos com alto nível de Burnout, por sua vez, podem ter energias mais reduzidas para enfrentar essas situações, assumindo, pois, uma postura mais passiva e indireta.

Conforme descrito anteriormente, a alta incidência e a presença significativa de Burnout em profissionais da oncologia demonstram a necessidade de proteção emocional de que esses profissionais necessitam, e também o uso de estratégias para lidar no seu cotidiano. Isso ganha respaldo na epígrafe deste item teórico (Paulo, 2004).

Nesse sentido, Tamayo e Tróccoli (2002) ressaltam a importância de pesquisas sobre o enfrentamento do estresse nas organizações de trabalho, pois essas reduziriam os custos da organização com os danos gerados à saúde do profissional - uma vez que a prevalência do estresse e síndromes relacionadas revela o crescimento do número de queixas ocupacionais, aumentando os gastos e gerando afastamentos. Sobre a necessidade do desenvolvimento de atividades e programas voltados ao cuidado do profissional, Arón e Llanos (2004), analogicamente, apontam que os operários usam material de proteção. Em contrapartida, questiona sobre a proteção dos profissionais que lidam com seres humanos.

O Ministério da Saúde (2001, 2004), ao apresentar as propostas de humanização da assistência, salienta a necessidade e a importância do cuidado com os profissionais da área. As propostas prevêm a identificação de necessidades e expectativas dos mesmos. Cursos de capacitação visando à humanização dos serviços, bem como a criação de meios de suporte ao profissional, seja por meio de grupos, apoio psicológico ou social, espaços de troca, discussão de casos e situações de conflito, são alternativas.

Desse modo, Peixoto (2004) aponta para a necessidade de pesquisas direcionadas a compreender as estratégias de enfrentamento psicológico, considerando-se que estas assumem relevante papel na saúde dos profissionais e no seu trabalho. Afinal, conforme Graham (2000), é de necessidade vital, que se conheçam os fatores de

proteção e recursos utilizados pelos profissionais da oncologia. Até mesmo, para que estes possam continuar tolerando as demandas de seu trabalho e enfrentando os desafios deste campo, sem acarretar maiores danos à saúde mental.

4. MÉTODO

4.1 Caracterização da pesquisa

A pesquisa realizada orientou-se pelos pressupostos da metodologia qualitativa, haja vista que, para conhecer as estratégias de enfrentamento psicológico e as vivências de médicos oncologistas, fez-se necessário adentrar na realidade cotidiana destes profissionais. Conforme Biasoli-Alves (1998), a pesquisa qualitativa possibilita abranger o caráter multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural.

Sob essa égide, a presente pesquisa, apóia-se nos três princípios da epistemologia qualitativa, que propõe González-Rey (2002). O primeiro princípio afirma que a produção do conhecimento é construtiva-interpretativa, ou seja, o conhecimento não é resultado de constatações estanques de um momento empírico, mas sim, resultante de interpretações e reconstruções que são geradas no decorrer do processo. O segundo define que o processo de produção de conhecimento é de caráter interativo, enfatiza-se a dimensão da interação, sendo que “o principal cenário da pesquisa são as relações entre pesquisador e pesquisado e as relações dos sujeitos entre si” (p. 34). Por fim, o autor (González-Rey, 2002) elucida que, na pesquisa qualitativa, a significação da singularidade assume legitimidade na produção do conhecimento, de modo que este não se valida pela quantidade de sujeitos estudados, contudo pela qualidade de suas expressões. “A informação expressa por um sujeito concreto pode converter-se em um aspecto significativo para a produção de conhecimento, sem que tenha de repetir-se necessariamente em outros sujeitos” (González-Rey, 2002, p. 35).

A partir desses pressupostos, a pesquisa também se caracteriza pelo caráter exploratório-descritivo, uma vez que busca descrever as características de determinada população, de certo fenômeno, ou, ainda, conhecer relações entre variáveis, visando à maior familiaridade com o objeto de estudo, possibilitando um aprofundamento da temática a ser pesquisada (Gil, 1991).

4.2 Caracterização do local

A pesquisa foi realizada em um Centro de atendimento e pesquisa em oncologia, localizado no sul do país. O mesmo presta assistência na área da oncologia desde 1979, quando ainda funcionava junto a um hospital público. Os atendimentos e os serviços

ambulatoriais são realizados por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo este um dos primeiros serviços a prestar assistência ambulatorial em oncologia no Brasil, considerado referência regional e nacional na área.

A instituição caracteriza-se por um serviço de atenção terciária¹⁴, haja vista que os procedimentos realizados são de alta complexidade ou alto custo, de modo que a mesma, serve como Centro de Referência. Esse nível de atenção, em que as condutas se direcionam quando a pessoa já se encontra doente, envolve procedimentos e medidas que têm por objetivo evitar a invalidez, a perda de função ou a morte (Pires, 2004).

Os pacientes, ao chegarem à instituição já vêm encaminhados de outro serviço, o qual, em sua grande maioria, já realizou o diagnóstico da patologia. O Centro em tela conta com uma equipe multidisciplinar, realizando consultas clínicas, atendimentos ambulatoriais de quimioterapia e radioterapia, bem como pesquisas, aperfeiçoamento de diagnóstico e entrega da medicação especializada, contando com um centro de capacitação em pesquisas e residência médica.

O complexo, atualmente, é composto de ambulatório e radioterapia. Futuramente, no mesmo local, deverá funcionar um hospital. O hospital da instituição, opera em endereço separado, estando dividido em três andares: no primeiro situa-se a parte administrativa, e, nos seguintes, compostos por quartos coletivos, está a internação. Convém destacar que o terceiro andar, geralmente, interna pacientes em estado mais grave, de cuidados paliativos, em fase terminal. A parte ambulatorial do complexo conta com 19 consultórios médicos, 25 pontos de quimioterapia, radioterapia, serviços de Raios X, mamografia e ultra-sons. Com o posterior funcionamento do hospital, deverão ser habilitados 68 leitos para internação, quatro salas para cirurgias e ainda cinco leitos de UTI (Unidade Tratamento Intensiva), bem como o pronto-atendimento oncológico.

4.3 Participantes

Participaram desta pesquisa 12 médicos oncologistas clínicos, sendo sete homens e cinco mulheres; a idade variou entre o mínimo de 32 e o máximo de 57 anos; dos homens, somente um era solteiro; das mulheres três eram divorciadas. A

¹⁴ Os níveis de atenção à saúde são divididos por questão de complexidade, sendo que estes diferenciam um nível do outro. Assim, dividem-se em três níveis: Atenção Primária, engloba a prevenção e promoção de agravos; Atenção Secundária, abrange as especialidades e diagnóstico, e Atenção Terciária, hospitais e centros de alta complexidade (Pires, 2004).

experiência profissional em oncologia variou entre dois anos e meio e 30 anos; desses, três profissionais tinham até dez anos de prática, quatro deles, tinham de dez a vinte anos, e cinco, mais de vinte anos de atuação como oncologista.

A seleção dos participantes se baseou em três critérios de inclusão: a) ter concluído a residência médica ou especialização na área da Oncologia Clínica; b) atuar como oncologista clínico no Centro Oncológico; e, c) ter no mínimo, dois anos de atuação profissional.

A escolha dessa especialidade justificou-se em virtude de que estes profissionais encontram-se vulneráveis a situações de estresse, síndromes de estafa profissional e também por serem os responsáveis tanto pela comunicação diagnóstica, como pelo acompanhamento do paciente e sua família no dia-a-dia.

4.4 Coleta de dados

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Após, foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição pesquisada.

Depois de aprovado, a pesquisadora recebeu autorização e um crachá da Instituição para que pudesse circular nas dependências desta. Cabe salientar que a inserção no campo de pesquisa foi facilitada, uma vez que a pesquisadora conhecia previamente um dos profissionais, que faz parte do grupo de oncologistas clínicos desta instituição.

4.5 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

A realização da coleta de dados foi constituída por observação participante com registro em diário de campo e entrevista semi-estruturada. A composição destes foi assim definida por se entender que há a necessidade de contextualizar e conhecer em profundidade o meio a ser pesquisado.

4.5.1 Técnica da observação participante

A observação participante de campo é uma técnica de coleta de dados que permite ao pesquisador apreender a realidade pesquisada através do contato direto com o fenômeno observado. Possibilita conhecer o contexto pesquisado, observando situações e eventos que dificilmente poderiam ser captados, senão através deste contato direto. Uma das principais características desta técnica é a posição que o observador assume diante da realidade observada, uma vez que este passa a ser parte do contexto em que se insere, podendo, de certo modo, modificar e, ao mesmo tempo, ser modificado pelo mesmo. Nesse sentido, o pesquisador participa do cotidiano e dos eventos do dia-a-dia através da observação, sendo esta, muitas vezes, uma estratégia complementar a outras técnicas (Minayo, 1994).

Ainda conforme Minayo (1994), a observação participante está entre um dos principais momentos de realização da pesquisa, pois é através dela que se dá a entrada no campo. O termo “campo de pesquisa” é compreendido como o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço geográfico e institucional, o campo a ser pesquisado. Desse modo, a observação de campo possibilita um aproximar-se daquilo que se pretende estudar, sendo esta uma das fases iniciais da pesquisa, por permitir que o pesquisador se aproprie do contexto, que servirá posteriormente de “pano de fundo” para a análise e compreensão dos dados.

A importância da observação participante pode ser também ressaltada em Moré e Crepaldi (2004), quando elas referem que o conhecimento prévio com as pessoas do campo favorece uma aproximação, minimizando barreiras entre o profissional e o pesquisador, ao que denominaram de “aliança estratégica do pesquisador”. Além disso, conforme Laville e Dionne (1999) a mesma possibilita, que o pesquisador compartilhe hábitos e papéis do grupo pesquisado, permitindo integrar-se ao mesmo, participando do seu cotidiano, de modo a facilitar a compreensão das vivências deste.

A observação participante foi realizada durante todo o processo de coleta de dados, tendo sido focalizados como objetivo desta, os seguintes tópicos: a) descrever situações da dinâmica e contexto de trabalho; b) acompanhar atendimentos e situações profissionais, tais como atendimento de pacientes em ambulatório e enfermarias, discussão de casos; e, c) descrever aspectos do relacionamento interpessoal do profissional com pacientes e familiares, com a equipe de saúde e residentes.

Todos esses eventos observados foram registrados em diário de campo, pois, conforme Moré e Crepaldi (2004), o registro cursivo neste tipo de diário objetiva maior

detalhamento daquilo que foi observado, além do que possibilita apreender elementos implícitos no contexto da pesquisa.

O diário de campo foi composto de Registros de Campo e Registros do Pesquisador. O primeiro contempla descrições sobre as situações e os eventos observados, notando qual o contexto em que aconteceram, quem estava presente, como as pessoas envolvidas agiram, apontando os contextos físico e social, bem como aspectos emocionais. Estes foram registrados no momento seguinte das observações, procurando detalhar, o melhor possível, os diálogos ocorridos, as expressões utilizadas e outras formas de comunicação que se fizeram presentes, como expressões não-verbais, reações e atitudes comportamentais.

O segundo, Registros do Pesquisador, foi realizado em diferentes momentos, algumas vezes após a observação propriamente dita, mas, outras vezes, decorrido este tempo. Há que se destacar que a pesquisa gera ressonâncias que vão sendo pensadas e re-pensadas pelo pesquisador. Assim, este se caracteriza por reflexões, sensações e impressões sobre o contexto observado. “O pesquisador, como sujeito, produz idéias ao longo da pesquisa, em um processo permanente que conta com momentos de integração e continuidade de seu próprio pensamento, sem referências identificáveis no momento empírico” (González- Rey, 2002, p. 33).

Desse modo, esses registros servem de *background*¹⁵ para a posterior análise dos dados. Pois, conforme Moré e Crepaldi (2004), mesmo que os registros provenientes da observação de campo estejam assentados na subjetividade do pesquisador, porque fazem referência muitas vezes a personalizações deste, são instrumentos fundamentais na construção de sentidos dos dados, oferecendo maior sustento às análises posteriores.

4.5.2 Entrevista semi-estruturada

A entrevista pode ser considerada um dos instrumentos mais usuais em termos de apreensão do contexto a ser pesquisado, ou seja, daquilo que é percebido ou observado pelo respondente. Nesse sentido, conforme salienta Minayo (1994), esta pode ser compreendida como uma conversa a dois, com propósitos bem definidos, em que o pesquisador busca obter informações sobre a realidade dos atores sociais.

O tipo de entrevista utilizada nesta pesquisa foi a semi-estruturada, pois possibilita aprofundar determinado tema, de modo que as questões apesar de

¹⁵ Background, termo do inglês que significa fundo, contexto.

apresentarem um modelo seqüencial, estruturado e que introduz o tema a ser desenvolvido, permitem ao entrevistado maior flexibilidade de respostas, podendo conduzir a respostas mais abertas (Ghiglione & Matalon, 1993, Minayo 1994).

Dessa maneira, a entrevista contemplou tópicos como: dados gerais, que investigavam idade, estado civil, tempo de profissão, áreas de atuação, período e locais de trabalho, além de descrição da rotina de trabalho dos médicos oncologistas. Ainda, foram abordados tópicos sobre as atividades consideradas mais desgastantes e emocionalmente mobilizadoras, sentimentos que são experienciados e as conseqüências destas atividades e destes sentimentos na rotina de suas vidas, tanto profissional como pessoal. Da mesma forma, foram investigados os recursos de enfrentamento psicológico, formação profissional e o que o profissional aponta como meios de cuidado pessoal e suas percepções sobre o oncologista clínico (Anexo 1).

Cabe ressaltar que as perguntas que envolviam as estratégias de enfrentamento psicológico eram precedidas por questões em que os profissionais tinham de descrever uma situação de difícil manejo na profissão, ou eram convidados a se reportarem às dificuldades por eles elencadas nas perguntas anteriores. Esse cuidado metodológico baseia-se nas proposições de Tamayo e Tróccoli (2002), que afirmam que instrumentos padronizados, muitas vezes não condizem com a realidade dos sujeitos. Assim, as questões sobre as estratégias de enfrentamento psicológico foram contextualizadas de acordo com a realidade dos participantes.

Ao compreender a complexidade e a relação que se estabelece entre pesquisador e pesquisado, as últimas questões investigaram sobre o período de observação de campo e a entrevista, propriamente dita. As mesmas objetivavam uma leitura mais complexa acerca do processo de pesquisa e desta relação.

Ao final da entrevista, foi incluída uma questão que solicitava ao entrevistado que o mesmo sugerisse uma metáfora sobre a oncologia e/ou a atuação do oncologista na atualidade. Esta foi pensada com base nas proposições de Canolla (2000), quando aponta que a metáfora pode ser utilizada para substituir uma expressão equivalente, ou ainda, fazer comparações, através de analogias. Entretanto, entende-se que a mesma não pode ser vista como uma simples comparação ou associação entre dois termos, porque estes entram em interação, e a substituição do termo explícito pelo implícito, não manteria a idéia enunciada.

Assim, as questões seguiram uma formulação flexível, buscando ‘evocar’ ou ‘suscitar’ a verbalização dos sujeitos, sendo que a seqüência e a minuciosidade

aconteceram naturalmente, ficando por conta do entrevistado. Conforme Biasoli-Alves (1998), isso possibilita desvelar o modo de pensar ou de agir das pessoas em face dos temas focalizados, o que permite obter dados sobre o passado e sobre como estes repercutem hoje na vida dos entrevistados, tendo em vista que freqüentemente, estes fazem uma avaliação de suas crenças, sentimentos, valores, atitudes, evocando razões e motivos acompanhados de fatos e comportamentos.

4.6 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março a setembro de 2007. Durante todo o período da pesquisa, foi utilizada a observação participante de campo, com o intuito de estabelecer uma “aliança estratégica do pesquisador” com os pesquisados (Moré & Crepaldi, 2004).

Sobre essa aliança, cabe ressaltar que o período de observação foi fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa. Pois a pesquisadora pôde conhecer o dia-a-dia de trabalho, presenciar momentos do atendimento aos pacientes, integrando-se ao contexto. Alguns participantes da pesquisa faziam questão de chamá-la para alguns procedimentos técnicos, explicavam determinadas situações, pediam que lhe acompanhasse junto aos pacientes, compartilhando assim suas visões e sentidos sobre o que estava se passando em seu cotidiano. As observações ultrapassaram o ambulatório da instituição. A pesquisadora acompanhou alguns profissionais ao hospital, na prática com os residentes e junto ao leito de pacientes internados, e isto se deu a convite dos mesmos.

Esse momento marcou a entrada da pesquisadora no campo de pesquisa. Nesse sentido, e procurando estabelecer tal aliança, a observação teve início junto ao profissional que a mesma já conhecia, sendo que, posteriormente, a pesquisadora foi sendo apresentada de um profissional para o outro, através daquele que já era conhecido, e assim sucessivamente, como uma rede. Isso minimizou o que Moré e Crepaldi (2004) denominaram de “estranhamento da presença do pesquisador no campo”. Quando dessa apresentação, o profissional era convidado a participar da pesquisa, e, em caso de aceitação, a pesquisadora combinava com este quais eram seus dias e horários de atendimento, para que os pudesse acompanhar.

As observações em ambulatório contemplaram diferentes turnos de trabalho, de modo que cada profissional foi acompanhado pela pesquisadora em, no mínimo, dois

momentos distintos. O fato de priorizar diferentes momentos justifica-se pela necessidade de alcançar familiaridade, bem como para que as observações não fossem baseadas em momentos estanques.

Após a observação junto a todos os participantes, a pesquisadora entrou em contato novamente com os médicos, a fim de agendar a entrevista. As entrevistas foram realizadas entre os meses de julho e setembro de 2007 e marcadas conforme a disponibilidade do profissional, em horário por este indicado e no local de sua preferência. A maior parte das entrevistas foi realizada no ambulatório junto ao Centro de Atendimento e Pesquisa em Oncologia. Entretanto, algumas se realizaram em clínicas de atendimento privado em que os profissionais trabalham, ou, ainda, no hospital da instituição pesquisada.

Minayo (1994) ressalta que a capacidade de empatia e de observação por parte do pesquisador e a sua aceitação pelo grupo são fatores decisivos quando do uso de observações de campo. Nesse sentido, a pesquisadora considera ter tido êxito nesta tarefa, uma vez que, antes de iniciar o período de agendamento das entrevistas, alguns profissionais indagavam sobre quando esta se realizaria, ou até mesmo, questionamentos, sobre se a pesquisadora voltaria ou não a acompanhá-los no ambulatório. Isto pode ser também fundamentado no fato de que, no período de realização das entrevistas, alguns entrevistados utilizaram momentos ocorridos, quando das observações, para ilustrar seus exemplos, e alguns referiam; *“não sei se você lembra de tal caso?”* , *“acho que você estava no ambulatório neste dia”*. Acredita-se, portanto que a familiaridade alcançada permitiu diálogos mais espontâneos e o estabelecimento de relações com aquilo que havia sido observado.

No momento da entrevista, todos os participantes receberam novamente informações sobre os objetivos da pesquisa, porém, agora, vinham escritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 2), sendo, assim, formalizadas as formas de participação destes, inclusive a do período de observação. O TCLE além de explicitar os objetivos da pesquisa, também ressalta a responsabilidade da pesquisadora para com os dados obtidos, e sobre o direito de desistência da pesquisa durante qualquer momento do período de coleta de dados, fornecendo ainda a identificação da pesquisadora e a forma de contato para qualquer dúvida.

Após a autorização mediante leitura e explicações sobre o TCLE, a pesquisadora procedeu a entrevista. As mesmas foram gravadas e depois transcritas, na íntegra, para que os relatos dos entrevistados fossem preservados. Ao término das entrevistas foi feito

agradecimento pela participação e disponibilidade dos entrevistados, bem como se informou sobre a devolução dos resultados desta, caso fosse interesse do profissional médico. A pesquisadora, ao final da entrevista, colocou-se à disposição para conversar, disponibilizando seu tempo, no sentido de acolher o entrevistado. Da mesma forma, foi explicado que os dados também retornariam através da entrega da Dissertação de Mestrado da pesquisadora ao Centro Oncológico e da exposição do trabalho em momento a ser previamente agendado, caso fosse julgado interessante.

4.7 Análise dos dados

A análise dos dados desta pesquisa foi fundamentada na "*Grounded Theory*" ou conforme traduzido para o português, Teoria Fundamentada nos Dados. Esta metodologia de análise, proposta por Anselm Strauss e Juliet Corbin (Strauss & Corbin, 1990; Cassiani, Caliri & Pelá, 1996; Moré, 2000; Yunes & Szymanski, 2005) possibilita combinar abordagens indutivas e dedutivas, permitindo que o pesquisador investigue processos de uma mesma cena social sob várias perspectivas e hipóteses, visando à melhor compreensão do fenômeno. Deste modo, o pesquisador pode trabalhar com dados oriundos de diversas fontes, como é o caso da entrevista e dos relatos de observação de campo.

Os passos percorridos para a análise dos dados, conforme proposto por Strauss e Corbin (1990), apresentam-se da seguinte maneira:

1- Processo de “interação com os dados”, ou seja, caracteriza-se pelo exercício de se aprofundar nos dados obtidos. Para tal, foram realizadas várias leituras do material coletado, tanto os referentes ao período de observação de campo quanto aos dos dados advindos da entrevista.

2 - “Codificação aberta”, processo de desmembramento dos dados, etapa em que são realizadas comparações, conceituações e categorização dos dados. Nesta são extraídos os elementos mais importantes, tanto aqueles comuns e semelhantes, como os que se diferenciavam entre si, para que fossem formadas as categorias.

3 - “Nomeação das categorias”, etapa na qual os assuntos já nucleados ganham força conceitual, sendo nomeados. Esta nomeação é fruto de muitas reflexões, “idas e vindas”, para que a mesma consiga representar os códigos agrupados e representá-los.

4 – O processo denominado “*code notes*” é conformado por anotações e reflexões do pesquisador durante o processo de análise dos dados, e serve para embasar e criar discussões posteriores.

5 – Nomeadas as categorias, segue-se o processo de conexão dos dados, de modo a estabelecer a ligação entre os temas nucleados em uma mesma categoria. Assim, a partir de pontos nucleares, são propostas as subcategorias e seus respectivos elementos de análise. Este momento é denominado codificação axial e refere-se ao conjunto de procedimentos que são realizados para agrupar os dados. Para melhor compreensão destas inter-relações, os autores sugerem o uso de figuras e esquemas explicativos das categorias, conforme será exposto, posteriormente, no Quadro 1.

6 – A última etapa caracteriza-se pela integração entre as categorias, de modo a constituir a teoria fundamentada nos dados analisados.

5. RESULTADOS

5.1 Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise das entrevistas

Sob a guisa da metodologia qualitativa de pesquisa, a análise dos dados foi realizada com o intuito de aprofundar, horizontalmente, as vivências, concepções e estratégias de enfrentamento psicológico de médicos oncologistas clínicos. Para tal, utilizou-se o conteúdo advindo das falas dos entrevistados, bem como aquele coletado durante o período de observação de campo. Os referidos conteúdos foram subdivididos em sete categorias, que tentam nomear e agrupar núcleos dos discursos dos sujeitos. As categorias, por sua vez, dividem-se em subcategorias, desdobramentos da categoria principal, e elementos de análise, que contemplam a minuciosidade e a singularidade da produção de conhecimento na pesquisa qualitativa (González-Rey, 2002).

Conforme Moré (2000), este sistema de categorias revela a complexidade e a interconexão dos dados, num movimento contínuo de descrição e análise dos processos. Deste modo, salienta-se que as categorias de análise não pretendem ser exclusivas, pois o conjunto de dados encontrados se afeta recursivamente e, sob esta perspectiva se evidencia uma trama que inter-conecta um tema ao outro, revelando-se um processo dinâmico.

Quadro 1 – Quadro referente às categorias, subcategorias e elementos de análise.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	ELEMENTOS DE ANÁLISE
1. EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS ACERCA DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL	1.1 Escolha pela medicina	1.1.1 Preferência pelas ciências biológicas e humanas 1.1.2 Influência familiar 1.1.3 Escolha natural 1.1.4 Busca de autonomia
	1.2 Escolha pela oncologia	1.2.1 Pelas preferências das áreas de atuação médica, em detrimento de outras. 1.2.2 Influências de terceiros/ convite de professores 1.2.3 Pelo desafio científico e tecnológico da especialidade. 1.2.4 Noções idealizadas ou gerais sobre a especialidade
	1.3 Sentimentos associados ao contexto	1.3.1 Adaptativos ou desadaptativos 1.3.2 Emoções “positivas” e/ou “negativas” 1.3.3 Impotência versus possibilidades
2. A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL SOB A ÓTICA DA HISTÓRIA DE VIDA	2.1 Ressonâncias do ciclo vital individual e/ou familiar x vivências profissionais	2.1.1 Na leitura do paciente e da sua vida pessoal 2.1.2 Re-significando situações de vida 2.1.3 Qualidade de vida 2.1.4 Rupturas familiares
3. CONCEPÇÕES SOBRE SER E FAZER ONCOLOGIA	3.1 Aspectos facilitadores da prática	3.1.1 Tempo de profissão – experiência 3.1.2 Autonomia 3.1.3 Estrutura institucional 3.1.4 Método de trabalho 3.1.5 Condutas do relacionamento médico x paciente.
	3.2 Aspectos dificultadores da prática	3.2.1 Peculiaridades da demanda da especialidade. 3.2.2 Condições de trabalho. 3.2.3 Sistema de Saúde
	3.3 Considerações sobre a profissão, a formação médica e preparo para prática da oncologia clínica.	3.3.1 Sobre a oncologia clínica 3.3.2 Sobre a graduação - a faculdade de medicina 3.3.3 Sobre a especialização - residência em oncologia clínica 3.3.4 Preparação do ponto de vista emocional

4. CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO	4.1 A oncologia no sistema público 4.2 Prioridades do Sistema de Saúde	4.1.1 Aspectos positivos e/ou negativos 4.2.1 Organização e diretrizes 4.2.2 Acessibilidade 4.2.3 Atenção Primária 4.2.4 Emergência oncológica
5. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO	5.1 Focalizada no problema 5.2 Focalizada na emoção 5.3 Religiosidade/Espiritualidade 5.4 Suporte Social 5.5 Estratégia combinada 5.6 Auto-avaliação de estratégias utilizadas	5.1.1 Tentativa de manejo da situação 5.1.2 Tentativa de resolução da situação 5.1.3 Reavaliação da situação 5.2.1 Recurso de atividades de lazer 5.2.2 Uso de medicação/fármaco e/ou uso do álcool 5.2.3 Recurso da evitação 5.2.4 Práticas de auto-cuidado 5.3.1 Positivo/Presente no cotidiano 5.3.2 Negativo/Ausência de crenças 5.4.1 Apoio familiar 5.4.2 Apoio colegas/institucional 5.4.3 Apoio instrumental/profissional 5.4.4 Sentido negativo afastamento social/ isolamento 5.5.1 Racionalização 5.6.1 Estratégias focalizadas na emoção 5.6.2 Psicoterapia/apoio instrumental
6. MÉTAFORAS SOBRE A ONCOLOGIA E O ONCOLOGISTA CLÍNICO	6.1 Relacionadas ao ser oncologista 6.2 Relacionadas ao sistema de saúde 6.3 Relacionadas ao contexto 6.4 Relacionadas à perspectiva pessoal	“Profissional que está na linha da vida e a morte” “É um piloto de Fórmula Um, dirigindo um fusca” “O ambulatório é um Vietnã” “Vampirizado”
7. RESSONÂNCIAS E AVALIAÇÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DA PESQUISA	7.1 Considerações sobre a observação participante e a entrevista 7.2. Considerações sobre a psicologia no contexto da oncologia	

* Uma síntese da definição das categorias, subcategorias e elementos de análise encontra-se no Apêndice 1.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao iniciar a discussão dos resultados, cabe resgatar as bases epistemológicas desta pesquisa, que ancorou-se nos pressupostos da complexidade, intersubjetividade e imprevisibilidade (Morin, 1996). Assim, a realização desta, com médicos oncologistas clínicos, mediante a investigação sobre suas práticas, possibilitou desvelar diferentes perspectivas, sobre temas e questões cotidianas. Por sua vez, estes diálogos revelaram uma diversidade de aspectos que se afetam recursivamente, ao mesmo tempo que permitiram abrir espaço de escuta, valorização e reconhecimento das vozes que compõem a especialidade.

Entende-se que trabalhar em ambientes relacionados à área da saúde exige habilidades específicas, capacidade para lidar com o sofrimento alheio, e também ter consciência de que a resposta à doença nem sempre se encontra acessível aos profissionais. Para os oncologistas, lidar com uma doença que, por natureza, apresenta comportamento e evolução instável, por si só, os coloca diante do inesperado, do imprevisível.

Assim, percebe-se, que no decorrer da trajetória profissional, o médico, seja estudante, residente ou profissional, vai assimilando, se impactando, vivendo e se descobrindo nesse papel. Dessa maneira, conhecer os fatores implicados no momento da escolha pela profissão e pela especialidade favoreceu o entendimento e a compreensão, acerca das vivências deste profissional, que se depara cotidianamente com situações e demandas, as quais, acrescidas da mobilização emocional decorrente do contato com os pacientes e seus familiares, exigem-lhe habilidades muitas vezes não contempladas no período da formação técnica.

Nesse sentido, para que fosse possível conhecer as estratégias de enfrentamento psicológico de médicos oncologistas clínicos e melhor compreender de que modo estes concebem e experienciam suas atividades profissionais, buscou-se explicitar vivências. A escolha pela medicina e pela própria especialidade foi considerada momento importante desta trajetória. Destarte, a primeira categoria de análise a ser discutida trata, justamente, das experiências destes profissionais e dos sentimentos presentes nesse contexto.

1¹⁶. EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS ACERCA DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

Nesta categoria são agrupadas experiências vividas, como o momento pela escolha profissional e pela especialidade da oncologia, que compõem as duas primeiras subcategorias, bem como os sentimentos relacionados à profissão. Estes últimos foram selecionados para a terceira subcategoria desta, pois se entende que os sentimentos tecem e compõem as experiências, aquilo que é vivido, considerado relevante, de acordo com os oncologistas, no fazer da oncologia clínica.

1.1 Escolha pela medicina

Esta subcategoria apresenta os fatores que motivaram a escolha pelo curso de medicina, as influências e os aspectos relacionados a este processo, a opção em ser médico.

As entrevistas realizadas apontam uma diversidade de fatores que estão relacionados à escolha pelo curso de medicina. Alguns entrevistados enfatizaram o gosto e a preferência pelas ciências biológicas e humanas (1.1.1)¹⁷. Isso pode ser destacado nos depoimentos a seguir:

- *“A escolha pela medicina foi assim um tanto... Sim, talvez, inicialmente, eu era muito nova (...)...acabei por escolher uma área mais humana. Porque eu gostava mais de trabalhar com pessoas, com seres humanos e gostava muito de medicina. (...) Então realmente era seres humanos e a parte do corpo humano mesmo”*. (Rita)¹⁸
- *“É difícil identificar onde tudo começou... (...) Eu tinha plena convicção que eu ia me dedicar à área biológica e a medicina foi a primeira opção”*. (Tales)

Os dados encontrados nesta pesquisa vão ao encontro do que propõem alguns autores (Millan, 1999; Meleiro, 2005; Hoirisch, 2006), quando apontam que a escolha

¹⁶ A numeração das categorias segue os números propostos no Quadro 1, conforme definição das mesmas.

¹⁷ A numeração entre parênteses, disposta no decorrer do texto, explícita os elementos de análise, propostos para discussão das subcategorias. Os grifos, em alguns trechos dos depoimentos desse trabalho, são de autoria da pesquisadora e visam a facilitar a compreensão da análise proposta.

¹⁸ Para resguardar a identidade dos entrevistados e considerando a Resolução 196/96 (Ministério da Saúde, 1996), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, os nomes dos participantes foram substituídos por nomes fictícios.

pelo curso de medicina é multideterminada, sendo que, entre os fatores encontrados, o interesse pela área das ciências humanas e biológicas é ressaltado por esta literatura.

Entende-se, assim como propõe Lucchiari (1993), que a escolha dos participantes foi perpassada por aspectos pessoais, familiares e sociais. Desse modo, assim como os gostos e preferências por determinadas áreas, os profissionais referiram a influência familiar (1.1.2) como um fator que predispôs e favoreceu a escolha. Estas pessoas, consideradas familiares, aproximavam o entrevistado do meio médico, o que possibilitava uma influência e um contato com a profissão.

- “*Não sei. Talvez influência familiar. Tem muitos médicos na família*”. (Moisés)
- “*Pela medicina, não sei. Porque a gente escolhe aos 16 anos de idade, e não sabe. É bom aluno, e acaba entrando na medicina. (...) Acho que foi um irmão mais velho que influenciou*”. (Deise)
- “*Assim, uma influência inicial da família, muitos parentes médicos e, sempre tive, assim, uma atração pelo funcionamento da vida como um todo... uma tentativa de descobrir os segredos da vida*”. (Celso)

Estes relatos apontam na direção do que propõe Millan (2005), quando afirma que o ambiente social exerce influência na escolha pela medicina. A influência de terceiros, seja de familiares, pais, pessoas próximas ligadas à família, foi marcante no momento da escolha profissional.

Sobre este aspecto, torna-se interessante ressaltar que o ambiente familiar, aquele no qual a pessoa convive, acaba sendo experienciado como ambiente natural como locais que apresentam familiaridade. Assim, muito próximo à questão da influência de terceiros, outro aspecto apontado pelos entrevistados, quando do momento da escolha profissional, refere-se à idéia de que foi uma escolha natural (1.1.3).

Ao considerar, com base no léxico (Houaiss, 2001), a palavra “natural”, tem-se que esta designa algo que se refere à natureza, algo que segue a ordem regular das coisas. Cabe apontar, portanto, que a escolha pela medicina foi indicada como natural, na medida em que os participantes estavam inseridos em um contexto no qual a medicina fazia parte dessa natureza, desse meio.

- “*Eu sempre quis ser médico. Foi uma coisa muito natural na minha vida. O meu pai é médico, mas nunca me influenciou em absolutamente nada... Foi uma escolha natural. (...) Eu sempre quis ser médico*”. (Caio)

- “Complexa a pergunta. (...) *Eu cresci no ambiente hospitalar... eu não tinha dúvida, com uma outra profissão... foi uma escolha natural, já desde pequeno*”. (Luiz)

Esta proposição, sobre ser uma escolha natural, vai ao encontro dos dados de uma pesquisa realizada no México (Fajardo-Dolci et al., 1995). A mesma aponta que, dos estudantes que tinham familiares na área da saúde, mais da metade destes eram médicos, o que corrobora esta questão, de que a escolha foi natural, seguiu a ordem das coisas, no caso, a ordem daquilo que era familiar.

Este dado pode ser contextualizado, nesta pesquisa, no exemplo de uma profissional, que, quando questionada sobre a existência de outros médicos na família, responde que: “*Da área da saúde, muitos; da área da medicina, três*” (Deise). A resposta dada pela entrevistada reforça a idéia de uma escolha natural e a presença de familiares atuando na área da saúde.

As entrevistas revelaram, ainda, que, entre as razões apontadas para a escolha pelo curso de medicina, pode estar presente a busca pela autonomia (1.1.4). Neste sentido, há de se considerar que a medicina é uma profissão que possibilita ao profissional ser autônomo, uma vez que a modalidade clínica pode ser exercida em consultório ou clínica privada.

- “*Um dos motivos pelos quais eu escolhi medicina, que eu achava, e só fui comprovar isso depois... Eu achava que um médico é um cara que ainda é dono do seu nariz não totalmente dono do seu nariz, mas uma boa parte do seu nariz, ainda pertence a ele. Então você está numa estrutura, em que dificilmente alguém vai vir mandar em você. Faz isso, faz aquilo. Isso não tem. Muito pelo contrário, você está ali, você dá as respostas. Como eu falei antes, você é a peça da engrenagem que faz o resto funcionar...*”. (Jonas)

A afirmação do entrevistado reflete uma das questões pouco apontadas durante esta pesquisa, e que conforme Hoirisch (2006) é um dos pontos menos abordados e discutidos, mas que pode estar bastante presente entre os motivos em querer ser médico a busca pelo poder. Isso pode ser percebido no depoimento transcrito, quando o profissional relata que dificilmente alguém vai mandar nele, ou ainda quando enfatiza que o médico é a peça principal que faz a estrutura funcionar.

Este depoimento revela uma questão pertinente na área da saúde e muito discutida atualmente através da Lei do Ato Médico¹⁹. Esta lei sustenta a idéia de que a responsabilidade pelas ações de saúde são exclusivas ao médico, outorgando-lhe uma posição hierárquica diferenciada perante os outros profissionais da saúde. O que não se discute, comumente, é que, ao instituir-se esta posição diferenciada, e quando os cursos de medicina incentivam a adoção de uma postura dotada de certa onipotência, incute-se no médico a idéia de que o mesmo é um “salvador” (Ramos-Cerqueira & Lima, 2002; Grossemann & Patrício, 2004b). Essa idéia fica bastante clara quando o participante salienta, no depoimento anterior, que ele é “a peça da engrenagem que faz o resto funcionar”. De certo modo, isso corrobora para o aumento do sentimento de responsabilidade e para a cobrança por parte do profissional, tanto dele próprio, como das pessoas, na tentativa de responder a este papel. Portanto, a responsabilidade torna-se difícil de escoar, afastando-se, também, a perspectiva de um trabalho interdisciplinar, que, entre um dos seus objetivos, estaria equalizar a responsabilidade do atendimento nas áreas da saúde.

Há que se considerar, ademais que, conforme Meleiro (2005) há razões inconscientes que permeiam a escolha profissional. Estas razões, muitas vezes, não são enunciadas, até mesmo porque o profissional não estabelece nenhuma relação com este fato e/ou não se dá conta destas. Sobre esses elementos, cabe ressaltar que, no período de observações, alguns profissionais referiram a perda de familiares próximos, por motivo de doença, e por “coincidência”, câncer, especialidade na qual vieram a se especializar. Assim, entende-se que as razões pela escolha profissional estão calcadas na experiência de vida de cada sujeito e ganham substrato nas vivências individuais destes.

1.2 Escolha pela oncologia

A subcategoria a ser apresentada faz referência aos fatores que motivaram a escolha pela especialidade médica e as influências ligadas à experiência de vida, que levaram o profissional a optar pela oncologia. A escolha da especialidade, assim como pela medicina, ocorre de maneira multideterminada. A diferença é que, neste momento, o indivíduo já tem certa experiência em algumas áreas da medicina, ou pelo menos algum conhecimento sobre as mais diferentes modalidades de atuação do médico.

¹⁹ Lei Nº 7703/ 2006, que tramita no Congresso Nacional – Brasil, e que quer instituir a preponderância do médico na chefia e liderança das equipes de saúde, sendo o diagnóstico de qualquer doença responsabilidade única deste.

A maior ou menor afinidade com alguma dessas áreas (1.2.1), assim como o êxito em algum trabalho ou prova específica, parece ter sido um dos elementos que favoreceram a escolha pela especialidade. De certo modo, é como se isso confirmasse a aptidão para atuar em determinada área médica.

- *“Continuando o desafio (risos). Na verdade foram duas coisas que convergiram: eu gostava muito da parte de ginecologia, **mas eu não gosto da parte cirúrgica**. Então, eu tinha muita vontade de fazer a área da fisiologia pra fazer a parte de dor, mas como eu não gostava de cirurgia, também era difícil. Então dentro da oncologia, eu encontrei alguma coisa que convergia, eu podia fazer uma parte de ginecologia, que tanto que até hoje eu gosto muito da parte de mama, e essa parte do tratamento suportivo que é extremamente importante para qualidade de vida dos pacientes”.* (Alice)
- *“(…) O câncer sempre me perseguiu na faculdade, desde que eu comecei a estudar medicina. (...) **E eu sempre gostei da clínica, e eu sempre achava que iria escolher a profissão relacionada a clínica, e não relacionada a cirurgia**”.* (Tales)

Nos exemplos selecionados, evidencia-se que a escolha pela especialidade envolveu a avaliação das disciplinas e áreas preferidas, e aquelas consideradas mais aversivas. Percebe-se que a opção pela oncologia afirma-se em detrimento daquelas que eram desconsideradas/preteridas. Isso vai ao encontro do que propõe Meleiro (2005), quando ressalta que a seleção pela especialidade médica nem sempre se caracteriza por uma escolha ativa, mas por um evitar passivo, um evitar, diante das especialidades, as consideradas estressantes ou geradoras de ansiedade.

A influência de terceiros (1.2.2), motivada por professores, pessoas próximas, ou também por convites de trabalho, apresentou-se como um importante fator na decisão e escolha da especialidade, principalmente entre os profissionais com mais de vinte anos de prática.

- *“**Fui convidada**. (...) houve a apresentação de um caso clínico, num anfiteatro onde tinha quase 500 alunos. Era um caso clínico que ninguém conseguia resolver. E eu quase no final apresentei o diagnóstico. (...) **E no final da apresentação, ele me convidou para trabalhar com ele**²⁰”.* (Deise)

²⁰ O pronome *ele* nos depoimentos apresentados nessa categoria, fazem referência a um médico que trabalhava na instituição.

- *“Por acaso (risos). (...) eu apresentei um trabalho sobre o câncer... ele veio me convidar pra fazer a prova pra oncologia clínica... quando eu passei, eu fui tão bem recebida. (...) Eu acabei ficando”.* (Cleusa)
- *“Oncologia, basicamente por uma necessidade. Não existia na época oncologista nessa cidade... fui fazer um trabalho assim com ele, de acompanhar, de aprender medicina, no caso... **E me liguei muito assim, afetivamente a ele, e comecei a me interessar pela oncologia**”.* (Celso)

Ao considerar que a residência médica, enquanto modalidade de ensino, foi regulamentada apenas em 1977 (Decreto 80.281/77), pode-se sugerir que a oncologia há vinte ou trinta anos não era tão difundida diferentemente dos dias atuais. E, acrescido a este fato, há que se lembrar que a oncologia, enquanto especialidade médica, é bastante recente (Silva & Arregi, 2005), e que, ainda hoje, ela não consta em muitos currículos do curso de medicina, conforme apontado pelos entrevistados.

Outro aspecto que merece destaque, quando do período de observação de campo, é a evidência de que a oncologia, entendida como os profissionais que fazem este trabalho e atuam na área, parece auto-selecionar, ou escolher, no sentido de buscar cativar as pessoas que por ela se interessam, como se fosse algo institucionalizado. Nesses termos durante todo o processo de observação e das entrevistas, a pesquisadora foi questionada sobre o seu interesse na área, ao mesmo tempo em que alguns participantes pareciam testá-la, quanto a sua capacidade para lidar com o assunto. Ao refletir sobre esta hipótese, torna-se mais fácil compreender as respostas dos entrevistados que se disseram cativados, ou que foram convidados por profissionais mais antigos, uma vez que os mesmos parecem agir de modo semelhante frente à pesquisadora.

Ainda sobre a influência de terceiros, Meleiro (2005) complementa os dados obtidos, ao explicitar que, algumas vezes, os profissionais deixam-se influenciar por professores, por perspectivas de trabalhos científicos, propostas de trabalho, possibilidade de serem incluídos em alguma equipe de saúde e/ou promessas de ascensão financeira, fatores que se refletem na opção pela especialidade.

Outro motivo apontado para escolha da oncologia alude ao aspecto desafiador (1.2.3), por ser uma ciência nova que está se desenvolvendo, do ponto de vista tecnológico, do mercado de trabalho e enquanto área de atuação.

- *“Me atraía porque tava com muito avanço, muita tecnologia nova, muito medicamento... Eu achei que pudesse ter um bom futuro, do ponto de vista do*

mercado de trabalho e da especialidade em si. (...) Mas foi no meu último ano de faculdade que eu decidi". (Luiz)

- *“Porque na época que eu fiz, a oncologia era uma especialidade nova, considerava isso um desafio. Era uma área a ser desbravada e tinha muita coisa ainda para se fazer em termos de progresso, ainda, nessa área. Cheguei a uma oportunidade de desbravamento, de ser pioneiro em alguma coisa”. (Zeno)*

Os depoimentos apontaram que a escolha pela especialidade encontra-se relacionada à possibilidade de desbravamento, em função de ser a oncologia uma área nova e com significativo avanço tecnológico. Estes dados vão ao encontro do que propõem Soria et al. (2006). Os autores referem que entre os motivos pela escolha da medicina, encontram-se razões relacionadas aos desafios próprios da área médica, ao que denominaram razões intelectuais, por ser uma área estimulante e desafiadora no aspecto científico.

Por fim, o último elemento de análise desta subcategoria aponta para o pouco conhecimento da oncologia, enquanto especialidade, no momento da escolha. Os entrevistados parecem apresentar noções muito gerais sobre a mesma (1.2.4), inclusive apontando algumas idealizações, que talvez não correspondam com a prática oncológica.

- *“Olha, eu não sei te dizer um fator, assim, determinante, sabe. Eu hoje, ainda hoje, tantos anos depois, eu não sei dizer um fator, assim, determinante, sabe. (...) No curso mesmo, nem me passou pela cabeça... (...) Aí, eu comecei a pensar na idéia... quando eu tava, mais assim, pensei ‘**ah é uma especialidade diferente, são poucos profissionais**’, em certo sentido utilitarista. (...) Fui me informar como eu faria para fazer oncologia. **Eu achei bem interessante**”. (Jonas)*

O entrevistado, no depoimento que segue, reflete sobre este momento, afirmando que quando da opção pela especialidade, esta foi um tanto precoce, e completa que, quando as pessoas escolhem, não têm real clareza daquilo que será a prática profissional.

- *“Então eu acho que, infelizmente, e eu te digo até por experiência própria, já que eu escolhi oncologia de uma forma, assim tão leviana - dá para se dizer. Eu acho, que os médicos quando escolhem a especialidade, eles não sabem muito bem, o que vai ser. E é uma pena! Porque, talvez pessoas certas, não estejam trabalhando nessa área, quando elas poderiam estar. E, algumas*

“pessoas, que não deveriam, estão. Mas agora, o mal tá feito! A decisão tá tomada! Voltar no tempo, vai estar marcando tempo, não dá! Então, a gente deveria ter uma condição de saber o que é oncologia mesmo. O que você vai lidar. E, aí no final do curso de medicina, você iria respirar fundo, ou depois de uma residência de clínica médica, também uma segunda chance de optar. Você poderia dizer assim, ‘ahm isso não é pra mim, né, vou fazer outra coisa’, ou então assim, ‘olha, eu achei isso muito bacana, muito legal, me sinto capaz, eu vou conseguir superar, o que eu acho de obstáculos e vou seguir em frente’. Mas isso não acontece. E agora? Né! Como você vai saber que você está preparado?” (Jonas)

Acrescido destes dados constata-se o pouco conhecimento a respeito da especialidade. O profissional parece ter consciência de que esta, em algumas vezes, não ocorre baseada em idéias reais sobre a prática da oncologia. A este respeito, Meleiro (2005) aponta que o tempo insuficiente para refletir sobre o que deseja pode levar a escolhas impensadas, que não consideram as capacidades individuais para lidar com o que a especialidade lhe reserva.

O depoimento na seqüência aponta para o fato de que, talvez, o pouco conhecimento sobre o cotidiano desta especialidade tenha favorecido algumas idealizações no momento da escolha, que podem não condizer com a realidade da prática oncológica.

- *“Assim a oncologia também foi uma situação, quase assim, eu nunca tinha pensado muito (...) eu não estava pensando em fazer oncologia. Na medicina a gente muda muito. (...) Assim, **sempre tive vontade de poder oferecer uma cura, seja em qualquer área.** (...) comecei a investigar qual era a especialidade que precisava na minha cidade (...) era mais perto o curso de oncologia (...) e aqui estou”. (Rita)*

O trecho grifado, no depoimento, apresenta certa incongruência com a prática oncológica, uma vez que os próprios médicos afirmam que, muito provavelmente, a metade dos pacientes está fora da possibilidade de cura e/ou tratamento completo de remissão da doença. Neste sentido, os resultados vão ao encontro dos resultados encontrados por Fajardo-Dolci et al. (1995), Grosseman e Patrício (2004a), Azevedo et al. (2005), pois os motivos apontados como razões para escolha nem sempre se concretizam na prática e no exercício da medicina. Conforme Meleiro (2005), diante das expectativas não alcançadas, muitos irão se decepcionar mais tarde.

As escolhas, tanto da medicina, como da especialidade em oncologia, baseiam-se em diversos fatores, desde preferências, gosto e aptidão individual de cada um,

passando por influências de terceiros, perspectivas de trabalho, bem como expectativas, que podem ou não ser alcançadas na prática profissional. O interessante é que todos esses itens, inclusive os não apontados e talvez inconscientes, repercutem na prática da oncologia, nos sentimentos e no modo como o profissional interage cotidianamente com este fazer.

Sobre esses sentimentos e emoções, compartilha-se com alguns autores (Pitta, 2003; L. A. Nogueira-Martins, 2003; Campos, 2005; V. Carvalho, 2006) que o constante contato com pessoas doentes, a as emoções a que os profissionais estão expostos, diante de situações que envolvem a doença, risco de vida, dor e morte, configuram-se em elementos importantes a serem considerados quando se trabalha com profissionais de saúde. Isso acontece especialmente quando se pretende conhecer as estratégias de enfrentamento psicológico, uma vez que estas se organizam, também, em função da sobrecarga emocional a que os profissionais estão expostos. Assim, a subcategoria que segue discorre sobre os sentimentos que compõem as vivências dos entrevistados.

1.3 Sentimentos associados ao contexto

A subcategoria em questão congrega os sentimentos, ou seja, o que os profissionais sentem, e as emoções, que muito próximas dos sentimentos, são comoções e abalos afetivos que são vivenciados e que os oncologistas clínicos referem diante de situações da prática clínica e ao contexto em que estão inseridos. Leia-se contexto: os pacientes, a instituição e o sistema de saúde em que esta se desenvolve.

Ao iniciar a exposição dos dados encontrados nesta subcategoria, no que diz respeito aos sentimentos, partilha-se com L. A. Nogueira-Martins (2003), que a tarefa médica expõe os profissionais a conteúdos emocionais decorrentes do contato próximo com o adoecer. Dessa maneira, para responder às perguntas que focalizavam sentimentos e emoções, cabe colocar que os profissionais necessitaram reportar-se a situações específicas, para discernir a resposta.

- *“Então, muitas vezes, a gente, assim, tem uma emoção, assim, como eu vou te explicar, é um sentimento, não é só de tristeza. Também é um pouquinho de revolta, de tu não ter uma coisa melhor para oferecer. De não ter um tratamento de cura. Porque é diferente. A oncologia, excetuando-se alguns tipos de câncer que conseguimos curar, e que nos dão realmente muito prazer, entre outras, no sentido de... voltamos a ver o paciente realmente bem. Depois não é como outra especialidade, de tu dizer, bom eu dou um medicamento - tá vai*

melhorar e não vai mais se incomodar com isso. Então não é igual, e aí dá um pouquinho de revolta, da tristeza por ter perdido um paciente. Por outro lado, a gente tem que saber, claro, evidentemente não podemos deixar que isso invada a nossa vida pessoal, todo dia. Porque eu não vou estar sentindo, entende?! toda essa tristeza diariamente, porque aí eu termino com a minha vida. Então por isso aquele limite que eu te contava”. (Rita)

Percebe-se que estes conteúdos emocionais suscitam sentimentos e emoções que, em algumas vezes, quando detectados a tempo, são controlados, na tentativa de não serem externalizados, exercício que parece ser freqüente, conforme pode ser observado no processo da pesquisa. Por outro lado, em algumas situações, estes conteúdos assolam de tal modo que o profissional parece nem percebê-los, sendo incapaz de evitá-los ou de encontrar um modo de expressão adequado. Para ilustrar como os sentimentos são despertados, selecionaram-se duas descrições do diário de campo²¹, que evidenciam a presença de sentimentos mobilizadores, tanto do paciente e do médico, como da pesquisadora.

- “O paciente com determinado tipo de câncer, entra na sala, trazendo muitos exames. O mesmo nem se acha em tantos papéis que trouxe (fato já observado com outros pacientes). O médico inicia o atendimento e começa a investigar. Percebe que o paciente fez uma cirurgia dois anos antes, em uma localidade do interior. Sem perguntar nada, ou fazer algum comentário, o profissional fala para o paciente que não entende como ele pôde ter confiado em um médico do interior. E adverte que, quanto maior a cidade, melhor o médico! O paciente explica que pagou particular, numa tentativa de mostrar que fez algo que considerou correto. O profissional examinando um pouco mais o histórico do paciente, e em conversa com o mesmo, percebe que ele estava aguardando atendimento há um ano. O médico indaga o porquê de ele ter ficado esperando. O paciente explica que na cidade dele, no serviço de saúde, faltavam alguns papéis e que tinham dito que era demorado. O profissional assume um tom de bronca, e diz para o paciente que ele não poderia ter ficado esperando (cobra dele)... O paciente, pessoa humilde, aparentando pouca escolaridade, diz que não sabia. O oncologista inicia um discurso perguntando em quem ele votou, dizendo que as pessoas têm que cobrar pela saúde, junto aos governantes que elegem. E, ao final, completa dizendo: você deveria ter vindo aqui em julho do ano passado.” (Trecho das anotações de campo – Registro de Campo, 2007)
- “Fico com um sentimento de pena do paciente. Pois me parece que ele realmente não compreendeu a gravidade do problema. Com relação ao médico oncologista, me parece que o mesmo foi um tanto rude com o paciente, externalizando certa

²¹ Todos os trechos selecionados, advindos do Diário de Campo ou dos Registros do Pesquisador, quando transcritos para este documento, tiveram o sexo dos participantes e a sua identificação omitida, por questões e cuidados éticos, assim como, a data específica da observação, pois o objetivo não era avaliar condutas individuais, mas captar a totalidade das ações destes profissionais.

revolta, culpabilizando-o. Parece que em certos momentos o profissional estava muito irritado com a situação, transferindo isso ao paciente, como se a responsabilidade fosse dele. Coloco-me no lugar do paciente e imagino o quanto deve ser difícil entender o que eles (médicos) dizem, até em termos de gravidade, pois o tempo todo se utilizam de termos médicos, algumas vezes até desconhecidos para mim. Por sua vez, entendo a posição do profissional, que parece encontrar-se preso em uma armadilha institucional e do sistema de saúde, que não acolhe seus atores. Nem mesmo disponibiliza algumas condições necessárias para que possam oferecer uma saúde digna às pessoas”. (Trecho das anotações de campo – Registros do Pesquisador, 2007)

Os trechos selecionados demonstram o modo como os profissionais são tomados, de maneira sutil, nem percebendo o quanto se mobilizam diante de determinada situação - seja pela gravidade do caso, pelo tempo de espera, pela humildade com que o paciente aguardou a consulta. Em resposta, acabam por demonstrar sentimentos, de uma forma talvez não adequada, que, por sua vez, podem suscitar implicações na relação médico-paciente.

Cabe ressaltar que estas emoções e sentimentos podem ser reativos/adaptativos, ou seja, configuram-se em reações que seriam esperadas, mas que, em função do contexto em que ocorrem, podem ser adaptativas ou desadaptativas (1.3.1). Os trechos selecionados do período de observação exemplificam e demonstram como a exteriorização dessas emoções pode acabar tendo um efeito iatrogênico na relação médico-paciente. Isso a princípio, parece não ser algo percebido pelo médico no momento de seu atendimento. L. A. Nogueira-Martins (2003) a este respeito relata que, frente às situações estressantes da prática médica, os profissionais podem apresentar respostas inadequadas e estas podem refletir no trato com os pacientes.

Uma das hipóteses para compreensão dessa não-percepção é que, em um curto espaço de tempo, de uma consulta para outra, às vezes em um período de 10 minutos, os oncologistas experimentam oscilações: entre emoções positivas, quando de algum êxito alcançado, e emoções negativas, quando diante da não-resposta ao tratamento. Assim, os profissionais parecem não se deter ao que lhe passa, numa tentativa de evitar essas emoções, conforme proposto pela literatura (Quintana et al., 2004). Sobre tal oscilação de emoções e sentimentos, Kovács (1992) assinala que, em unidades de pacientes com câncer, as emoções que o médico experimenta oscilam entre a sensação de tudo poder, e a frustração de não poder fazer nada diante da imprevisibilidade dos processos biológicos.

As entrevistas evidenciaram uma gama de emoções e sentimentos que são experimentados na prática do oncologista clínico. Para fins didáticos, optou-se por utilizar a denominação emoção “positiva” e “negativa” (1.3.2), pois assim o fez um dos participantes, como se separasse, atribuindo valoração, as emoções boas e ruins. Entretanto, salienta-se que as emoções consideradas “negativas”, muitas vezes, têm importância e apresentam um lado positivo. Neste sentido, compartilha-se com V. Carvalho (2006), quando afirma que o profissional não pode negar suas emoções, mas deve estar habilitado a lidar com elas, pois as mesmas se farão presentes ao longo de sua trajetória profissional.

- *“Eu acho que são muitas emoções, **emoções positivas e emoções negativas**. Eu acho que todas as emoções. Eu acho que não tem nenhuma forma que eu não tenha sentido. Eu acho que **emoção de alegria, emoção de satisfação, emoção de bem-estar, todas essas emoções podem estar presente**. Nós exercemos casos leves, médios e gravíssimos e, cada um deles, pode despertar alguma forma. E, **emoções negativas também. É difícil não ter tristeza, raiva, indignação, revolta, todos esses sentimentos, eu acho que não sobra um**”. (Tales)*
- *“Na verdade eu acho que é um pouco do que a família e o paciente sentem. Às vezes é... Não é aquele mesmo **desespero**, aquela mesma, mas muito mais a **tristeza, o luto, que a gente sente** que eles deixam transparecer e que... A gente está todo dia, cria esse... Principalmente quando se está mais tempo. (...) Às vezes, a gente vai ver toda a semana, vai ver todo o mês, então cria um vínculo. Não de amizade, mas é um vínculo diferente, mais forte do que um paciente que a gente vê uma vez por ano. **Então fica uma sensação de perda. Não é derrota, entende?! Não é nada assim! Não é ego ferido. Nada. É uma coisa que... pesada, mesmo. Dor, dor de tristeza mesmo, assim**”. (Luiz)*

Percebe-se que as emoções ditas negativas, como o pesar e o luto, são apontadas em função do vínculo que os profissionais estabelecem com os pacientes, uma vez que o acompanhamento médico oncológico exige certa frequência. Isso vai ao encontro dos dados apontado por Ramirez (1995), citado por L. A. Nogueira-Martins e M. A. N. Ramalho (2007), quando afirma que os médicos oncologistas clínicos apresentaram maior prevalência de Exaustão Emocional do que os profissionais dos cuidados paliativos. Exaustão Emocional refere-se a uma das dimensões da Síndrome de Burnout, que alude ao esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo.

A reflexão que se faz necessária não acena para a não-vinculação, ou para a construção de uma barreira emocional, mas, isto sim, para o fato de que se faz imperativo trabalhar os aspectos da personalidade e da subjetividade dos profissionais.

Quintana et al. (2004) apontam para a fragilidade no que tange à integração dos aspectos profissionais e subjetivos. V. Carvalho (2006) corrobora com o apontado, quando ressalta a necessidade de autoconhecimento, a fim de que os que atuam em saúde possam conhecer os pacientes que mais lhe mobilizam, sabendo identificar o motivo e o porquê alguns lhe tocam mais e outros menos.

- ***“Os positivos... eu gosto quando a gente faz uma coisa e dá certo. A sensação de bem-estar, de dever cumprido, que você ajudou alguém... isso é muito bom, bem bom mesmo. (...) Os positivos seriam assim, você saber que conseguiu ajudar uma pessoa que precisava né. Isso é muito bom, é um sentimento muito bom. Dever cumprido! Fiz minha tarefa, pronto, que bom”.*** (Jonas)
- ***“Eu sinto que às vezes inexplicavelmente eu vou muito bem para casa. Depois do atendimento, depois de sentir que vi coisas pesadas, mas é que é uma sensação assim de dever cumprido, o prazer de ver alguma coisa realizada, de ter feito, mesmo que seja um pouco, de ter feito alguma coisa. E, isso é muito bom e isso é uma coisa positiva que eu levo. Eu não sinto aqui e vou sentir depois, e eu considero isso uma emoção muito importante e muito forte, muito gratificante isso”.*** (Tales)

Entre as emoções e os sentimentos ditos positivos, os profissionais apontam a satisfação de realizar uma tarefa, como a de auxiliar alguém que precisava; a noção de dever cumprido, de que alcançou aquilo para o que os seus esforços estavam direcionados. Estes dados vão ao encontro de M. A. N. Ramalho e M. C. F. Nogueira-Martins (2007), que, em pesquisa realizada com profissionais da oncologia pediátrica, apontam a necessidade de reconhecimento profissional. Os autores (M. A. N. Ramalho & M. C. F. Nogueira-Martins, 2007) complementam, utilizando os dados de Rodrigues (1998), afirmando que o sentimento de satisfação no trabalho é um importante recurso na proteção com relação aos problemas relacionadas ao estresse.

Um dos elementos que merece destaque, entre os sentimentos apontados e que se configura como item importante desta análise, traz à tona a questão que permeia a formação e a prática médica: a onipotência. Neste sentido, entre os sentimentos apresentados pelos participantes, alguns trazem a questão da impotência x possibilidades (1.3.3).

- ***“Vergonha, por exemplo, é uma delas. (...) A vergonha é numa circunstância bem especial. É quando eu chego com o paciente, eu sei que eu não tenho mais o que fazer. O paciente tem demandas. A medicina já não tem mais respostas (risos) para aquilo. E eu fico envergonhado de chegar e, dizer isso***

*para o paciente e para família dele. (...) Mas o sentimento que eu tenho mesmo, lá no fundo, no fundo, diante desse paciente é vergonha. **Eu fico envergonhado, de não poder ajudar mais aquele cara ali, de sei lá, fazer alguma coisa para que ele não sofra. Eu fico envergonhado, mas eu acho que a vergonha é diante de mim mesmo, da minha própria cobrança. Mas isso aí é um sentimento muito freqüente, né**". (Jonas)*

- *“Então, eu acho que uma das coisas que às vezes me frustra é justamente, eu fazer alguma coisa, e a resposta não ser aquela que eu esperava. (...) Então assim... a pior sensação que tem para mim é uma sensação de impotência. De que eu estou limitada que, talvez, eu não vou conseguir fazer, exatamente, o que eu acho que é o mais adequado”. (Alice)*
- *“Às vezes, essa sensação de que a gente não está fazendo nada, essa cobrança, até por alguns problemas de comunicação que cercam esta especialidade. Isso às vezes me angustia muito. E, muitas vezes, assim, a gente acha que um caso que tem tudo para dar certo e dá tudo errado. Isso num primeiro momento te choca, apesar de tantos anos de prática, que eu tenho”. (Leda)*

Os exemplos selecionados apontam a vergonha e a frustração que o profissional experimenta diante de situações em que não têm uma resposta, um recurso terapêutico para ser oferecido, ou diante de uma tentativa que não apresentou os resultados esperados. Nessas ocasiões, o profissional parece corporificar a visão que tinha quando do início da profissão médica, mas ainda muito presente no imaginário das pessoas e dos próprios médicos, de que o mesmo é dotado de poderes místicos que lhe outorgam a possibilidade de curar o corpo e tratar as almas (Grosseman & Patrício, 2004b), senhor da vida e da morte (Kóvacs, 1992).

Diante da cobrança pessoal, na tentativa de dar solução às questões que se apresentam e ao corporificar esta idéia de um salvador, o profissional pode referir sentimentos de irritação frente às limitações cotidianas:

- *“A outra é **irritação**. Assim... eu sei que lidar com os pacientes oncológicos, exige também que você lide com a família. (...) Só que, assim, tem um certo limite, entendeu? Que eu acho, para a invasão da família, para a cobrança, para a exigência, para o questionamento, para curiosidade. **Quando aquilo se torna excessivo, entendeu... aí eu me sinto, bastante incomodado. Bastante mesmo. (...) Então, aquela mesma sensação de abuso, entendeu? Você vai falar com o paciente... fala com o acompanhante uma, duas, três, quatro, dez vezes... assim, Dr. o caso do meu marido é grave? Aí eu tenho que fazer, aí é grave sim senhora, é muito grave. Pela milésima vez. Isso aí irrita. (...) Eu tenho que expressar paciência, não que eu a tenha. Mas, faz parte do meu show, vamos dizer assim**”. (Jonas)*

Ao assumir este papel, do lugar de alguém que sabe e possui as respostas, o médico também passa, em contrapartida, a ser mais cobrado, pois as pessoas também o colocam nesse lugar. Lugar este incentivado, muitas vezes, nos cursos de medicina, este assunto será desenvolvido na subcategoria 3.3. Assim, percebe-se, que em algumas situações, o sentimento de irritação pode refletir-se no trato com o paciente. Comunga-se com V. Carvalho (2006) que esta preparação do profissional exige conhecimento sobre a comunicação, uma vez que, geralmente, as informações que causam mais impacto emocional necessitam de mais tempo para serem elaboradas. E o profissional deve estar disponível para isso e considerar este fato.

No exemplo acima, percebe-se que o profissional faz um esforço, como ele mesmo diz, para expressar paciência. Entende-se que, ao fazê-lo desta forma, mobiliza muita energia e recursos psicológicos para agir com mais disponibilidade. Desse modo, aponta-se novamente a necessidade que clama, entre estes profissionais, de apoio e suporte, não apenas para compreender, mas para trabalhar aquilo que lhe mobiliza.

Interessante ressaltar, ainda, que, ao assumir o lugar de alguém que detém o poder da cura, em que a reflexão sobre o poder, implícito na relação médico-paciente, não é um aspecto trabalhado com os profissionais, o oncologista acaba tendo um sentimento de responsabilidade para com o paciente. E essa responsabilidade que o profissional sente pode se traduzir em irritação, raiva, e também o sentimento de pena, sentir-se penalizado diante da piora de um paciente.

- *“**Sentimento de responsabilidade pelo paciente.** (...) Eu vejo que a grande maioria dos oncologistas sente isso - **pena, impotência** - eu acho que essas duas coisas... **a tristeza, a alegria**, às vezes, nem sempre, mas, algumas vezes, **raiva também.** Algumas vezes, também. Como em toda profissão, né, uma variedade de coisas, mas eu acho que são essas”. (Cleusa)*
- *“Às vezes em relação aos pacientes, a gente poderia colocar aqueles pacientes mais antigos, que você já conhece a mais tempo. Que você já desenvolveu uma relação médico-paciente muito mais aprofundada e você acaba nutrindo certo carinho, simpatia pelo paciente. E, quando esses pacientes tem uma piora da sua doença ou tem uma recidiva da sua doença, **você se sente penalizado também**”. (Moisés)*

Esses dados também vão ao encontro de Esslinger (2004), pois esta ressalta que sentimentos de fracasso, raiva, impotência e frustração estão presentes em situações em que os profissionais de saúde se colocam enquanto combatentes da doença e da morte. Para finalizar a discussão sobre este elemento de análise, dos sentimentos e emoções

relacionados à impotência x possibilidade, destaca-se um depoimento que talvez explicita a essência do que foi apresentado, haja vista que estes sentimentos são vivenciados em função de um papel que o profissional médico ocupa. Papel este que, tanto lhe foi ensinado, como, em alguns casos, acaba sendo-lhe imposto pelos pacientes.

- ***“Eu sinto e imagino que todos os outros sintam também. Aí, o que eu não sei o quanto isso é satisfação ou o quanto isso é peso. (...) Quando era mais novo, no começo, isso me dava muita satisfação - ter poder sobre os outros - não muita satisfação. Mas eu tinha certa vaidade sobre isso. Só que não é uma satisfação, porque eu não tinha uma satisfação agradável, sobre o sofrimento alheio. Mas acho que era questão de vaidade. De fazer parte desse grupo de pessoas, tão pequeno, porque os oncologistas são muito poucos, que detêm esse poder tremendo nas mãos. Tem uma certa vaidade. Depois, isso foi muito rápido, depois, eu vejo que isso, é cada vez mais um fardo, que você tem que conviver. (...) E, também depois, de centenas de atestados de óbitos, depois de centenas de reuniões com as famílias. (...) Depois de centenas de conversas com o pai, o filho, o irmão, esposa, marido, dizendo que o sujeito está piorando, e no dia seguinte que tá piorando, e depois que tá piorando. Isso aí vai te criando uma outra sensação, que vai substituindo completamente aquela tua vaidade. Que eu acho que é uma coisa muito mais real, e isso vira um peso realmente. Isso é um poder, e é um peso. É como eu me sinto”.*** (Jonas)

Este último depoimento retrata a sedução que este papel, de alguém que possui poderes sobre a vida e a morte (Ramos-Cerqueira & Lima, 2002), exerce sobre o profissional. No entanto, percebe-se que este deve estar preparado para lidar com esta idealização, tendo em conta que esta configura-se em um fardo para o profissional, mas que só será percebido como tal depois de algumas experiências insatisfatórias em relação a isso. Pode-se dizer que, no início da profissão, o oncologista ao identificar-se com este papel, busca fazer jus a ele, mas que, diante das situações em que isto não se concretiza, percebe a dificuldade em manter-se nesse lugar.

Talvez este depoimento reflita o âmago do exercício dos profissionais, tanto que parece ser algo interdito, proibido, ou pouco comentado. Até porque, ao destacar essa sensação de poder, talvez responda mais a uma questão de vaidade, trazendo à tona características conflitantes, como aquelas atribuídas ao médico: altruísmo, beneficência e devoção ao próximo.

Diante do exposto, percebe-se que o oncologista clínico depara-se com diversas situações que lhe despertam os mais variados sentimentos. Muitas vezes, estes são geradores de estresse, instabilidade emocional, tensão e angústia. Cabe salientar que estes sentimentos variam de pessoa para pessoa, pois aquilo que toca a um, e que lhe faz

sofrer, pode ser diferente para o outro, justamente, porque cada um tem sua história de vida.

2. A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL SOB A ÓTICA DA HISTÓRIA DE VIDA

Esta categoria apresenta a influência da história pessoal e trajetória de vida na leitura que os profissionais fazem a respeito de sua atividade profissional e as implicações da profissão sob a vida privada.

2.1 Ressonâncias do ciclo vital individual e/ou familiar x vivências profissionais

A subcategoria em questão agrupa concepções pessoais, que são fruto da repercussão da prática profissional sobre o ciclo de vida individual e/ou familiar, e vice-versa. Sobre “ressoar” tem-se que o termo refere-se ao ato de “ecoar, repercutir, propagar algo”. Deste modo, entende-se que este movimento pode se dar nos dois sentidos: tanto a vida pessoal pode ter ressonâncias na esfera profissional, quanto a prática da oncologia pode repercutir na vida privada. O depoimento a seguir demonstra como a relação médico-paciente e a prática da medicina não estão isentas destas ressonâncias:

- *“Talvez algumas situações que os pacientes apresentem eu me identifique, com algumas situações que eu também passei na vida, muitos anos atrás, entendeu. Tem uma certa identificação pessoal, com aquele pequeno detalhe ali, e aquilo ali chama minha atenção, aí concentra, entendeu. E aquela concentração, me puxa mais pro lado daquele paciente ali”.* (Jonas)

Neste sentido, compartilha-se com Goldner (1985) apud McGoldrick (1995) que não se pode ignorar a complexa interpenetração da vida privada, entendida como vida pessoal e familiar, e a esfera do trabalho. A dicotomização dessas esferas como duas instâncias distintas é uma ficção do século XIX. A idéia de que a família e o ambiente privado configuram-se em um refúgio do chamado mundo do trabalho ignora e acaba por negar a implicação de um âmbito no outro. Além disso, institui a noção de que a pessoa pode ser diferente nos dois ambientes, como se a pessoa não fosse sempre a mesma, na sua totalidade, apesar de agir ou demonstrar atitudes distintas.

O próximo exemplo selecionado apresenta o quanto estes dois universos, da família e do trabalho, estão imbricados. Percebe-se, ainda, o ritmo que a profissão

imprime na vida do profissional, sendo que, mesmo, quando está no ambiente que seria o refúgio (ou seja, sua vida privada), o médico sente que o trabalho está presente.

- *“Eu acho que o meu dia-a-dia às vezes é meio maluco (risos). Eu acho que eu vivo uma pressão, sob uma pressão muito grande. Eu não minto, não. Eu gosto! Mas, é realmente sob pressão. Se eu comparar com outras pessoas da minha idade, até de outras profissões, ou até da mesma profissão... Realmente, ela exige muito de mim, é muita ginástica para você ter uma vida legal. (...) você atender uma tarde inteira de consulta, uma manhã inteira de consulta, atender muito telefonema, precisa ter uma... Saber que se você vai viajar para fora, o que for, o teu telefone vai tocar... Então esse ponto de vista, isso é proporcional” . (Caio)*

O primeiro elemento de análise a ser apresentado ilustra justamente o quanto a fase do ciclo vital familiar em que o indivíduo encontra-se e o seu ciclo de desenvolvimento individual interferem na leitura que os oncologistas fazem sobre o paciente, e por outro lado, no modo como eles se relacionam consigo mesmos. Afinal, conforme será demonstrado, a maneira como o profissional percebe a sua prática, direcionando maior ou menor atenção a determinados casos, inclusive o que mais lhe mobiliza, relaciona-se com a sua experiência de vida pessoal.

- *“Mas eu acho que um drama maior é o paciente jovem quando tem filhos pequenos, criança pequena. A repercussão disso é muito grande, a gente percebe que o paciente tem um problema maior do que ele realmente é, porque existe a preocupação da falta do paciente perante os filhos. Pacientes com filhos pequenos... eu sinto que isso é um drama muito grande e sinto isso, e sinto que toca muito em mim também, pelo fato de eu ter um filho. (...) Então eu acho que esse drama é muito maior, muito maior e, de alguma forma, isso chega até mim” . (Tales)*
- *“E eu acho que a maioria dos oncologistas que estão na minha faixa de idade... A gente começa a ver que os pacientes começam a ter a idade da gente. Então, a gente começa muitas vezes a colocar isso assim: pô, poderia ser comigo, como tu vai lidar, como eu lidaria com família... Assim, no meu caso, assim, principalmente quando tem filhos pequenos... então são situações que acabam me deixando mais abalada” . (Alice)*

Os depoimentos demonstram a mobilização emocional diante dos pacientes que possuem filhos pequenos. É interessante ressaltar que os profissionais em questão encontram-se na mesma etapa evolutiva que alguns de seus pacientes, ao que Carter e McGolddrick (1995) denominaram de Estágio do Ciclo Vital da Família com Filhos Pequenos. Desta maneira, não há como deixar de apontar o modo como este tipo de

paciente vai ser observado, olhado, e a diferença na relação que vai se estabelecer com o profissional, diante desses casos, diferente da relação com uma pessoa em estado tardio da vida, por exemplo.

Além disso, no que tange a influenciar na leitura e abordagem que o médico tem com o paciente em determinada faixa etária e ciclo evolutivo, cabe ressaltar que as questões pessoais do oncologista, como a fase do desenvolvimento individual em que se encontra, trazem interferências no modo como o profissional lida com a sua saúde, no seu auto-cuidado e na sua vida pessoal, como pode ser observado no trecho do diário de campo:

- “Ao final de um dia de atendimento, o profissional comenta comigo que na semana passada havia ido ao seu médico particular para realizar consultas de rotina, do tipo *check-up*. E salienta que, junto, estava levando a solicitação de alguns exames, que julgava necessário serem feitos. Me fala, então, que o seu médico perguntou o que era aquilo tudo, referindo-se às solicitações. O profissional me coloca que, diante da sua prática clínica, percebe que, muitas vezes, pessoas que são consideradas fora da idade de risco, idade na qual não se solicitariam esses exames de rotina, apresentam câncer. Diante disso, o mesmo me justificou o motivo pelo qual fazia isso, e disse que, em resposta a pergunta de seu médico, disse a mesma coisa, acrescentando: *eu vejo isso acontecer todo dia, prefiro me resguardar*”. (Trechos das anotações do Registro de Campo, 2007).

Outro elemento que se fez bastante presente na fala de quase todos os profissionais alude às ressignificações que os mesmos fazem das situações da vida, devido ao contato com o tipo de paciente que atendem. A exposição a pacientes portadores de uma doença considerada grave, o câncer, assim como situações de dor e morte, em que a capacidade dos pacientes se encontra limitada devido à patologia, repercute em uma valorização na vida dos oncologistas:

- “***A oncologia me ensinou a curtir meu dia-a-dia, nas pequenas coisas. E isso, como eu estava te falando, isso eu devo talvez essas emoções que a gente sente de lidar com esses pacientes que vê que tem uma vida com limite, né. Que sabem que, em algum momento, a gente sabe que eles vão morrer em algum momento. E eu passo para eles isso aí, mas eles me ensinaram isso. Antigamente, eu era uma pessoa assim, de repente, aí que queria tudo perfeito, de repente, até dentro de casa. (...) Hoje saio e deixo para arrumar depois, e se não arrumo, não importa. Entende? Então uma postura que a minha profissão, os meus pacientes, talvez me ensinaram. Hoje eu não deixo de curtir (...) E curto desde o café da manhã***”. (Rita)

- ***“Então, isso para mim é uma grandeza muito grande, e são coisas que talvez eu não tinha antes, de saber o quanto é bom o normal. Importante o normal. Tem gente que não sabe que tomar água é uma coisa normal, nem valoriza isso. Eu sei o quanto é difícil isso. Porque eu vejo os pacientes com essa dificuldade, de tudo, de comer, de fazer as coisas mais simples e mais básicas. Então, isso é uma avaliação que eu tenho, é um aprendizado, um fato positivo que eu aprendi na oncologia, de valorizar as coisas simples e boas da vida, que aparentemente, para qualquer um é uma coisa básica. Então, eu vejo que o básico é bom, é bom ter o básico. Assim, muita gente, que reclama da rotina, que sua vida, que sua vida é uma rotina. É sem graça. Mas eu vejo como isso é bom. Muita gente não tem isso. Para muita gente a rotina hoje é fazer cirurgia, fazer quimioterapia, radioterapia. A rotina é outra para muita gente. E são coisas muito simples, coisas muito simples. Eu, hoje, não tenho necessidade, para ter prazer, de fazer uma coisa altamente complexa. Hoje as coisinhas simples me dão prazer. (...) eu acho que eu aprendi isso na convivência, no dia-a-dia com os pacientes. Não sei se com a idade isso foi acontecendo, ou com a prática médica ou com a prática da oncologia. Só sei que o fato é esse”.*** (Tales)

Apesar de a prática oncológica apontar para uma re-significação diante dos fatos e experiências cotidianas, percebe-se que a mesma traz importantes mudanças em termos da qualidade de vida dos profissionais. Paradoxalmente a esta filosofia de vida, de viver o hoje e aproveitar cada simples momento, sem preocupar-se com pequenas coisas, encontram-se intrínsecas preocupações com a prática, com o atendimento dos pacientes. Preocupações estas que refletem na vida dos oncologistas, traduzindo-se em apatia, dificuldades para dormir ou relaxar e problemas de saúde.

- ***“É muito difícil, porque é difícil de explicar. É uma situação assim, de sofrimento também. Eu sempre digo que o câncer é uma doença... deixa o médico numa situação, assim de estresse, a família do paciente, o próprio paciente e a família do médico. Porque eles também participam disso, quer queira quer não, você comenta isso, que está acontecendo um problema no seu dia-a-dia. (...) só que às vezes, às vezes é muito difícil você separar a sua atividade profissional da sua atividade não, da sua outra atividade, por exemplo, social no caso, de convivência com outras pessoas. Às vezes, essas situações que você vive no dia-a-dia do teu consultório refletem no outro círculo, vamos dizer assim, que você frequenta... Reflete assim numa maneira de pouca alegria, quando você está envolvido com outras pessoas, num outro ambiente... Você fica sempre com aquilo na cabeça, mesmo em férias. Mas isso eu acho que não é uma coisa tão incomum, porque tinha um artigo antigo de um professor de medicina, que ele dizia que, quem consegue se desligar totalmente é porque nunca esteve ligado. Então, é muito difícil dissociar isso. Medicina envolve sofrimento, também, para o médico”.*** (Celso)
- ***“Desde o início da profissão, se eu não tomar o indutor do sono, eu fico a noite inteira acordada, posso dormir uma hora, meia hora, acordo, durmo mais***

meia hora, fico duas horas acordada, e assim vai. E o tempo inteiro eu fico pensando, realmente, em situações que aconteceram, então eu tomo sempre indutor do sono”. (Cleusa)

- *“Meu sono é meio ruim (risos). Eu durmo pouco. Durmo tarde e acordo cedo (risos). Eu durmo pouco, porque eu não preciso dormir muito, na verdade. Eu sou um cara meio ativão, assim”... (Caio)*
- *“Fiquei hipertensa... eu tomo medicamento... há uns três anos”. (Deise)*

Alguns destes problemas, ocasionados não somente pela prática profissional, mas também dela decorrentes, aludem para sintomas de estresse. Neste mesmo sentido, Bevenides-Pereira (2002) aponta que incapacidade para relaxar, desânimo, mudanças bruscas de humor, depressão, distúrbios do sono, transtornos cardiovasculares, bem como cansaço físico e outros sintomas desta ordem, assinalam indícios de síndromes relacionadas ao esgotamento profissional, como o Burnout.

A respeito da sintomatologia decorrente do estresse em médicos oncologistas clínicos. L. A. Nogueira-Martins e M. A. N. Ramalho (2007) alertam para o fato de que os prejuízos decorrentes da atividade laboral não se encerram apenas no modo como os profissionais lidam com os pacientes, mas interferem na vida pessoal, afetiva e conjugal.

Como demonstrado anteriormente, a fronteira existente entre a vida privada e o trabalho é bastante tênue. Assim, não seria incomum que os problemas de uma destas esferas interfiram nos da outra. Os dados encontrados apontam que, atreladas à prática oncológica, as rupturas familiares na família do oncologista clínico também se fizeram presentes. Ao considerar os casos em que isso foi declarado, no total de participantes do sexo feminino (n = 5), três profissionais haviam passado pelo processo do divórcio. Para iniciar a discussão sobre esse elemento de análise, utilizar-se-ão dois depoimentos:

- *“Existe uma síndrome que atinge os oncologistas, que é o Burnout. Que é a imagem da vela que ilumina e se consome, e isso é real. E que entre os oncologistas haveria um grande índice de separações, suicídio e drogadição. Eu acredito que não exista, aqui na instituição, mais nenhum oncologista casado, do primeiro relacionamento, a maioria dos casamentos se desfez ou está muito ruim. Álcool e droga, aparentemente não existem que eu saiba. Mas deve haver muitos barbitúricos ou antidepressivos, e suicídio também não tem nenhum”. (Deise)*

- *“Eu acho que eu cheguei a um momento, assim, que ou eu mudaria isso, ou eu perderia as pessoas, né. (...) Veja o tempo que sobra pra mim e pra pessoas com quem eu vivo? Então, eu tinha muitos atritos. (...) Mas, também, eu não tinha tempo de conversar, de nada. Eu tive, tava tendo, atritos seríssimos com o meu marido, mas eu também não tinha tempo de conversar com ele. (...) Até a hora que eu percebi isso. Por exemplo, eu não tinha vida familiar com o restante da minha família. (...) isso tudo começou a me chamar muita atenção, precisou acontecer isso tudo (...) Pra eu ver que eu tava me tornando cada vez mais sozinha. E, se eu não mudasse as coisas, eu iria ficar completamente sozinha, eu, minha profissão e acabou. Então chegou num momento que v..., que eu cheguei, acho que foi um pouco assim, que me deu talvez, um insight de que tava tudo errado, e que eu deveria mudar, eu tava muito cansada, me lembro nessa época, muito cansada, fisicamente cansada, esgotada, fisicamente, como também psicologicamente”. (Cleusa)*

O depoimento anterior reafirma o quanto a vida profissional do oncologista clínico é atribulada, como dito no início da discussão desta categoria. Os afazeres e a atuação profissional, muitas vezes, acabam como que espremendo a vida privada em um pequeno canto, como se não houvesse tempo para conciliar as duas esferas. De fato, o que se percebe é que os profissionais, no início da profissão, parecem ser tomados por um ímpeto, no sentido de buscar fazer ao máximo; algumas vezes, perdendo a noção das possibilidades e das necessidades pessoais. Nesse sentido, V. Carvalho (2006) aponta que o câncer desperta ansiedade e angústia, tanto nos familiares, como nos profissionais. Estes últimos, por sua vez, na tentativa de responder a isso, engajam-se de modo intenso nas atividades profissionais. Isso pode ser percebido no depoimento abaixo.

- *“Foi uma especialidade que absorveu a minha vida. Nós conseguimos agora limitar o número de pacientes a 10 por dia, mas atendíamos 30 por dia. (...) Durante 20 anos foi assim. Até um dia que o casamento não agüenta, os filhos não querem saber de medicina, não querem saber de nada, porque dizem que esperaram horas pela mãe na frente de hospitais. Você não tem vida privada, não tem lazer, não tem vida familiar, não tem nada. Chega ao ponto de você não ir ao banco pagar as suas contas, porque o paciente que está grave é mais importante para você do que o juro e a multa que você vai pagar. E eu passei por isso. E eu reduzi as atividades profissionais oncológicas, e corri um risco de abandoná-las. Porque chega um momento que você vê que não vai salvar todos os pacientes com câncer do mundo. (...) E chega uma hora que você começa a ver que, além de médico, você é uma pessoa que tem outras necessidades. Eu não tirava férias. (...) Havia uma continuidade, porque os problemas dos pacientes nunca terminavam, os problemas dos pacientes novos, urgentes, nunca terminavam e a gente ia se envolvendo naquilo e ia. (...) Eu quando me separei... (...) Comecei um relacionamento novo, e percebi que o*

relacionamento anterior, não é que o parceiro fosse ruim, mas o meu estilo de vida era ruim. Era um estilo de vida insuportável para qualquer um”. (Deise)

O profissional, como ele mesmo diz, deixou-se absorver pela especialidade, na tentativa de responder às necessidades e à gravidade da doença. A esse respeito, Millan et al. (1999) citando Klein (1952), referem que um envolvimento muito intenso com os pacientes, até certo ponto exagerado, em que o profissional deixa de respeitar suas próprias necessidades, pode estar relacionado a sentimentos primitivos de fragilidade e desamparo. Assim, com base no depoimento, percebe-se que além de rupturas familiares, tanto no casamento, como conflitos com os filhos, a grande re-significação diante destas parece ser a compreensão da limitação, de que não vai poder salvar todos os pacientes com câncer.

Os dois últimos depoimentos apresentam, ainda, questões que merecem atenção. Ambas as profissionais têm mais de vinte anos de experiência profissional, e as duas apresentam indícios de que as rupturas, fortemente influenciadas pelas questões profissionais e pelo ritmo de vida, parecem ter determinado a necessidade de novos modos de vida, uma vez que perceberam que, ou a lógica se invertia, ou as rupturas iriam continuar, apontando para a perda dos vínculos. Diante dessas situações extremas, perceberam a possibilidade de uma nova chance: a possibilidade de redirecionar o modo e a relação com o mundo privado e do trabalho.

Esse redirecionamento acaba funcionando como uma nova possibilidade de re-significação, elemento apresentado anteriormente, pois, diante das rupturas, os profissionais com mais tempo de prática indicaram mudanças nas prioridades diárias da sua vida.

- *“Atualmente, eu hoje em dia, deixo horário para refeição, deixo horário para lazer, não é muito, mas deixo, deixo horário para o relacionamento pessoal, que antes eu não deixava. Então, atualmente, atender paciente é uma atividade dentro de um dia, não é mais a única atividade do dia. Chegou uma fase da vida que eu descobri que, se eu não parasse, morreria. Pelo excesso de demanda que havia e toda energia voltada para aquilo, e que eu não daria conta nunca, pois eu sou uma única pessoa. Agora eu tenho tempo livre. Agora eu crio e mantenho o tempo livre. Mas é uma batalha para conseguir manter esse tempo livre, que quando vê, eu estou novamente ocupada”. (Deise)*

É interessante apontar que a entrevista realizada com os médicos oncologistas questionava sobre as prioridades no dia-a-dia do profissional. Para os que tinham passado por alguma ruptura familiar, estas eram claras: indicavam na direção de

priorizar a vida pessoal, como que travando uma batalha para que o lado profissional não invadisse aquilo que estavam buscando resgatar ou cuidar – o espaço privado. Entretanto, os profissionais que não haviam passado por alguma crise neste sentido pareciam não saber responder quais eram suas prioridades, e, muitas vezes, falavam sobre as normas do serviço, atender primeiro as emergências, depois os pacientes em quimioterapia e assim por diante. Realmente não sabiam apontar as suas prioridades.

Sob o exposto, Shanafelt (2005) refere que entre as situações que os oncologistas devem aprender a conviver, encontra-se a incapacidade de controlar seus afazeres e compromissos. Desse modo, há que se refletir sobre as ressonâncias do ciclo vital familiar e/ou individual, pois, talvez, se os médicos da oncologia tivessem um espaço de troca e reflexão sobre estas interferências, os profissionais que não tiveram nenhuma ruptura poderiam, de certo modo, estar mais preparados para lidar com estas intersecções, como que aprendendo com os outros. Isso poderia prevenir futuros problemas dessa ordem na vida de alguns, e, ao mesmo tempo, os profissionais teriam mais clareza sobre suas prioridades, entre a realidade possível e as suas limitações.

O desenvolvimento de espaços para reflexão e discussão dessas interferências que refere-se às dificuldades e facilidades da prática profissional, assim como algumas considerações que os médicos fazem a respeito daquilo que concebem sobre sua prática, como se estruturam a formação, os valores que fundamentam e embasam o profissional; são alguns dos temas que serão discutidos e apresentados na próxima categoria de análise.

3. CONCEPÇÕES SOBRE SER E FAZER ONCOLOGIA

Esta categoria compreende os aspectos relacionados às concepções, ou seja, àquilo que os profissionais pensam, suas idéias e opiniões sobre o médico oncologista clínico, sua prática e seu fazer profissionais. Desse modo, reúnem-se, nesta, três subcategorias que apontam as facilidades e dificuldades dos profissionais no exercício da oncologia, bem como as considerações que se fazem a respeito de algumas etapas da formação e a da profissão.

3.1 Aspectos facilitadores da prática

A primeira subcategoria refere-se aos itens que foram considerados facilitadores do exercício profissional do oncologista clínico. Entre estes, os profissionais

salientaram aspectos que vão, desde a estrutura institucional, até condutas pessoais, como a abordagem e a vinculação presentes na relação médico-paciente.

Os médicos apontam que a experiência profissional favorece no sentido de possibilitar amadurecimento e maior habilidade para lidar com os pacientes oncológicos.

- ***“Eu acho que com o tempo, com a idade que a gente vai tendo, a gente vai sabendo melhor como lidar com essas situações, né. (...) Então, assim, quando tu consegue criar um bom vínculo com o paciente e com a família, tudo fica mais fácil”.*** (Alice)
- ***”Pela maturidade e pela tranquilidade que te dá o tempo de profissão, né. A gente se sente muito mais segura, me sentia muito mais segura depois de alguns anos”.*** (Cleusa)
- ***“Eu digo, assim, que a minha experiência em lidar com as pessoas, com as quais eu lido, esses pacientes, né, vai me tornando cada vez mais hábil para lidar com eles. E, quanto mais experiência eu tenho, mais hábil eu me torno, do meu ponto de vista, eu posso estar completamente errado... Mais hábil eu me torno, e quanto mais hábil eu me torno, mais fácil isso se torna, entendeu?”*** (Jonas)

As experiências do dia-a-dia, tanto de êxito, como aquelas em que o resultado talvez não fosse o esperado, revelam a oncologia diante do profissional. Assim, o tempo de profissão (3.1.1) parece auxiliar o exercício profissional, uma vez que a experiência resulta em maior segurança nas decisões e condutas a serem tomadas.

- ***“Eu acho que o dia-a-dia é pródigo. Porque no dia-a-dia você tem coisas novas, às vezes tem problemas, você tem vitórias, você tem derrotas... Eu acho que o dia-a-dia é crucial para o amadurecimento do oncologista, não só como profissional; como pessoa também. (...) que tem que saber separar um pouco o lado profissional do lado”...*** (Caio)

A experiência profissional facilita o manejo das duas esferas - profissional e pessoal - como se discutia anteriormente. As reavaliações que vão sendo feitas com o amadurecimento profissional serão aprofundadas na categoria cinco, pois configuram em estratégias de enfrentamento psicológico.

Porém, ainda sobre o tempo de profissão, cabe salientar que, no decorrer dos anos, foram incrementadas as tecnologias médicas e as possibilidades terapêuticas, disponibilizando novas alternativas para o profissional. Sobre este aspecto, Penson et al.

(2000) salientam que os profissionais formados depois da década de 80 apresentam menor frustração profissional, devido à maior credibilidade dos efeitos terapêuticos de suas intervenções. O passar dos anos vêm, portanto, facilitando a prática do oncologista clínico, que além de amadurecimento, agrega a evolução terapêutica, tanto dos medicamentos, como das técnicas diagnósticas.

Entre os elementos identificados que facilitam a atuação do oncologista, encontra-se a autonomia (3.1.2), seja de ter liberdade para organizar a rotina das atividades cotidianas, bem como auto governar-se e gerenciar o dia-a-dia.

- ***“Primeiro, eu não bato ponto em nenhum local... não tenho um horário para cumprir, de chegada e saída a não ser o compromisso que eu assumo de atender as pessoas. (...) Então, eu posso fazer meu horário. Este é o aspecto mais, é o que mais facilita. A tarde é da mesma maneira. Posso começar às duas, uma e meia, um hora, depende de mim. Então, e fora isso, nada, tentar manter sempre esse horário, que daí não atrapalha”.*** (Luiz)
- ***“As facilidades que eu tenho, eu tenho carro, tenho celular, isso tudo ajuda. E, sei lá, a gente tem muita autonomia, assim como médico, a gente se cobra essas coisas, mas assim, a gente tem muita autonomia de poder organizar esse horário, e isso também é ótimo, porque às vezes, quando as pessoas colocam para mim, o meu ‘Schedule’, eu já não consigo, entendeu. Eu é que tenho que me organizar. Essa coisa assim, ahm a partir de agora tem que ser assim.... daí já.....tem que ser dentro desse meu ritmo, que eu já tenho mesmo”.*** (Leda)
- ***“Autonomia do médico. Eu sempre digo assim, que o bom de ser médico é que, por mais que, administrativamente, um médico às vezes pode estar sujeito ao outro do ponto de vista da medicina todos os médicos são iguais, né.”***(Jonas)

Os depoimentos mostram que a liberdade de organização do horário, a facilidade e autonomia proporcionada por alguns bens de consumo, como ter carro e celular, aliados à não-subordinação a nenhum superior ou outra pessoa auxiliam estes profissionais no fazer diário. Nesse mesmo sentido, a possibilidade de unificar duas atividades em um mesmo endereço, evitando a locomoção para mais de um lugar, hospital ou clínica, auxilia na autonomia dos profissionais.

- ***“Eu acho que uma das coisas que me facilita é o fato de que a maioria dos pacientes que eu estou responsável por acompanhar estão internados no hospital X, e eu tenho meu consultório lá dentro. Então, isso é uma coisa que me facilita. Eu tenho um endereço único, para fazer duas atividades. (...) Então, assim, tu conseguir unificar o atendimento em um único endereço, facilita”.*** (Alice)

A estrutura da instituição pública (3.1.3) em que atuam também foi apontada como uma das facilidades, haja vista que a mesma dispõe de recursos, humanos e técnicos.

- *“Acho que a estrutura, a estrutura onde eu atendo. Nós temos uma estrutura aqui multidisciplinar, em que estes pacientes são atendidos por vários profissionais e isso ajuda muito. Eu ter que me ater a minha área só, de atuação, isso é muito tranquilo e cômodo para mim, saber que ele vai ser bem atendido em outras áreas, então esse aspecto multidisciplinar me ajuda muito. É, o que facilita o meu atendimento também, é saber que eu estou num local que eu posso oferecer um tratamento de boa qualidade, também. Eu estou numa instituição que eu tenho a disponibilidade de usar os recursos diagnósticos e terapêuticos e isso me facilita muito”. (Tales)*

Um dos pontos que merece destaque no depoimento do profissional, ao ressaltar a estrutura, especialmente a questão da multidisciplinariedade do serviço público, refere-se ao trecho em que o mesmo explicita que, em função disso, pode ater-se apenas a sua área de atuação.

Sob este aspecto, convém salientar que, muitas vezes, conforme observado em campo, os médicos compreendem esta estrutura de um modo, talvez, inapropriado. Como se o fato de a instituição contar com outros profissionais o eximisse de trabalhar com os aspectos que não considera de sua alçada. Esta percepção, da pesquisadora, não deve ser generalizada. Apesar disso, o trecho selecionado do diário de campo ilustra as bases em que a mesma se fundamenta.

- *“Os atendimentos iniciam em torno das dez e meia da manhã. Logo em seguida entra na sala, que já estava com a porta aberta (comum entre os médicos – pois as portas dão acesso a um mesmo corredor, em que trocam informações, entram e saem secretárias, residentes e pessoas do serviço), uma enfermeira. A mesma, entra dizendo que chegou um paciente em uma ambulância, e que o mesmo estava morrendo, e, pelo que lhe tinham dito, não estava mais se mexendo. O profissional pede um estetoscópio e imediatamente vai até a recepção, de onde avista uma ambulância estacionada, com uma senhora chorando, em pé, do lado de fora. O médico entra na ambulância junto com a enfermeira, ambos saem e o profissional fala que, realmente, o paciente havia morrido. Mas, quando fala, se dirige a mim e a enfermeira. Muitos pacientes se juntam para olhar e ver a correria que se segue. O médico faz um movimento, dirigindo-se de volta para dentro da instituição, ao passo que a senhora, ao lado da ambulância, lhe questiona: *Ele morreu? Meu marido morreu?* O profissional lhe diz que sim, e pede que lhe acompanhe, mas vai andando mais rápido a sua frente. Eu acabo ficando mais para trás, perto da senhora. Ao chegar na sala de espera, o médico*

vai atrás da assistente social, que possui sala neste mesmo saguão. E eu resolvo conversar com a senhora, que, muito abalada, senta-se e chora. Em seguida, muito rapidamente, o profissional me sinaliza, para que traga a senhora para sala da assistente social. Apresenta a assistente à senhora, que entra e senta-se, e nós nos retiramos”. (Trecho das anotações de campo – Registro de Campo, 2007)

- “Nessa situação, mesmo tendo clareza do meu papel, enquanto pesquisadora, não consegui me omitir e deixar de acolher e escutar a senhora. Se não o fizesse, ética e pessoalmente, me sentiria mal, principalmente por deixá-la desamparada naquele momento. Questionei-me sobre a breve relação que se estabeleceu entre o médico e o familiar, e, como percebi que a senhora estava sozinha, optei por ficar com ela naquele momento”. (Trecho das anotações de campo – Registros do Pesquisador, 2007)

A situação selecionada traz a questão da multidisciplinariedade de um modo muito fragmentado, como se isso significasse uma divisão de tarefas. Assim, o profissional, diante do evento da morte, interpreta que a senhora necessita da assistente social para auxiliar na papelada, julgando que a questão implicada era de cunho social. Entretanto, nem o médico nem a enfermeira, ambos presentes durante o exame que atestou a morte, estabeleceram uma relação de atenção com a esposa do paciente que havia falecido. Era como se o que lhes cabia, auscultar o coração e os sinais vitais, já tivesse sido feito.

Nesses termos, a discussão aponta para o fato de que a facilidade de ater-se apenas à área de atuação médica não exime o médico de ter contato com aspectos subjetivos ou sociais, como se os queira denominar. A relação entre o profissional no momento que presta o atendimento, mesmo que só para verificar sinais vitais, constitui-se um momento de atendimento do oncologista com o paciente e sua família. Esta divisão disciplinar, tomada dessa forma, vai ao encontro do que propõe Pitta (2003), quando afirma que a divisão das áreas de atenção em saúde em especialidades favorece a não-responsabilidade dos profissionais diante de um caso.

Outro elemento de análise dessa subcategoria aponta que a adoção de um método de trabalho (3.1.4), como, por exemplo, a organização do número de pacientes que serão atendidos, favorece o desenvolvimento das ações dos oncologistas.

- ***“Então, a limitação do número de pacientes, eu acho que facilita muito, a nossa vida, isso é uma coisa que a limitação de agendamentos, a limitação do número de vezes que você vai pra uma instituição pública”... (Cleusa)***

A unificação dos dias de atendimento, prática comum entre os participantes, procura condensar os horários, muitas vezes, em turnos quase que ininterruptos: manhã e tarde, sem intervalos. Além disso a organização pessoal e a adesão a certas rotinas também são apontados como facilitadores.

- ***“Trabalhar dentro de um método, de um ritmo. E procuro manter sempre tudo bem organizado, em termos de local de trabalho, de atendimento, de organização de prontuário, tudo. Procuro seguir um método organizacional. (...) eu procuro ser bem objetivo naquilo que faço, procuro priorizar aquilo que é necessário, evito perder tempo com atividades desnecessárias”.*** (Zeno)

Sobre esta metodologia de trabalho, convém salientar que, durante o período de observação, perceberam-se situações em que o profissional, antes de iniciar suas atividades, organizava a sua mesa, minuciosamente, dispondo objetos e papéis (receituários, solicitações de exame, etc) em lugares que pareciam pré-determinados. Essa “arrumação” caracterizava-se como uma pré-tarefa, que levava algum tempo. Tais achados vão ao encontro de Pitta (2003), ao afirmar que a eterna procura por modos padronizados e a adesão por rotinas no serviço funcionam como rituais para postergar e controlar decisões.

Sobre a metodologia de trabalho, é interessante ressaltar que os profissionais responsáveis pelos cuidados paliativos na instituição apontam que a facilidade maior refere-se ao trabalho em equipe.

- ***“O que na minha rotina me facilita, não sei te dizer, não sei te responder isso. (...) Eu acho que é o fato de trabalharmos em equipe mesmo, de fazermos estas divisões, dividir o trabalho, tomar as decisões em conjunto. Eu acho que isso realmente é o grande facilitador”.*** (Moisés)
- ***“Ahm, sem dúvida, esse trabalho em equipe, que a gente tem. Isso aí, eu acho que é o principal. Eu não consigo mais trabalhar isoladamente, se eu fosse uma médica e fosse trabalhar num lugar que não tivesse uma equipe, acho que isso não iria funcionar”.*** (Leda)

A filosofia de trabalho instituída para abordagem dos cuidados paliativos é multidisciplinar (Melo & Figueiredo, 2006), pois a idéia é que se possa oferecer o cuidado de uma forma integral. Neste sentido, pode-se dizer que a equipe dos cuidados paliativos da instituição pesquisada atua com a noção de multi, ou seja, diversos campos de saber que se propõem a atuar simultaneamente. Apesar de, como já ilustrado anteriormente, nem sempre funcionar exatamente assim.

Entretanto, em alguns momentos observados, percebe-se que existem situações de integração e troca entre seus membros. Este encontro de saberes, através daquilo que lhes é comum, algumas vezes parece ampliar-se na direção de interdisciplinaridade (Minayo, 1994). Estas trocas foram evidenciadas quando dos atendimentos ambulatoriais, em que a enfermagem encontrava-se dentro do consultório, junto com o oncologista.

Por fim, o último elemento de análise (3.1.5) dessa subcategoria traz à tona algumas questões presentes no relacionamento médico-paciente, que foram apontadas como facilitadores. Dentre estas, encontram-se condutas, aparentemente controversas: por um lado, observar para além da doença do paciente de outro, ater-se apenas à doença.

- ***“É como se tivesse dois Jonas: um vendo a parte do paciente relacionada aos problemas médicos dele, e o outro acompanhando e analisando todo comportamento dele, como ele se mexe, o que ele fala, tudo. Então, aí eu consigo ver o sujeito de pelo menos duas formas diferentes. E isso é que me facilita. Na realidade é essa segunda coisa que me facilita, entendeu?”*** (Jonas)

Para explicar o olhar ampliado, que não focaliza apenas os problemas físicos, o profissional aponta que seria como se ele próprio fosse duas pessoas, uma que se atém ao que é problema de saúde e outra que visa à pessoa a sua frente. Já no depoimento que sinaliza que a facilidade se situa ao lado oposto disso, ou seja, em olhar apenas a doença física, o médico se vale dos outros profissionais para explicar o modo como ele pode se organizar, para se restringir apenas ao problema do paciente.

- ***“Eu aprendi a delegar. Então, tem funções que pessoalmente eu não me envolvo mais, eu coordeno. (...) se ater ao problema do paciente, a doença física... a doença física. E encaminhar o psicológico, encaminhar o social, encaminhar os outros aspectos para respectivas áreas”.*** (Deise)

O depoimento acima retoma a discussão apresentada anteriormente, de que as outras profissões são utilizadas como meios de escoar as “partes” do paciente que não interessam, ou que, conforme o profissional, não lhes cabe.

Os médicos apontaram, ainda, que a comunicação e a vinculação com o paciente e sua família facilitam a sua abordagem, sendo aspectos importantes da conduta do profissional. Citam, entre outras coisas, a capacidade de escutar o paciente, buscando

tranqüilizá-lo, e também o exercício de colocar-se no lugar do outro, para compreender melhor suas angústias e apreensão.

- *“Então, assim, quando tu consegue criar um bom vínculo com o paciente e com a família, tudo fica mais fácil. Então tu conseguir ter esse vínculo bom, vai ser mais fácil tu conversar que é o momento de parar de tratar, que é o momento um tratamento paliativo, ou de brindar junto as vitórias conseguidas”.* (Alice)
- *“Conversar com o paciente facilita muito, escutá-los, escutar as queixas, mas depois escutá-los. Assim, pelo menos uns cinco a dez minutos tu escuta, e tenta não interromper. Depois eu peço para eles me escutarem um pouquinho, e eu tento, assim, geralmente como eu te falei, acalmar o paciente, se ele está muito ansioso, falar que tem tratamento. Muitas vezes a doença se torna uma doença crônica e o tratamento é longo, eles precisam saber disso. E, geralmente assim, passo uma energia positiva para o paciente. (...) Mesmo assim, acho fundamental, tentar levantar o astral do paciente porque isso favorece mais um ponto do tratamento. (...) É fundamental tentar passar para o paciente, que ele tem uma expectativa, que ele tem um tratamento a ser realizado, que tem uma expectativa. Se não é de cura, de pelo menos de uma sobrevida livre de doença, de um conforto, de uma qualidade de vida melhor. E, assim, acho que isso é fundamental, isso realmente faz melhorar a consulta, principalmente as consultas de primeira vez. Na verdade, acho fundamental estabelecer, na primeira consulta, aquela confiança entre médico e paciente, que confia no tratamento que você vai oferecer, que confia que você vai estar ajudando, e ele também vai lhe ajudar. (...) Outra forma, também, que muitas vezes, eu falo para o paciente, muitas vezes me coloco no seu lugar. Isso é uma forma de tu entender muitas vezes porque eles estão tão ansiosos, com tanto medo, é se colocar um pouquinho do outro lado. Que nós amanhã podemos estar perfeitamente nesse outro lugar, ser um paciente, até porque qualquer médico pode ter um câncer hoje. Qualquer pessoa, né”.* (Rita)

Os depoimentos demonstram que alguns desses itens estruturam a base para a construção da relação entre o médico, o paciente e a família. Como será demonstrado na subcategoria subsequente, essas características são apontadas como importantes para construção da empatia e do bom relacionamento, mas podem ser também geradoras de dificuldades. Essa situação pode, de certa forma, ser antevista na última frase do depoimento acima, quando a profissional situa a importância de se colocar no lugar do outro e dá-se conta de que a doença poderia acometer ela própria.

Sob este aspecto, Meleiro (2005) pondera que os médicos são mestres em ignorar os avisos e recomendações que dão aos próprios pacientes, o que alude ao mito e à crença de que os mesmos são imunes à doença. Tanto é que, quando a profissional se dá conta da afirmação de que o médico pode ter câncer, acrescenta que qualquer

pessoa pode. Assim, as entrevistas demonstram que estar mais próximo do paciente também faz com que o profissional esteja mais próximo da sua “condição humana”, e não de alguém que detém poder sobre a vida e a morte.

3.2 Aspectos dificultadores da prática

A segunda subcategoria em questão alude às dificuldades apontadas no exercício e no cotidiano do oncologista clínico. São apontados três principais elementos de análise: a) dificuldades relacionadas às demandas e peculiaridades da própria especialidade (o paciente, a comunicação e, as emoções presentes no âmbito dos atendimentos); b) dificuldades relacionadas às condições de trabalho e, c) ao sistema de saúde. No que tange ao primeiro elemento, referente às peculiaridades da demanda da especialidade (3.2.1), os médicos apontam que as crenças e tabus de alguns pacientes dificultam o exercício profissional, interferindo no tratamento.

- *“Às vezes dificulta, dependendo de qual a igreja, de qual... que o paciente está ligado, às vezes isso traz dificuldade para o nosso trabalho, para a nossa atividade médica. Por crenças, às vezes, por crenças. Então, existem alguns tabus, em alguns pacientes, algumas crenças, e isso às vezes dificulta a nossa parte técnica de trabalho, mesmo”*. (Moisés)

A proximidade que o médico tem com os pacientes, anteriormente apontada, como um facilitador, traz também certa dificuldade, uma vez que o estar próximo, numa posição de empatia, coloca o oncologista numa situação de maior exposição e vulnerabilidade emocional.

- *“Geralmente quando tem um emocional muito grande, isso eu acho pode dificultar, a tomar algumas decisões. Então, de alguma forma, você tem que ser amigo, mas sem um vínculo afetivo... Eu acho que essa é uma das grandes dificuldades, que a gente tem na oncologia, tu ser amigo, mas não ser. Porque na hora que os pacientes morrem, se isso acontecer, a gente vai morrer muitas vezes (risos)”*. (Alice)
- *“Conseguir uma relação médico-paciente boa, e muitas vezes tu te colocar, um pouco, no lugar do paciente, também leva o profissional a sofrer um pouquinho mais. Tem que existir assim um limite, tu não pode também chegar a te envolver emocionalmente com a situação do paciente, até com a situação pessoal, familiar que eles estiverem sofrendo, não só da doença, entende. Muitas vezes, existem problemas sociais, socioeconômicos, financeiros, com filhos, etc. Com relacionamento entre eles, então eles conversam com a gente, agora a gente tem que saber um pouquinho até aonde podemos ajudar e até onde não podemos nos envolver. Porque então, aí, seria o meu final de semana*

um tormento. Se eu vou começar a ficar me envolvendo com a situação difícil, que está passando cada paciente meu, eu não teria condições de nem pensar em mim, de repente, no sábado e domingo. Então, a gente tem que fazer um exercício real, desse limite, de chegar, pronto, é até aqui eu posso fazer, aprender muitas vezes a dizer esse não, né. Vai até aqui, a partir daqui eu tenho que dizer que não, ou eu não sou o especialista indicado, você precisa de um psicólogo, você precisa de um nutricionista, eu não sou a melhor pessoa para lhe ajudar nessa área”. (Rita)

A dificuldade da vinculação com o paciente parece estar relacionada com a dificuldade de separação que o profissional evidencia, entre a sua vida e a vida pessoal do paciente. Afinal, este compartilha com o médico seus problemas, tanto de ordem social, financeira, psicoafetiva, além daqueles inerentes à doença. O oncologista faz, neste sentido, um exercício real, conforme salienta a entrevistada, para não se envolver. A respeito desta questão, Wolpin et al. (2005) discute que a distância entre o oncologista e o paciente é, muitas vezes, realmente complicada. Pois a distância que para ele pode ser, do ponto de vista emocional, mais segura, pode para o paciente não ser satisfatória. O paciente pode não se sentir acolhido ou compreendido.

Salienta-se, a esse respeito, que os profissionais deveriam estar preparados do ponto de vista emocional, até mesmo para que tenham certa tolerância, e não encaminhem todos os pacientes, na tentativa de resolver e colocar este limite. Sobre este aspecto, os autores Wolpi et al. (2005) apontam que conhecer técnicas e estar habilitado para a comunicação médico-paciente facilita lidar e estabelecer a distância necessária, sem relegar as questões subjetivas a segundo plano.

Entre as características da demanda, a idade dos pacientes pode configurar-se em uma dificuldade a mais, haja vista que os pacientes mais novos parecem mobilizar os profissionais de um modo diferenciado.

- *“Olha, geralmente me mobiliza muito atender pacientes novos, com um prognóstico ruim. Quando eu não posso curá-los e eles são novos, mobiliza. Não tem como não mobilizar, uma pessoa que tu vê que tem um período curto de vida, que não vai poder curtir, pelo menos as coisas da vida, isso me mobiliza bastante. Pois é, não sou pediatra, não sei como seria quando tens uma criança, quando morre uma criança, não sei, não gosto nem de pensar (risos). Mas aí, é, realmente tenho um pouco de dificuldade, com uma pessoa nova, eu sou... Os jovens são muitos mais revoltados com a doença, eles têm uma revolta, eles não conseguem lidar bem com a idéia de morte. Que é uma coisa, até acho que natural, o jovem não está preparado para morrer. Já o idoso está preparado para morrer, e aceita de forma, aceita entre aspas, de uma forma legal quando sabe que tem uma doença crônica, que bom, que pode levá-*

lo, ou que não tem mais nada para fazer, e tá, aceita. Agora, o jovem, isso me deixa, muitas vezes, muito triste, assim quando eu não posso oferecer um tratamento de cura”. (Rita)

Isto pode ser também identificado no período de observações, quando diante de consultas a pacientes jovens, na faixa dos treze aos vinte anos de idade, os profissionais pareciam inclusive demonstrar uma atenção diferenciada. Alguns profissionais, quando atendiam pacientes jovens, faziam questão de fechar a porta, falavam com um tom de voz diferenciado e pareciam mais solícitos a perguntas por parte do paciente. Não que os pacientes idosos não recebam esta atenção, mas justamente a sensação que se passa é diferente.

Este indicativo aponta na direção do que propõem Krebs, Garrett e Konrad (2006), quando afirmam que níveis mais altos de frustração na prática médica estão relacionados ao atendimento de pacientes jovens e com problemas psicossociais. Assim, talvez o âmago desta frustração se encontre na dificuldade de lidar com a possibilidade da morte em pessoas jovens. A esse respeito, Kovács (1992) aponta que trabalhar com a perda, com a morte do paciente, coloca o profissional diante do incompleto, o que fere a sua onipotência.

Entre as peculiaridades advindas da demanda da especialidade, o investimento dos pacientes, muitas vezes com poucas condições e as expectativas colocadas no profissional, foram também apontados como dificuldades.

- *“O principal aspecto, acho que é a demanda que essa especialidade tem para gente, a demanda da família, do próprio paciente. Às vezes, essa sensação que a gente não está fazendo, nada, essa cobrança, até por alguns problemas de comunicação que cercam esta especialidade. (...) principalmente assim quando essa questão do relacionamento, numa situação tão de estresse dos pacientes (...) principalmente aquelas famílias super-protetoras que tu não consegue ter uma comunicação clara com o paciente. (...) então essa coisa dessa mentira caridosa, isso, às vezes, eu tenho dificuldade”. (Leda)*
- *“Eu, o que me dificulta muito, por exemplo, o fato de ter uma instituição pública e relacionar principalmente a instituição pública ao paciente carente. Paciente que não tem, não é carente, um paciente que não tem condições de decidir as coisas... então eu assumo a responsabilidade, eu assumo o tratamento, eu assumo tudo. (...) A grande maioria, acho que 80% dos pacientes, vêm sozinhos, quer dizer não têm nem familiares que possam te ajudar a assumir essa responsabilidade. Então, isso tudo é uma coisa que estressa muito, é como eu te disse, você passa a se culpar, até de forma inconsciente pelo que tá acontecendo ao paciente, afinal você decidiu. (...) Então, o que, que acontece? O paciente se vira pra quem? Pro médico. Pra*

quem... quem ele tem. Quem ele tem pra conversar, quem ele tem pra reclamar, quem ele tem pra dizer o que tá sentindo, quem ele tem pra tudo. (...) Fica um referencial mesmo. E isso pra gente é um peso. Porque você não quer ser referencial de ninguém, você está ali apenas para tratá-lo, isso é o que nos ensinaram, só que a vida no dia-a-dia te mostra que não é bem assim". (Cleusa)

A carência dos pacientes para tomar decisões e responsabilizar-se pelo tratamento é agravada pelas condições financeiras, de modo que esta configura-se em, mais um aspecto de interferência na atuação do médico.

- *“Mais é a carência econômica do paciente. É aviltante ver uma pessoa que teoricamente trabalhou 30 anos, que chega e diz que não fez o exame porque não tinha dinheiro para pagar o passe do ônibus da Palhoça a Florianópolis. Isso é aviltante para um ser humano, porque a pessoa trabalhou durante trinta anos”. (Deise)*

Estes dados vão ao encontro do que propõe M. C. F. Nogueira-Martins (2001), quando observa que os pacientes investem, com propriedades poderosas e onipotentes sobre o profissional, desejos de cura e reabilitação. Desejos estes que, se não satisfeitos, desestruturam até mesmo o profissional, uma vez que, por vezes, o médico assume este lugar idealizado.

Conforme se pode observar nos depoimentos, o médico torna-se um referencial para o paciente, alguém a quem ele tem para recorrer, diante não apenas das dificuldades da doença, mas também dos problemas sociais e emocionais. Sobre a dificuldade de lidar com este papel – de ser referência para o outro, um dos profissionais refere uma situação em que o paciente, diante da melhora do tratamento, se ajoelha a sua frente.

- *“Alguns pacientes assim, que, que... que são extremamente ligados ao médico. E que você vê que a esperança que ele tem em cima de você é muito grande. (...) É quase uma referência divina, como se ele estivesse rezando a Deus e rezando a mim ao mesmo tempo. Eu senti isso na hora, entendeu. E isso me deu um constrangimento fabuloso, pena que você não estava lá no dia. (...) Porque eu fiquei constrangido, porque eu sei que ele vai morrer. Aquilo não vai salvar a vida dele. Tudo o que ele está fazendo, todo o sacrifício que ele faz, é transitório, ele vai morrer, isso que é terrível, entendeu?”. (Jonas)*

Essas situações e investimentos ao que o profissional está sujeito trazem à tona um rol de sentimentos e perturbações emocionais, com os quais o oncologista se encontra envolto. São situações em que estes são colocados num pedestal, mas que

talvez, em um ou dois meses, os olhares antes dirigidos a ele com muita esperança e gratidão não passem de olhares vazios e desesperançados. Assim, comunicar más notícias, como a hora de parar o tratamento, ou comunicar que os esforços terapêuticos não estão tendo resultados, configura-se em um evento difícil.

- ***“Eu acho que uma das grandes dificuldades que a gente enfrenta na nossa especialidade, às vezes, a gente mesmo, os pacientes e os familiares, é saber parar o tratamento. Algo assim, quando parar é uma dificuldade que todos nós passamos”.*** (Alice)
- ***“O que mais mexe com a gente, se for pegar, do que a gente faz, do paciente que a gente atende, é o óbito, a tristeza, e a falta de esperança, então é isso. Não só o óbito no momento que morre, a família fica triste, mas no momento da notícia de que o tratamento não está funcionando, agora a gente vai, vou suspender o tratamento, vou te dar um remédio para dor, é difícil aceitar isso, e é difícil que a pessoa aceite. Isso aí excede qualquer nóia... Tecnicamente, eu sei que devo parar, e que não vai adiantar mais eu fazer. Só que esta notícia não é fácil, de dar de uma maneira, vamos dizer assim, o menos agressiva possível, o menos drástica possível. Então, até hoje, pelo menos eu tenho, considero ainda, pouco tempo de profissão, mas isto é o mais difícil, com certeza. É o que mais desgasta. Certamente é o que mais me desgasta. Atender intercorrência, atender dor ou problema de quimioterapia, não tem problema. Agora, dizer que não adianta mais tratar, e que agora, quem sabe a senhora vai viajar e vai ver a sua família, isto aí é muito mais difícil. Muito mais fácil ver em filme, do que falar, do que falar ao vivo”.*** (Luiz)

A dificuldade de comunicação evidencia-se não apenas devido ao conteúdo do que vai ser falado, mas também pelo fato de que comunicar que os recursos disponíveis encontram-se limitados faz com que o profissional deixe de ocupar este lugar idealizado. Esta dificuldade foi também apontada por Valle et al. (2004) quando referem que a situação de comunicação é, de antemão, um evento considerado estressante para os oncologistas.

As dificuldades com relação às demandas da especialidade estão entre as primeiras coisas citadas pelos entrevistados. Entretanto, o segundo elemento de análise assinala que as condições de trabalho (3.2.2), frente a essas demandas, são percebidas como insatisfatórias. Assim, os oncologistas apontam o excesso do número de pacientes, o deslocamento para lugares diferentes, alguns problemas de ordem institucional/organizacional (falta de funcionários, questão salarial e burocracia) e o estresse.

- *”O número de pacientes que a gente atende, muitas vezes, assim, passa dos 12 pacientes, que a gente gostaria de atender. Na verdade, mais que 10 pacientes a gente já perde muito da qualidade da atenção, que a gente dá para eles”.* (Alice)
- *“Quando chega o período do atendimento na parte pública, é um atendimento também agendado, mas geralmente têm esses pacientes fora de agenda. Que a gente termina atendendo, que são intercorrências, fora da agenda. E que termina, assim, um pouco atrapalhando. Atrapalha, tumultua ou então, a gente fica depois do horário, ao invés de trabalhar 3 - 4 horas, trabalha 5 ou 6. Isso acontece”.* (Rita)
- *“Eu me desloco para três lugares diferentes no mesmo dia. Isso atrapalha, eu perco tempo nisso aí. Seria o que mais me atrapalha”.* (Luiz)
- *“Outro fator que atrapalha no atendimento é o excesso de pacientes que a gente atende. Eventualmente, existe uma sobrecarga no número de pacientes, que a gente atende. E isso eu considero um fator negativo. Eu falei sobre uma eventual dificuldade do sistema, um eventual excesso de pacientes, e eu acho, que o estresse... o estresse realmente é um fator que pode atrapalhar a qualidade do meu atendimento”.* (Tales)

A respeito da sobrecarga de trabalho, Congrains (1998) ressalta que o excesso de pacientes em uma instituição de saúde pode ser percebido não como uma necessidade de atenção humanitária, mas como uma situação na qual os profissionais devem se livrar. Este indicativo vem ao encontro dos dados desta pesquisa, pois, em diversos momentos do período de observação, os profissionais faziam brincadeiras (“*Nossa tudo isso pra mim?*”) ou até mesmo ficavam chateados (“*Se você vier aqui mais uma vez...*”), quando a secretária da instituição vinha até as salas de atendimento para agendar ou encaixar algum paciente que havia chegado. Algumas vezes, estes sinalizavam para que não marcasse mais, senão não iam dar conta de resolver.

O excesso do número de pacientes no serviço público, que, apesar de ter limitado o número de dez atendimentos/dia, extrapola a agenda dos profissionais com encaixes e intercorrências. Muitas vezes, conforme observado, chega-se a mais de vinte pacientes por dia (turno de trabalho). Isso pode estar relacionado com os dados da pesquisa de Silva e Arregi (2005), quando referem que a oncologia é uma especialidade pouco procurada no Brasil, sendo que, do total de médicos brasileiros, os oncologistas representam uma pequena parcela. Em levantamento realizado em 2002 por Caneiro e Gouveia (2004), apud (Silva & Arregi, 2005) os médicos que se declaravam oncologistas representavam 1% entre todas as outras especialidades.

A quantidade de médicos oncologistas pode ser um dos motivos pelos quais os profissionais estão sobrecarregados - problema que se agrava quando um profissional falta à instituição e os outros médicos presentes, além dos seus pacientes, dividem-se para atender os do colega. A carência de outros profissionais também se configura em uma das dificuldades relacionadas às condições de trabalho.

- *“Na verdade, existem algumas coisas que são pontuais, que são inerentes à estrutura organizacional da própria instituição. **Carência de funcionários. Funcionários assim, principalmente assim da área da enfermagem, técnicos de enfermagem. Falta psicólogo, falta fisioterapeuta, falta psiquiatra, falta fonoaudiólogo. Nós nos esforçamos, mas mesmo assim, tem muita deficiência. (...) às vezes, falta funcionário e os que estão algumas vezes são demitidos, porque encerra o contrato e é demitido. E, você vê que uma parte do teu serviço vai deixar de funcionar ou vai passar a funcionar mal”.*** (Moisés)

A burocracia, à qual os entrevistados se referem faz alusão à quantidade de papéis que devem ser preenchidos durante o atendimento. Conforme observado no período de campo, o preenchimento de documentos relacionados à consulta, a liberação de medicação e a solicitação de quimioterapia, entre outros, ocupam boa parte do tempo do atendimento. Muitas vezes, o profissional começa a preenchê-los antes mesmo, de os pacientes entrarem na sala. Acrescido da grande quantidade de pacientes, isso configura-se um entrave no relacionamento médico-paciente. Frequentemente, ao ficar preenchendo os papéis, o médico estabelece pouco contato visual com o paciente. E, ao fazer atividades simultâneas, pode também comprometer sua capacidade de escuta e atenção.

- *“**Muita burocracia. A quantidade de papéis que se tem que preencher é um absurdo. Toma todo o seu tempo. E são papéis que você preenche inúmeras vezes. Eu cheguei a contar o número de papéis que se preenche numa consulta. Nós preenchemos o papel que a prefeitura manda, para confirmar que o paciente veio. Nós preenchemos a RAAC para pedir o remédio. Nós preenchemos a receita para pegar o remédio na farmácia. Nós preenchemos a receita para o paciente levar. Nós preenchemos o papel de pedido de exames. Nós preenchemos o prontuário. Nós preenchemos atestados para médicos, para perícia e para tudo que você possa imaginar. E o prontuário... tem que preencher toda estrutura do prontuário”.** (Deise)*

Para adentrar ao campo de práticas dos oncologistas e compreender como esta questão se passa no cotidiano, selecionaram-se os trechos abaixo, das anotações de diário de campo:

- “Passados alguns atendimentos da parte da manhã, o profissional me diz que a oncologia é assim: alguns pacientes demandam mais atenção do que outros. E ele tem de se acostumar com isso. Me explica que, em oncologia, muitas vezes, não é necessário que o médico veja o paciente (com exceção daqueles aos que necessita examinar). Porque o oncologista precisa de exames bem feitos. Diz o profissional: ‘sem exames e imagens, o oncologista não é nada.’ Continua falando, que muitas vezes, ou pelo menos na maioria das vezes, ele poderia ver somente os exames. Controlar a doença e medicar, receitar tratamento, e me diz olhando para todos os documentos que tem para preenchimento, que o oncologista é um médico do tipo despachante”. (Trecho das anotações de campo – Registro de Campo, 2007)

O registro de campo aponta que a questão burocrática traz, no imaginário do profissional, a idéia de um despachante, que alude a uma pessoa que encaminha papéis e documentos. A idéia de que o profissional possa trabalhar apenas com documentos (exames e imagens) será desenvolvida na subcategoria subsequente 3.3, que aborda aspectos da formação.

Diante desta sobrecarga, tanto do número de pacientes, das atividades que devem ser realizadas, da responsabilidade destas e das expectativas que são colocadas para o profissional, o aspecto da questão salarial figura como uma das dificuldades apontadas.

- ***“Olha, um trabalho excessivo e um salário baixo. Principalmente, o salário baixo. (...) Só o que me atrapalha é o dinheiro. Na minha profissão, nada me desagrada”.*** (Jonas)
- ***”Entrave financeiro, que a gente se acha muito mal pago em relação ao que a gente faz. (...) É porque a gente acha que aquilo que recebe não é o justo pelo trabalho que faz. Esse é um fator desestimulante”.*** (Zeno)

Ainda com relação às condições de trabalho, paradoxalmente, a primeira facilidade discutida na subcategoria 3.1 (tempo de profissão e experiência - 3.1.1), os profissionais mais novos, com menos tempo de profissão, reportam que agir sozinhos, ou seja, sem a mediação de professor/médico responsável, como tinham na residência, é um pouco mais difícil.

- ***“Durante a residência, era bem mais fácil. Porque, na verdade, eu era, fazia o papel, na verdade, de um inter-mediador da situação. Eu era o médico residente, eu estava dizendo para o paciente do meu chefe, o que o meu chefe tava dizendo... Então, na verdade eu ficava meio atrás do vidro. E agora eu***

que sou a palavra final. Eu que estou falando, eu que estou dizendo que é isso, assim. Então agora, é mais difícil. Mas eu sei como fazer. Está sendo mais difícil para mim, mas eu sei o como é que tem que fazer, eu sei como é que... Tanto que tenho ido, agora... Eu tenho, acho que manejado bem, as situações, do outro lado”. (Luiz)

Esta última dificuldade, reportada com relação às condições de trabalho, talvez aponte para a necessidade de esta formação proporcionar maior autonomia ao profissional, criando situações em que o mesmo possa se experimentar, para que, quando conclua a especialização, possa sentir-se mais preparado para assumir a responsabilidade.

Por fim, o último elemento de análise (3.2.3) apresenta dados das entrevistas que indicam o Sistema de Saúde Público como um dificultador na prática da oncologia.

- *“O fato de a gente não conseguir ter os exames na velocidade que a gente precisaria, de às vezes a gente não dispor de todos os medicamentos que a gente gostaria. Acho que as limitações, principalmente financeiras, geradas pelo SUS, e não só pelo SUS, porque os convênios também às vezes glosam porque é via oral, ou porque não está no contrato do paciente. (...) Então, eu acho assim, essas dificuldades que você tem para realizar o teu trabalho, atrapalham, e não dependem de você para resolver isso aí”. (Alice)*
- *“Um aspecto é, ao mesmo tempo, que eu tenho boas condições de atendimento, essas condições não são ideais. Eventualmente, numa situação ou outra, elas podem ser insuficientes. Pelo fato de ter dificuldade de fazer exame, ou no tratamento, ou no tempo de atendimento. (...) Essa dificuldade atrapalha muito. Eventualmente esse paciente vai ter uma dificuldade de marcar uma cirurgia. Seja pela dificuldade do cirurgião. Seja pela dificuldade do centro cirúrgico. Seja pela dificuldade do sistema. E esse paciente vai ficar na fila, e isso vai me atrapalhar bastante. Esse é um fator dificultador”. (Tales)*
- *“Incompetência de dirigentes, a falta de humanismo de dirigentes, a urgência das pessoas que comandam na frente de atendimento, no caso pra conhecer a realidade dos problemas. Porque eles ficam assim, empoleirados nos gabinetes, esse é o termo, sem ter uma idéia e noção do que se passa. Basicamente isso”. (Celso)*

As dificuldades inerentes ao Sistema de Saúde Pública passam pela impossibilidade de acesso aos recursos e pela demora em conseguir alguns procedimentos, como exames, cirurgias e radioterapia. Ao considerar a gravidade de uma doença como o câncer, que muitas vezes apresenta rápida progressão, a não-

possibilidade de acessar algum destes recursos pode representar um agravamento, talvez incontornável.

A este respeito, V. Carvalho (2006) salienta que a impossibilidade de acesso a procedimentos, exames e cirurgias, pode estabelecer a diferença entre a vida e a morte. E que, como consequência desta impossibilidade de atendimento adequado, as equipes de saúde, diante de sua impotência, ficam expostas ao estresse deste evento.

Sob este aspecto, cabe salientar que esta dificuldade configura-se em um fator de estresse, conforme percebido nas observações. O profissional tenta driblar os entraves do sistema, na tentativa de dar vazão às necessidades dos pacientes, e também às suas necessidades, ou seja de alcançar o melhor, fazer aquilo que sabe.

Nos Registros de Campo (2007), a pesquisadora pôde presenciar uma situação em que o oncologista precisava de uma ressonância magnética e a secretária responsável pela marcação lhe informou que o serviço dispõe de 16 exames deste tipo por mês, e que esta cota já havia se esgotado. O médico, diante da negativa, e diante de um paciente que precisava o exame para poder realizar uma cirurgia, fala para atendente: - *“olha lá se não tem ninguém para morrer, pra gente encaixar esta paciente”*.

O exemplo, que choca pelo modo com que o profissional se refere aos outros pacientes da lista, e também pelo certo tom, de descartabilidade, evidencia o quanto os entraves do sistema muitas vezes colocam os profissionais em situações de “sinuca” - situações de difícil manejo, quase que impossíveis de serem contornadas. Estas situações retomam a discussão sobre *impotência x possibilidade*, uma vez que os médicos, diante da impossibilidade real, valem-se de avaliações que envolvem a gravidade e a emergência do caso para tentar dar vazão àquilo que, no momento, parece importante. Diante do exposto, e tendo em vista que as discussões que envolvem o sistema de saúde não se encerram na exposição de suas dificuldades, a categoria quatro abordará o tema em separado.

Cabe salientar que as dificuldades elencadas nesta categoria trazem à tona uma gama de aspectos, que tecem o pano de fundo em que se desenvolve a oncologia. E também desvelam o profissional diante destas situações, que lhes causam desgaste, algumas vezes estresse e diversos sentimentos que vêm associados. Porém, muitos desses sentimentos, relacionados às dificuldades advindas das peculiaridades da especialidade, são frutos do modo como estes profissionais se colocam diante do paciente. Essas posturas, algumas vezes, são incentivadas e ensinadas na formação médica.

3.3 Considerações sobre a profissão, a formação médica e o preparo para prática da oncologia clínica

A última subcategoria da categoria três (Concepções sobre ser e fazer oncologia) agrupa as considerações que os profissionais fazem a respeito da oncologia clínica, enquanto especialidade e profissão, bem como o olhar que têm sobre a formação da medicina, da especialização em oncologia e o preparo para este exercício.

O primeiro elemento de análise a ser apresentado (3.3.1) aborda as considerações que os médicos fazem sobre a oncologia clínica. São apontadas algumas concepções que permeiam o oncologista, sobre como eles acham que são vistos e como acham que deve ser este médico.

- *“Ahm, é que, o que acontece hoje, a gente... a oncologia é um pouco discriminada dentro da medicina. Dentro dos próprios, alguns médicos, entende? Não sei exatamente porque isso acontece, porque é uma... Não sei, mas... E, na verdade, o que acontece. O que a gente faz não é diferente do que qualquer outra pessoa faria. Só que a gente está lidando com um problema que é muito mais... Muito maior, e geralmente muito mais potente, muito mais forte, do que o que a gente pode oferecer. Só que, como eu te falei, a quimioterapia, o nosso tratamento, não é o melhor. Não é o ideal, mas é o que a gente pode oferecer. E é o que a gente faz, sempre com a melhor intenção possível. Às vezes não dá certo, a gente prejudica. A gente tem que... Isso é uma coisa muito complicada, às vezes eu faço um tratamento... e posso prejudicar, posso piorar uma situação, que já estava ruim... (...) mas a gente tem que conviver com isso. Olha, eu não sei porque, mas eu já via isso, antes mesmo, antes de ser, de fazer a residência, e às vezes não é... Olha, você vai, o oncologista vai tratar, mas não adianta nada mesmo, não sei porque que eles fazem isso, que a quimioterapia é só para ganhar dinheiro, é só para... É, descrença, desconhecimento, até uma certa ignorância de... De que, se o tratamento não adianta, é só uma maneira de se manter, de ganhar dinheiro, mas... E na verdade, não é nada disso, não é o dia-a-dia, não é o que a gente vê, mas isso às vezes acontece. Cada vez menos, mas ainda hoje acontece“.*
(Luiz)

O depoimento demonstra que os profissionais percebem que a oncologia é vista com certa descrença pela própria medicina. A imagem de que o profissional não vai fazer nada, de que o tratamento que será realizado não vai adiantar, permeia o imaginário desta especialidade, uma vez que, diante do câncer, doença que pode se tornar crônica, as condutas terapêuticas nem sempre estão voltadas à cura, mas sim à possibilidade de cuidado e melhor qualidade de vida. Isso vai ao encontro do que propõe V. Carvalho (2006) quando afirma que há uma hierarquia de valores entre as

especialidades médicas. E aquelas na qual a possibilidade e o foco da intervenção nem sempre é a cura são vistas como de menor importância.

Sobre a profissão, de ser oncologista, os profissionais referem, ainda, que são cobrados pelas pessoas, de um modo geral, sobre o porquê de escolher a oncologia. Lidam como se esta não fosse uma área interessante, pois, pode trazer, embutida, a possibilidade do sofrimento e da morte. Assim, além da desvalorização entre a classe médica, a especialidade, principalmente a escolha pela oncologia, parece ser incompreendida pelas pessoas, de um modo geral.

- *“Mas, talvez, eu deva falar alguma coisa, no sentido de que eu sou muito cobrado, entre os pacientes e mais ainda pela sociedade. Uma coisa que me chama muita atenção, eles me cobram e me questionam, não porque eu escolhi a oncologia. Eles me questionam como sendo a oncologia uma prática muito difícil, de tratar, de lidar, com os pacientes oncológicos. Eu já estou acostumado com esse questionamento. Mas eu vejo que eu não entendo muito isso. Eu não entendo isso. Eu não vejo porque é tão difícil isso. Eu vejo que é difícil tratar de uma doença. Eu acho que todas as doenças têm a sua gravidade, têm a sua repercussão. Eu não vejo a minha como muito mais séria do que as outras. Então, eu fico um pouco assim, porque para mim é muito tranquilo isso. E, eles perguntam assim: ‘nossa, como é para você? não é tão difícil para você, você não volta deprimido para casa?’ A sociedade, assim, as pessoas, os lugares que eu vou, que me perguntam o que eu faço, que eu sou oncologista, as pessoas fora do meio de trabalho”. (Tales)*

O depoimento demonstra que, por ser o câncer uma doença portadora de um estigma social, muitas vezes a opção de trabalhar nesta área é percebida, aos olhos dos outros, com certa incompreensão. Até certo ponto, pode-se supor certa normalidade nesta reação, uma vez que a opção por trabalhar perto daquilo que é rechaçado socialmente, digno de medo e angústia, pode demonstrar incoerência para as pessoas, que desconhecem os motivos da escolha e os fatores implicados nesta.

Ao considerar o imaginário social e o estigma do câncer, acrescidos da possibilidade de ser uma doença incurável, que pode levar à morte, constata-se que esta profissão acaba sendo depositária de expectativas que favorecem com que profissional da oncologista perceba-se diferente dos outros médicos, das outras especialidades. E esta diferença alude à idéia de alguém que é investido de certo poder.

- *“O poder do oncologista é o poder de vida e de morte. (...) As pessoas, os seres humanos em qualquer lugar do mundo, eles sabem muito bem o que significa a palavra câncer, e eles sabem que o câncer em você tem uma chance enorme de*

te matar. Por quê? Porque câncer é uma doença que mata. (...) O câncer ameaça a sua vida, e você chegou na frente de um sujeito, que pode te salvar ou não. Mas que você acha que vai te salvar. (...) E aí que tá o poder do oncologista. Porque o paciente, a grande maioria deles, e olha que tem muitos pacientes muito bem preparados intelectualmente, gente que não é burra, que não é ignorante, chega ali na tua frente, se desfazem, tudo aquilo se desmonta. Porque ele nunca teve um ameaça daquele tamanho, nada ameaçou a vida dele. É muito fácil você viver sua vida como quer, quando está tudo bem com a tua saúde. E você não vê a sua finitude à vista. Você não se vê como um ser humano finito, limitado no tempo. Isso aí sendo balançado todo dia na sua frente como uma bandeira. Você sabe que está lá, em algum momento do teu futuro, mas ninguém fica pensando nisso. Agora, com o câncer, é diferente, você começa a ver a coisa mais ou menos na ótica mensurável. E isso faz com que o sujeito caia na mão do oncologista de tal forma, que se te parece, e para a maioria dos pacientes parece, que aquele cara ali é a solução para o teu problema. Então, aquele ali não é um médico comum. Aquele ali é o médico que pode salvar a tua vida. (...) Então, por que é tão importante? Porque o que você vai perder é muita coisa, é tudo. (...) Porque se tiver qualquer ameaça na tua vida, todo esse tudo que você vai perder, ele vem na mesma hora, na tua frente, e agora você sabe exatamente o que vai perder. (...) E isso faz um efeito enorme. Agora, pensa bem, tu tem um câncer, táis louco para se livrar dele, e tu sabe o tamanho do prejuízo que isso vai ser. E tem um cara ali, um sujeito que é o eixo ali, em torno do qual tudo gira. Tua vida ou a tua morte na mão dele. Que poder esse cara tem? É um poder enorme. É um poder gigantesco, é um poder de vida ou morte do paciente, e isso não é falado, é implícito. Isso não é tocado. Nunca até hoje em minha vida, jamais um paciente me questionou sobre isso. Até hoje em todos esses anos, nunca nenhum paciente me colocou isso, 'olha o poder que você tem, puxa vida, a tua influência na minha vida é gigantesca'. (...) Isso faz parte da oncologia. Faz parte da oncologia.' (Jonas)

O fato de o oncologista ser um médico que detém a possibilidade de intervir frente à vida do paciente determina uma diferença que se encontra presente na especialidade, e que, conforme o profissional faz parte desta. Esta concepção, de ser este médico alguém que ocupa tal lugar e que pode devolver a vida e tudo que é mais importante para o paciente, acaba influenciando modos de ser e também de fazer oncologia. O depoimento revela ainda, que implícito nessa fala pode estar o medo de romper com este ideal, ou seja, da fantasia onipotente, que de certo modo expõe a fragilidade do profissional.

Dentro desta perspectiva, a relação médico-paciente parece ganhar outro tom, uma vez que o profissional percebe uma diferença de poder significativa em relação ao seu paciente. Assim, o oncologista clínico se concebe um profissional mais apto a lidar com as questões que envolvem a terminalidade e a morte.

- ***“Talvez o oncologista consiga lidar melhor com a morte. (...) E, como eu te falei, é um profissional que precisa saber lidar com isso, tanto para passar para o paciente a expectativa que ele tem de vida, essa energia positiva, dele tentar viver o melhor possível cada momento da sua vida. E, fazer isso consigo próprio, consigo mesmo. Entendes? Talvez seja o oncologista uma pessoa, ou um médico um pouquinho mais humano, talvez. Está mais pertinho, aparentemente. Não sei! Eu me coloco assim. Não quero falar de outras profissões, de outras especialidades. (...) Talvez, como a gente está mais perto de uma doença, que a gente sabe que vai levar à morte, a gente é um pouquinho assim, diferente. Mas não sei. (...) O que eu estou dizendo, assim, que como é uma profissão, que como lidamos muito com doença que ainda não tem cura totalmente, e isso nos cria uma... assim, é uma batalha realmente, contra uma doença, é uma batalha contra a morte também. Então, nos leva a ser assim bastante forte nesse sentido”.*** (Rita)

Um dos aspectos interessantes apontados no depoimento acima refere-se à idéia de que o profissional da oncologia é um combatente da morte, travando com esta uma batalha diária. Sobre estes aspectos, diversos autores (Pitta, 2003; Esslinger, 2004; L. A. Nogueira – Martins & M. A. N. Ramalho, 2007) apontam que a adoção de termos militares, como se o profissional estivesse em uma guerra, sendo a morte o seu inimigo, não favorece a prática de seu trabalho.

A este respeito, e considerando o depoimento, cabe salientar que este fato é controverso. Pois, se os profissionais fazem uso de metáforas como “batalha”, estes não parecem estar tão aptos assim a lidar com a presença da morte em seu cotidiano. E o lidar, aqui, refere-se a aceitar que esta faz parte do processo natural e normal da vida, não devendo ser negada ou evitada a qualquer custo. A idéia que se faz presente aponta assim para um perfil diferenciado, em função das demandas da especialidade, que exigem atualização constante e preparo emocional. O que pode ser também demonstrado no depoimento a seguir:

- ***“Eu acho que o oncologista clínico é um médico que tem que ter um perfil diferenciado. Ele tem que ser um indivíduo assim... que além de ser muito bem preparado tecnicamente e cientificamente, porque é uma especialidade difícil, e que demanda uma atualização muito constante, porque as coisas mudam muito. (...) A oncologia é muito dinâmica. E a pessoa precisa ser muito estudiosa e tem que ter um perfil emocional diferenciado, não é qualquer um que pode ser oncologista. (...) Nós temos que lidar com emoções muito fortes, entende? Então, isso aí, se a pessoa não tiver perfil e equilíbrio emocional para isso, ela não agüenta, tanto que dentro da residência de oncologia muitos já desistiram, porque não agüentaram”.*** (Zeno)

Ao falar da dificuldade e das exigências profissionais e que esta não é uma profissão para qualquer pessoa, até porque muitos não agüentam, o entrevistado indica a necessidade de uma provação, que parece diferenciar o oncologista dos outros médicos. Cabe salientar que, como apontado pela literatura (L. A. Nogueira-Martins & M. A. N. Ramalho, 2007), esta é uma especialidade que demanda e exige do médico, ao passo que a colocação do entrevistado, de que muitos desistem, é pertinente em termos de pesquisa (Silva & Arregi, 2005).

A respeito da desistência, de que muitos profissionais não agüentam trabalhar em oncologia, cabe ressaltar que, durante o período de observação, alguns dados apontavam para esta dificuldade. Assim, em contato com médicos responsáveis pelos alunos da residência, estes me indicaram que, no início, esta estava organizada de modo que, no primeiro ano, o aluno permanecia no hospital da instituição, e, no segundo ano no ambulatório. Contudo, em decorrência das desistências daqueles que estavam apenas no hospital, esta divisão estava sendo revista, para que os alunos revezassem, ora no hospital, ora no ambulatório.

As concepções que os profissionais apresentam sobre a oncologia e sua profissão parecem demonstrar que esta especialidade é discriminada, tanto pelos profissionais de outras áreas da medicina, como pelas pessoas que não compreendem o motivo da pessoa de querer trabalhar nesta área. Sendo esta também uma especialidade que exige habilidades diferenciadas do médico, para conhecer o modo como os médicos oncologistas clínicos foram preparados para o desempenho de suas atividades, os elementos de análise que seguem dispõem sobre a formação do oncologista.

O segundo elemento de análise (3.3.2) apresenta as considerações e a avaliação que os profissionais fazem a respeito do curso de medicina e a instrumentalização deste para o exercício da oncologia clínica. Os entrevistados apontam que, no período de graduação, da faculdade de medicina, a oncologia não foi um dos temas satisfatoriamente desenvolvidos, inclusive parecendo não fazer parte do currículo, mesmo sendo o câncer uma importante causa de mortalidade.

- *“Porque a oncologia é uma especialidade que não tem na cadeira de graduação, então, o médico, ele é formado sem o conhecimento oncológico”.* (Deise)
- *“Na minha faculdade, não existia cancerologia, só uma disciplina optativa patética. E o câncer, se você for olhar no currículo, câncer é uma coisa que*

não existe. Quando é que é ensinado o câncer na universidade? Não tem. Então, não existe. Poderia se supor alguém vindo de Marte ontem". (Jonas)

- ***“Não, propriamente, pra oncologia, não. Nós nem ouvíamos falar da palavra, praticamente, sobre câncer durante a faculdade. E continua isso hoje ainda. Por mais incrível que pareça, a segunda causa de mortalidade e a faculdade de medicina não tem nada sobre câncer. (...) Eu fui aprender fora, no meu estágio, depois na residência médica, tudo isso. Agora, a faculdade, e mais, a faculdade não te dá, não te ensina princípios de ética, de... é como eu te disse, eles te dão uma visão de que o médico tem que... tem que ser prepotente, arrogante, “ele sabe”. Tudo que não é verdadeiro a faculdade de medicina te dá, e praticamente impõe, que você tem que ser o melhor, que você tem que ser, sabe? Te valorizam por uma prática arrogante, né. (...) sim, porque na hora que você pergunta alguma coisa, você está sendo uma pessoa muito frágil. (...) Um questionamento qualquer, sobre coisas que imagine, são coisas do dia-a-dia, e que sabe... e se o paciente não sei o que, não sei o que.... Não, não tem isso. O paciente não tem nada a ver. Isso eu me lembro de muitos questionamentos, assim feitos, não por mim, só, mas por colegas, que foram, e que foi dito, mais ou menos, eram essas as respostas”. (Cleusa)***

O último depoimento apresenta uma reflexão sobre como o estudante de medicina é ensinado na graduação. Percebe-se que a adoção de uma postura arrogante, de alguém que sabe tudo e detém o conhecimento é instigada durante a formação acadêmica. Assim, os questionamentos feitos pelos alunos parecem ser ignorados, e aqueles que questionam são tidos como frágeis. Este dado vai ao encontro do que propõe Ramos-Cerqueira e Lima (2002), quando ressaltam que a formação médica não deixa espaço para dúvidas ou questionamentos, sendo que, diante destas, o futuro médico será acusado de sensível ou frágil. Deste modo, os estudantes são incentivados a esconder tanto as dúvidas como as emoções, sob o medo de que possam parecer incapazes.

Outro aspecto apontado, ainda relacionado a esta postura, que desde a faculdade é ensinada, alude ao fato de que, diante da não-possibilidade de exposição das dúvidas, o profissional busca um modo de apreender com base em exemplos, na tentativa, por ensaio e erro, ou seja, com a própria prática profissional, como ilustra o exemplo a seguir:

- ***“A faculdade não prepara para lidar com o paciente da forma como é necessária, ela não dá o conhecimento clínico suficiente, o próprio conhecimento técnico-científico que eles dão é também, não é cem por cento eficaz. A gente tem que complementar a nossa formação de múltiplas formas. Do ponto de vista de abordagem, mesmo do paciente, foi muito pobre. A gente tem que aprender com os próprios erros, aprender com os outros e aprender***

com a prática, só com o tempo... muita coisa ficou facilitada pela minha formação espiritual e moral que digamos assim, me trouxe um background de bênção para resolver isso. Mas a faculdade não ensina isso, de jeito nenhum”. (Zeno)

A ênfase dada ao conhecimento técnico, na faculdade de medicina, parece sobrepor-se a outras habilidades tão necessárias e igualmente importantes, como por exemplo, saber lidar, tratar e se relacionar com o paciente. O próximo excerto de texto é ilustrativo dessa condição:

- *“Na faculdade, você não tem uma visão real do mundo, na faculdade não se tem uma visão real do mundo, real da medicina. (...) E, na verdade, a faculdade realmente não nos prepara para isso, dá conhecimento técnico? Dá! Agora, eu conheço muita gente que tem bastante conhecimento técnico, mas não consegue atender um paciente de forma correta, às vezes não consegue nem olhar para o paciente. (...) Eu já vi loucos, loucos mesmo, dentro da faculdade de medicina. E alguns loucos perigosos, enquanto eu era estudante, colegas meus. Gente para quem, hoje em dia, eu não mandaria paciente, nem se o paciente fosse inimigo meu. E essas pessoas acabam se formando médicos e vão trabalhar por aí”...* (Moisés)

Um dos pontos que merece destaque nesta análise indica para o fato de que o não-privilegiar os aspectos subjetivos, tanto do aluno, como na abordagem do paciente, corroboram para a desumanização da medicina e do próprio médico. A este respeito, Sá (2000) salienta que o modelo de formação médica, fortemente influenciado pelas heranças do iluminismo, baseado em idéias positivistas, resultou em cursos e escolas médicas tecnicistas. Desse modo, a formação privilegia médicos organicistas – tecnocratas, excluindo a subjetividade humana, tanto do profissional, como do paciente.

Outros autores (Millan et al., 2005; Soria et al., 2006) indicam ainda que a própria estrutura do processo seletivo, para ingressar em um curso de medicina, na maioria das vezes não avalia as habilidades pessoais para lidar com pessoas e atender aos pacientes. Este focaliza apenas os aspectos cognitivos, relacionados ao conhecimento técnico. A este respeito, cabe salientar a última frase do depoimento acima, em que o profissional alude à incapacidade de alguns profissionais para o exercício da medicina. Profissionais que, conforme ele, não sabem nem olhar para um paciente.

A discussão que se faz necessária é a de que, através das entrevistas, os próprios médicos, produto final desse modelo de formação, evidenciam as falhas deste,

apontando suas incoerências, uma vez que a prática não se reduz aos aspectos técnicos, ou à doença, seu objeto de estudo.

Outro exemplo, que expressa o modelo de formação recebida, pode ser visualizado no depoimento a seguir. O profissional em questão, também responsável pela parte de cuidados paliativos, refere que a sua formação nem chegou perto de trabalhar, prepará-lo para sua prática cotidiana. Quando questionado a respeito da sua formação para exercer a prática da oncologia, o profissional responde:

- *“Não. Não, o que eu faço hoje. A minha formação nem mais raspou nisso aí. Primeiro, assim, o médico é um cara treinado para resolver os problemas. Ele acha que ele vai chegar nos pacientes e resolver os problemas, e pronto. O paciente vai embora e está resolvido. Vem o próximo. Segundo ele acha, que nunca vai falhar com aquele paciente, no sentido de preservar a vida dele, ele sempre salva o paciente, então ele é treinado, a mente dele, na faculdade, é incutida na cabeça dele, para ser dessa forma. Depois, a formação do médico, ela está mais voltada para a doença, para a doença, doença, doença. (...) A doença faz parte da pessoa, e não a pessoa que faz parte da doença, aquele incômodo que está ali junto, reclamando (risos). Outra coisa, que é na mesma linha, se você está preocupado com a doença, e você esquece do indivíduo, o sofrimento daquele indivíduo já não é mais um item tão importante. (...) Então, isso também tem, o sofrimento também fica a parte. E, por último, a morte. Se não faz parte do teu plano o paciente morrer, é obvio que você não está preparado para o teu paciente morrer. Então, como aqui na oncologia os pacientes morrem. E, nos cuidados paliativos, os pacientes, morrem bastante. Qualquer médico comum não estará preparado de forma alguma para esse dia-a-dia. Pega um estudante de medicina, forma ele, e coloca numa enfermaria como essa aqui, morre um, morre outro, morre três, morre quatro, o cara vai ficar abalado. Eu não me espantaria disso, eu acharia até normal ele estar abalado. Se fosse uma pessoa de bom senso, com auto-análise: ‘Peraí, tem alguma coisa errada, isso não bate com aquilo que eu acredito’. ‘As coisas não estão acontecendo conforme os meus planos. O que é isso, o que está acontecendo? Por que assim? O que deu errado?’ E isso que teria um monte de gente vomitando, passando mal, berrando de dor, que ele também não teria resposta para isso. Teria um monte de famílias em cima dele, bombardeando com perguntas, cobrando soluções, ou cobrando perspectivas ou só cobrando uma conversa mesmo. E, o cara, voltado para a doença, não voltado para o paciente, ele também não vai saber o que fazer diante dessa situação”. (Jonas)*

Os dados indicam que o estudante de medicina é treinado para lidar com o ser humano, como se o mesmo fosse uma estrutura mecânica. Entretanto, na prática médica, os profissionais percebem que a doença não vem andando sozinha até o consultório médico, nem mesmo é algo separado do indivíduo. Assim, os aspectos antes relegados, durante a formação, se fazem presentes no dia-a-dia da oncologia, bem como a

subjetividade do paciente apresenta uma complexidade que extrapola o funcionamento do corpo físico.

Na direção do apontado, Caprara e Franco (1999) destacam que a doença, ao ser considerada resultado do desvio de variáveis biológicas, como se o corpo fosse uma máquina, impossibilita os profissionais, por esta vertente formada, de considerarem a dimensão humana como parte integrante da prática médica.

Com base no exposto, há que se analisar, também, as considerações que os profissionais fazem sobre a especialização. Pois, já que parece ser consenso a idéia de que a graduação foi insuficiente no preparo para o exercício da oncologia, na seqüência serão apresentadas algumas concepções sobre da escolha pela especialidade e sobre a residência em oncologia clínica (3.3.3). Os profissionais apontam que a formação recebida durante a especialização foi satisfatória:

- ***“Eu acho que a minha residência, a minha especialização foi boa, eu contei com bons profissionais, bons instrutores, que, na verdade, me fizeram ver essa parte do relacionamento médico-paciente. Agora, obviamente, não é todo mundo que consegue captar e aprender isso. (...) Mas aqui sim, aqui teve e nós tentamos manter isso”.*** (Moisés)
- ***“A oncologia que eu recebi aqui, a pós-graduação foi muito bem direcionada, nesse aspecto multidisciplinar. Porque eu me formei num centro que trata dessa maneira os pacientes”.*** (Rita)
- ***“Foi muito melhor! Pra mim, foi uma grata surpresa a formação da oncologia, porque eu vi um outro tipo de relacionamento médico-paciente. (...) que eu não imaginava que se pudesse ter. Era excelente, e eu aprendi muito... então isso me trouxe, foi assim, muito boa. Talvez a gente não consiga hoje passar pros residentes o que nós tivemos lá no início da, da... porque, hoje, a gente passa muito a parte técnica, e pouco o de relacionamento médico-paciente, ainda, eu acho. E, naquela época, eu tive isso”.*** (Cleusa)

Os depoimentos demonstram que a residência esteve mais perto das exigências da prática cotidiana. A relação médico-paciente parece ter sido abordada de modo distinto da graduação, ao passo que a preparação multidisciplinar também foi abordada. Os profissionais, por estarem envolvidos na residência e na formação dos futuros oncologistas da instituição, aludem no discurso à preocupação de abordar além da parte dita técnica.

Entretanto, diante das observações de campo, a pesquisadora questiona o modo como estes profissionais entendem a sua formação. Pois em algumas vezes, a impressão

que passa é de que o fato de estarem convivendo com pacientes oncológicos, por si só, caracteriza-se a formação. Como se a exposição a este tipo de paciente os capacitasse a lidar com eles. Os trechos, abaixo selecionados, quando das observações de campo, ilustram a hipótese.

- “Após acompanhar a discussão de casos com os residentes, o profissional fala a respeito de um paciente jovem, em torno de 20 anos de idade, que está internado, em estado grave, não respondendo à medicação. O profissional diz para os residentes que sabe o que eles estão sentindo, mas que não vai adiantar solicitar um leito na UTI – Unidade de Tratamento Intensivo, uma vez que, se o paciente não responder à medicação agora, não vai mais responder. Os residentes ficam em silêncio. O médico responsável pede, então, que eles passem mais tarde no quarto do paciente e comuniquem a mãe do rapaz que será a última tentativa. Que esta intervenção não é mágica, e que a doença pode não ter cura. Os residentes parecem confusos, sem saber o que falar ou fazer, mas permanecem sem perguntar nada. Quando o médico responsável, o qual estou acompanhando, sai da sala juntamente comigo, comenta, que eles estão nervosos, que não sabem o que fazer, que não têm preparo para isso. Muito menos preparo para falar com a mãe do paciente e sua família”. (Trecho das anotações de campo – Registro de Campo, 2007)
- “Após o acontecido, me questionando, percebi que, mesmo que o profissional tenha dito que sabia o que eles (residentes) estavam sentindo, ele não falou sobre estes, nem mesmo compartilhou esses sentimentos. De modo que, mesmo sendo uma tentativa de indicar o que devia ser feito, os residentes não pareceram se sentir acolhidos ou compreendidos. Outro aspecto que a ser questionado refere-se à afirmação do médico, de que os residentes não tinham preparo para o que estava sendo solicitado – comunicar a família da gravidade do rapaz. Naquele momento me pergunto: se o profissional se deu conta de que os residentes não tinham condições de realizar tal tarefa, quem poderia, então, ensiná-los/instrumentalizá-los? Até mesmo porque, naquele momento, o profissional não explicou como fazer ou agir. Fica a impressão de que a filosofia do aprendizado é aprender fazendo ao que me parece que os médicos têm de aprender com suas limitações na prática”. (Trecho das anotações de campo – Registros do Pesquisador, 2007)

Os dados revelam que a idéia de “aprender fazendo” é uma prática comum na oncologia. Esta não seria um problema se os residentes fossem ensinados, e não apenas instruídos. Pois, do modo que muitas vezes ocorre, é como se os médicos dissessem o que deve ser realizado, mas desconsiderassem o como será feito. A este respeito, Bentata et al. (2007) aponta que a preparação para lidar com pacientes terminais e com o morrer requer formação, conhecimento e maturidade. E que estes aspectos não podem depender da disponibilidade e dos recursos inatos da pessoa, nem mesmo de ações isoladas de alguns professores.

Estes comentários e a discussão não negam a afirmação dos entrevistados, quando referem a satisfação com a formação recebida na residência. Porém, evocam a necessidade de que esta capacitação referida seja então avaliada sob outros aspectos. Neste sentido, a entrevista realizada com os médicos focalizou também a preparação no que diz respeito aos aspectos emocionais. Assim, o terceiro elemento de análise (3.3.4) aborda a opinião dos profissionais sobre o preparo emocional para lidar com as situações que eles consideram mais difíceis e mobilizadoras na prática oncológica.

O termo mobilizadora refere-se aos casos em que os profissionais consideraram situações mais difíceis, que envolvem as peculiaridades da demanda (subcategoria 3.2, elemento de análise, 3.2.1), como: comunicação de diagnóstico, pacientes mais jovens diante de uma doença bastante agressiva, pessoas com história de vida parecidas com a do profissional ou em fase do ciclo vital semelhante, ou ainda, pacientes com os quais o profissional estabeleceu um vínculo mais próximo. É interessante ressaltar que nessa mesma questão, solicitava-se ao profissional apontar aquilo que, para ele era mais difícil de lidar em sua prática. E, diante desta, questionava-se sobre a preparação emocional.

As respostas demonstram que a formação centralizou-se apenas nos aspectos orgânicos da doença, e que não houve um preparo, do ponto de vista subjetivo, para manejar estes eventos.

- *“Pouco, isso eu aprendi na marra, assim, com a vida. Porque a nossa formação é em cima do tumor. O tumor, e só. Porque, assim, não é nem o paciente, é o tumor do paciente. Então, tudo aquilo, o resto, a gente tem que aprender errando mesmo, aprender sofrendo, porque tanto a faculdade de medicina, quanto a especialização não focam isso, isso a gente vai procurar depois, não tem isso”. (Leda)*
- *“A formação da oncologia não tem essa parte. (...) Não tive uma cadeira na faculdade, nem na pós-graduação, que fosse a relação médico-paciente. Realmente não tive. Talvez é uma questão que eu adquiri, com a experiência que eu consegui adquirir pessoalmente, sozinha. Ou, vendo, também, como outros colegas nos fizeram ver o paciente, tudo mais. Agora, não foi direcionado, um psicólogo nos deu palestra, ou nos deu um curso. São coisas assim, do dia-a-dia, do contato. Me lembro, muitos professores nossos nos falavam, quando a gente passava na área de cuidados paliativos... escutar... não, que é importante ter um contato, até com o paciente, não só de palavras. Muitas vezes, o paciente precisa de um aperto de mão, de tu dar um abraço, desse tipo de coisa. Mas eram colegas médicos mesmo, que faziam parte da nossa formação. Colegas oncologistas”. (Rita)*
- *“A formação visa você ter conhecimento técnico, tanto no nível da faculdade, no nível de formação para a prática médica, quanto a formação de especialista,*

da especialidade da residência médica. Ambos visam formar tecnicamente o profissional, ter conhecimento técnico e teórico acerca da profissão. Mas não nos preparam do ponto de vista prático, do ponto de vista do dia-a-dia, do ponto de vista das ações, não técnicas. (...) O do relacionamento, médico-paciente, por exemplo, e os problemas que a gente vai ter de convivência, de relacionamento, de, enfim, algo que não se resolve abrindo o livro”. (Tales)

- *“Eu acho que tanto a faculdade, muitas vezes, a gente na residência, deixa muito a desejar nessa formação assim. Muitas vezes a gente fica cobrando a leitura do último artigo, que deu dois meses a mais de sobrevida, na quarta linha de quimioterapia, do que ler o Journal Clinic Oncology, que sempre tem um artigo, que é a arte de tratar. E que fala de situações de estresse, como lidar, quando você parar de tratar com as sensações do paciente, não que eu leia todos, tá (risos). Mas eu acho bastante interessante”. (Alice)*

Os entrevistados salientam que a formação, tanto no âmbito da graduação, como da especialidade, não enfocaram aspectos do relacionamento, da parte interpessoal e subjetiva da abordagem ao paciente. E apontam também a aprendizagem por modelo de identificação, olhando professores ou também com a própria prática médica.

Interessante ressaltar que, no último depoimento, em que a oncologista fala sobre os artigos de uma revista que abordam a arte de tratar, e a importância destes para a prática oncológica, a mesma faz questão de dizer que não lê todos. A esta ênfase, pode-se novamente trazer as idéias de Ramos-Cerqueira e Lima (2002), quando apontavam que demonstrar interesse por estas questões pode representar fragilidade. O que, talvez, justifique a ressalva da entrevistada – ‘não que eu leia todos’. Essa hipótese não descarta a humildade da entrevista em reconhecê-lo, bem como o fato de que talvez, em função da falta de reconhecimento da importância da dimensão subjetiva na relação médico-paciente, somada à sobrecarga de trabalho, não lhe sobra tempo nem motivação para investir neste campo de estudo.

A idéia de que a exposição às situações capacita os profissionais a lidarem com determinados eventos pôde ser vivenciada pela pesquisadora, quando em determinada situação da inserção em campo. Um dos profissionais a convidou para acompanhar procedimentos médicos, como curativos cirúrgicos, por exemplo. Após estas situações, decorridos os primeiros dias de observação junto ao profissional, o mesmo convidou novamente a investigadora a acompanhar um procedimento, e fez a ressalva de que a mesma poderia ficar tranqüila, pois depois do que tinha visto (sido exposta) no primeiro dia de observação, tudo que viria pela frente seria “fichinha” (no sentido de tornar-se mais fácil). Este aspecto vai ao encontro das proposições de Quintana et al. (2004),

quando se refere à dessensibilização, como se a exposição, por repetidas vezes, frente a alguns eventos, preparasse o profissional. Por outro lado, um dos profissionais, formado mais recentemente, destaca que a sua formação o preparou do ponto de vista da comunicação médico-paciente, por meio de técnicas:

- *“Ah sempre teve, teve uma... Não só, por exemplo, mas como, mas até técnicas de como dar notícias... Isso foi feito, mais de uma vez, maneiras de se... é, de se... contar de uma maneira, contar de uma maneira menos ruim”.* (Luiz)

Os depoimentos indicam o quanto a formação médica, no sentido amplo, tanto na graduação como na residência, enfatizam os aspectos técnicos, em detrimento daquilo que é humano, das relações, da interação com o paciente. Entretanto, este último entrevistado, parece ter vivenciado certa mudança nas características constitutivas de sua formação em relação àquelas descritas pela maioria, o que pode sinalizar no sentido de uma formação mais ampla, não apenas calcada em bases orgânicas e físicas.

Uma das idéias presentes, e que merece reflexão nesta discussão sobre a preparação do ponto de vista emocional, assinala que as capacidades exigidas, em nível emocional e subjetivo, são inerentes à própria pessoa ou que fazem parte da formação deles, enquanto indivíduo. Os entrevistados mencionam que estas habilidades dependem da personalidade, caráter de cada um, e que as mesmas são resultantes do desenvolvimento pessoal e da cultura. Desta maneira, uma das idéias que permeia os profissionais encontra-se ligada ao autodidatismo.

- *“É uma bagagem própria, não tem como se ensinar isso. Não é questão de, como eu te disse, não é questão de aprendizado, depende de cada um, o que é por si mesmo, depende da personalidade e do caráter de cada um, não há o que se ensine”.* (Zeno)
- *“Acho que sim. Não pela formação retilínea, mas porque eu também busquei por conta, vamos dizer assim. (...) Então, essas coisas, eu acho muito importante a pessoa desenvolver como pessoa, não só o lado puramente cientificista, técnico... Você desenvolver como pessoa. (...) Eu acho que é da pessoa, da minha, eu como pessoa”.* (Caio)
- *“Tecnicamente, a gente se atualiza anualmente em muitos congressos, se estuda todo dia. Na oncologia tem que estudar todo dia. Agora, nunca se está preparado para enfrentar a complexidade que um caso de câncer envolve. Ele ainda tem um estigma muito grande, ele traz o paciente, a família e toda a problemática que essa estrutura familiar tem. Eu acho que depende muito da*

cultura individual do profissional. *Um profissional que lê fora da medicina, que assiste filmes, que conheça filosofia, que conheça psicologia, ele tem a melhor estrutura. Senão, se ele ficar só na parte técnica, talvez ele nem perceba a problemática que se apresenta para ele". (Deise)*

Diante do exposto, desvela-se o paradoxo proposto por Rosselot (2006), ao afirmar que talvez as principais competências e valores solicitados ao médico não lhe tenham sido ensinados durante a formação. Assim, frente a estas, percebe-se que os médicos buscam outras formas de responder a isso, seja através da observação do colega, lendo outro tipo de material, que não apenas os livros da medicina e, como será demonstrado na categoria cinco (Estratégias de enfrentamento psicológico), também por meio de psicoterapia. Deste modo, não seria de estranhar que os mesmos apontem que a formação em nível emocional seja inerente a eles e faça parte da cultura individual de cada um, uma vez que a preparação do ponto de vista emocional fica por conta de cada profissional.

A formação destes aspectos, ao se estabelecer deste modo, corrobora para o sentimento de onipotência do médico, pois é como se isso reafirmasse, para ele próprio, que estas características e habilidades foram apreendidas por conta própria, ou seja, reforçando a idéia de que o profissional se basta. Assim, há que se considerar que se os profissionais são instigados a não demonstrar suas dificuldades, nem expressar sentimentos e emoções (Ramos-Cerqueira e Lima, 2002; Quintana et al., 2004), isto não significa que estes aspectos deixam de existir. Mas, pelo que parece, acabam sendo "sanados" de outra forma, que não na formação retilínea da medicina, o que, por sua vez, retroalimenta a idealização de que o médico é um ser poderoso e onipotente.

Ao finalizar a apresentação e discussão desta categoria (Concepções sobre ser e fazer oncologia), que abordou aspectos que facilitam e, por outro lado, dificultam a prática do oncologista, bem como as considerações que estes fazem sobre a profissão e a formação, cabe ressaltar que todas estas concepções estão implicadas no modo com que os profissionais agem cotidianamente, e compõem a trama multidimensional em que os fenômenos se desenvolvem. Assim, como dito anteriormente, quando do elemento de análise (3.2.3), que abordava as dificuldades inerentes ao sistema de saúde, as discussões sobre este não se encerraram nesta categoria, mas em função da importância que suscitaram, inauguram a próxima categoria em questão.

4. CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO

Esta categoria alude as idéias e opiniões dos oncologistas sobre o Sistema de Saúde Público no âmbito da oncologia clínica. A mesma encontra-se dividida em duas subcategorias: a primeira, que aborda algumas considerações sobre a oncologia e o sistema público, e a segunda, que agrupa as prioridades apontadas pelos profissionais.

4.1 A oncologia no sistema público

A primeira subcategoria agrupa as considerações sobre o sistema de saúde brasileiro, no que se refere aos aspectos positivos e negativos (4.1.1), tanto do trabalho, como da estrutura disponível para o serviço público e as condições para fazer oncologia. Dentre os aspectos positivos, os entrevistados mencionam que o sistema de saúde pública oferece condições aceitáveis para a realização do trabalho deles, pois possibilita o acesso ao mínimo necessário para realização da prática oncológica.

- *“Do ponto de vista de medicações, a oncologia está assim, o sistema da saúde pública, está bastante aceitável, no que é tratamento standart. O que são tratamentos novos, aí complica um pouco, sim, porque o sistema de saúde público, não aceita. Muitas vezes até mutualistas não te liberam o medicamento. Mas nós, aí, o paciente tem que entrar naquele processo administrativo, judicial para conseguir a medicação. Isso complica um pouco, incomoda um pouco, tem que fazer, ir atrás disso. Mas nada que não possa ser resolvido. (...) o sistema de saúde que é deficitário, em muitas áreas. Acredito que justamente na parte da oncologia, de AIDS, de renal crônica, ele dá uma cobertura bastante aceitável para o paciente. Não é assim em outras áreas. Sabemos bem que é muito, é deficitário em outras áreas. Não estou dizendo que seja dez em oncologia, também é deficitário, mas bem menos que em outras áreas. Conseguimos facilmente, hoje, até nas cidades do interior, que antigamente não se conseguia. Hoje se consegue fazer uma oncologia aceitável”. (Rita)*
- *“Afeta diretamente. Um sistema bem estruturado vai proporcionar um tratamento adequado, o inverso não. Eu acho que influi diretamente. A nível de diagnóstico, quando eu te falo de diagnóstico, eu estou falando de recursos, de exames de métodos. E, a nível de tratamento também, quando tem que dispor de técnicas, de medicações, de enfim, de uma estrutura para promover o tratamento... Então, é do começo ao fim eu vou precisar da estrutura do sistema para fazer o tratamento. O médico só vai nortear e guiar o tratamento. No que se refere a minha área, eu acho que ele interfere positivamente. (...) eu acho que teria que falar mais pontos positivos, do que negativos, do sistema, atualmente, na minha área”. (Tales)*

Interessante ressaltar que os recursos voltados à atenção terciária de saúde, voltados à alta complexidade, parecem ser bastante aceitáveis. Nesta mesma direção, os entrevistados apontaram como favoráveis as condições de trabalho, na instituição pública, enquanto local de atuação profissional.

- ***“Oferece condições bastante aceitáveis, boas de trabalho, acho que é uma instituição sólida, crescendo... Fisicamente, uma estrutura muito exemplar, acho que... tenho poucas críticas”.*** (Caio)
- ***“Eu acho que é um dos melhores hospitais públicos para trabalhar aqui em Florianópolis, com certeza. Então, é um bom ambiente de trabalho, eu não tenho, eu tenho condição de trabalho boa, não é ótima, mas são boas”...*** (Luiz)
- ***“No que me é pessoal, a mim tem me ajudado bastante. Eu gosto de pesquisa clínica e a instituição até agora também... eu comecei a fazer pesquisa na instituição, quando ela não tinha pesquisa clínica. Então, comecei a formar o centro de pesquisas e até agora ela tem me apoiado muito. E, só me dá muita satisfação profissional, me ajuda muito”.*** (Rita)
- ***“Graças a Deus eu trabalho aqui. (...) Por exemplo, eu sei que posso fazer uma prescrição de medicamento, que eu sei que o medicamento será feito. Em outros hospitais, eu faço e não sei se tem o medicamento. E isso faz uma diferença muito grande! Porque daí você vai começar a complicar o teu raciocínio médico, outros fatores que na verdade não deveriam ter nada a ver. Tem, não tem? O paciente não tem dinheiro para comprar, ninguém pode sair na farmácia comprar, aí começa a virar uma marafunda. Porque, ao mesmo tempo que aquilo te toma uma energia, começa a provocar uma irritação muito grande. Mas daí não é com o paciente, é porque você está instalado numa estrutura, onde você é chamado para cumprir uma função e a estrutura não te dá condições de você cumprir a tua função. Daí você fica ali parado, impotente, e o que é que você vai fazer e isso é terrível. Mas aqui... eu não tenho tantas limitações. (...) É bom nesse sentido porque ela não interfere, porque eu tenho muita autonomia aqui dentro, adoro trabalhar aqui, porque eu tenho autonomia, eu faço o que quero”.*** (Jonas)

A gestão conjunta dos recursos de saúde, entre o governo e uma fundação, criada para auxiliar no desenvolvimento do centro oncológico, parece ter tido grande sucesso, estando assim entre um dos apontamentos positivos do sistema.

- ***“A gestão conjunta do recurso, que é que aqui, já mostrou que funciona. Nenhum hospital público tem a mesma estrutura que nós temos, porque um administrador ou uma gestão privada ou mista geriu recurso e deixou tudo funcionando da maneira mais, da melhor possível, e que pode ser muito melhor ainda”.*** (Luiz)

- ***“Eu diria, assim, que aqui ainda é uma ilha de excelência, dentro do sistema de saúde. E, como o centro, foi construído, no início dos anos 90, com a criação da fundação, da administração dos próprios recursos. Que é uma coisa que agora, parece que estão querendo terminar, mas que deu certo. Não sei se você compreende o que era o sistema fundacional. Todos os recursos arrecadados ficavam na instituição. Com muito mais facilidade e com muito mais autonomia, porque, por exemplo, uma empresa que ia vender para o governo, ela cobrava cinco vezes mais do que cobrava para fundação. Porque a fundação barganhava preço, essas coisas todas, além de ter acesso mais rápido às coisas. (...) Mas, apesar de tudo, ainda é uma ilha de excelência no Brasil. Porque eu conheço outros serviços, em que as pessoas morrem ainda, nas portas dos hospitais por falta de medicação, por não ter... O centro, basicamente hoje, consegue oferecer o básico, assim para tratar os vários tipos de câncer. Talvez não as tecnologias mais avançadas, mas eticamente, basicamente, com o que se dispõe, é possível fazer um tratamento adequado”.*** (Celso)

A gestão conjunta apresenta conquistas que determinaram a qualidade da estrutura física, do atendimento prestado e também da possibilidade de recursos humanos. Pois os oncologistas, no período de observações, referiram que, quando o sistema público apresentava alguma insuficiência, ou não conseguia suprir algo, a fundação auxiliava, inclusive na contratação de alguns profissionais.

Por outro lado, entre os aspectos negativos, encontram-se algumas das dificuldades, anteriormente apontadas na categoria 3.2, como a impossibilidade de acesso aos serviços, que, por sua vez, impedem a vazão das demandas e necessidades dos pacientes.

- ***“Você tem um paciente que está doente na tua frente e você tem que resolver, e você quer resolver o problema. Se você não consegue curar, você quer pelo menos aliviar o sofrimento. E, às vezes nem isso você consegue, porque você não tem, parece que está represado, está tudo represado e não tem como abrir. Não tem como abrir caminho, uma passagem. (...) Emperra tudo, atrasa diagnóstico, atrasa procedimento, atrasa tratamento”.*** (Moisés)
- ***“Nós temos o pior sistema de saúde do mundo, eu acho. Esse maldito SUS. E, temos também os outros convênios que também deixam muito a desejar. Pra nós, oncologistas, é horrível a situação que tá se criando, nós estamos 20 anos atrasados em relação ao primeiro mundo, com certeza. E a alta tecnologia agrega muito preço, e a gente não tem como repassar isso pro paciente, isso gera um estresse”.*** (Cleusa)
- ***“A gente não pode fazer tudo o que sabe, a gente tem limitações, financeiras, técnicas, entende. Não consegue aplicar integralmente o conhecimento técnico científico da forma como deveria. Têm lacunas que precisam ser preenchidas”.*** (Zeno)

Estes dados, de que o sistema limita a atuação do oncologista clínico, vão ao encontro dos achados de Gonçalves (2007) quando afirma que as condições institucionais nem sempre são condizentes com as demandas dos usuários. Estas, muitas vezes, são inadequadas ou insuficientes, o que reflete na satisfação do profissional e também na qualidade da assistência.

4.2 Prioridades do sistema de saúde

Essa subcategoria explicita as prioridades que os oncologistas clínicos apontam para o Sistema de Saúde Público no Brasil. Estas, encontram-se divididas em quatro elementos de análise, as prioridades relacionadas; a organização e diretrizes, a acessibilidade, a importância da atenção em saúde em nível primário e, por fim, a necessidade de uma emergência oncológica.

No que se refere à organização e diretrizes (4.2.1), os profissionais apontam a necessidade de organização da gestão de saúde, ou seja, melhoria na administração dos recursos, e também a implementação de profissionais relacionados a área da saúde nas frentes de atuação do governo.

- ***“Pararia de roubar, porque esse pessoal rouba, e botaria o dinheiro para funcionar. Porque essa fundação é a prova, porque isso aqui foi construído, por uma fundação privada, que administrava o dinheiro do SUS, e que a fundação está ainda hoje aí, mas que, agora, o governo está se metendo dentro da fundação e por isso não está funcionando mais. Então, se o dinheiro fosse efetivamente aplicado na saúde, eu não tenho dúvida, que a gente faria muito e muito melhor, o problema é que não é né, o dinheiro vai pra tudo quanto é lado, e ninguém sabe nem para onde”.*** (Leda)
- ***“Uma organização melhor, cortar o desperdício, a duplicidade de funções, a complexidade burocrática de muitas coisas que é completamente desnecessária. Reorganizaria financeiramente as coisas, mais prioridade para aquilo que realmente é prioritário, tentaria obter mais verbas, e melhorar a remuneração dos profissionais, e a qualificação profissional de cada um, e o estímulo para o trabalho, para dar maior condição. Obviamente, um sistema que seja honesto vai sobrar dinheiro para fazer tudo isso, mas não um sistema corrupto como o nosso, é difícil”.*** (Zeno)
- ***“Eu colocaria nos postos de saúde pessoas envolvidas com a prática médica. Não político. Não colocaria políticos, colocaria técnicos”.*** (Celso)

Outro aspecto, no que diz respeito à melhoria dos recursos, assinala para a necessidade de uma melhor remuneração dos profissionais, frente às exigências e demandas da oncologia, que conforme apontado pelos profissionais não se resume ao atendimento dos pacientes, nem mesmo se limita a carga horária cumprida na instituição.

- ***“Primeiro, obviamente remuneração dos profissionais. (...) Frente à carga de trabalho e frente à responsabilidade que a gente tem que assumir, ainda não está bom. (...) Houve um reajuste salarial, houve. (...) Mas a carga de responsabilidade é grande também. E, tem toda uma outra parte, que na verdade, que não tem como você medir, não tem como você auferir. As ligações, os telefonemas, você tem que atender paciente pelo telefone, é familiar, prefeitura não sei da onde, é Secretaria do Município não sei de onde ligando, é paciente internado, e ainda, chamam você para atender em outro hospital. E tem toda a parte do ensino, porque nós temos a residência médica. Então você, na verdade, tem que dar cobertura para o médico residente, você tem que ensinar, você tem que dar a retaguarda para ele. Então isso tudo não tem nem como medir, mas na verdade deveria fazer parte do pacote de trabalho. Só que isso na verdade está fora, eu fui contratado pela Secretaria para atender aqui no ambulatório, e o que eu faço fora daqui, aparentemente para a Secretaria, para o meu patrão, não existe”.*** (Moisés)

O depoimento acima evidencia a complexidade e a responsabilidade que estão envolvidas nas tarefas do oncologista clínico. Estas não se limitam ao atendimento dos pacientes, muito menos ficam restritas ao período em que estão na instituição, ou seja, o período para o qual foram contratados. Esta narrativa aponta para o hiato existente entre o trabalho prescrito, aquilo que é estipulado como as tarefas do profissional e, o trabalho real²², caracterizado por todas as tarefas que o profissional realiza na prática, que envolve a disponibilidade de atender pacientes fora do horário e fornecer suporte para os residentes, por exemplo.

O mesmo profissional salienta, ainda, que o treinamento e a capacitação dos profissionais, desde a faxineira até o médico, também deveriam ser priorizados, pois não basta falar em humanização se as pessoas não sabem realizar os procedimentos. O depoimento alude ainda à necessidade de preparo e atenção à saúde do profissional que entra na instituição. Pois este refere que muitos dos que entram não têm condições para exercer determinada função e aponta, conforme também pode ser observado em campo,

²² A discussão entre o trabalho prescrito e trabalho real bem como, a questão sobre a psicodinâmica do trabalho pode ser encontrada na obra de Dejours (2000), e também encontra-se presente em discussões e pesquisas realizadas com profissionais em contextos de saúde (Gonçalves, 2007).

as licenças e os atestados médicos que são solicitados, com vistas ao afastamento profissional, prática que parece estar tornando-se corriqueira.

- ***“O treinamento e a capacitação contínua dos seus profissionais. Re-capacitar, re-treinar, revisar todas as condutas, revisar os protocolos. (...) Acho que desde a faxineira até o médico, todo mundo. (...) Então tem profissional novo que entra, só que profissional novo, às vezes que entra, não sabe fazer aquilo, chega para fazer determinada função, mas não sabe fazer aquilo, é largado aos leões. E, às vezes tem profissional que não agüenta, não agüentam, ficam um mês ou dois meses, pedem demissão, vão embora, já entra com atestado psiquiátrico. (...) Falta elaboração de protocolos, não apenas elaborar protocolo. Protocolo elaborado até existe. Mas falta instituir os protocolos já elaborados. E, falta cobrar o seguimento daqueles protocolos, eles não são instituídos, eles não são seguidos, não há quem fiscalize, não há quem cobre isso. Então, tem determinadas áreas, determinados setores, que cada uma faz o que bem entender, da forma que achar que é melhor, da forma que achar que tem que ser feito, e mesmo que isso acabe acarretando algum prejuízo econômico ou material. (...) antes de fazer humanização do atendimento, primeiro as pessoas precisam saber fazer o atendimento. E, tem que ter embasamento científico, teórico por parte daquilo que está fazendo e tem que saber porque está fazendo aquilo, daquela forma”.*** (Moisés)

As diretrizes da oncologia, no que se refere à tabela de valores do Sistema de Saúde Pública, deveriam ser atualizadas. Esta prioridade configura-se num consenso entre os entrevistados. Pois a APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo não é revista há dez anos, o que dificulta a entrada de novas medicações e tecnologias médicas.

- ***“Por exemplo, nós temos um sistema de APAC, de autorização de procedimento de alta complexidade, quer dizer aquilo que eu prescrevo pro paciente tem que passar por uma autorização do Ministério da Saúde. (...) Só que nós tivemos, vamos dizer assim, nós fomos, nos disseram que nós iríamos receber uma nova APAC a cada 2 anos, pra incluir os novos medicamentos, essa alta tecnologia que estava entrando na época. E isso foi mentira porque há 10 anos que não muda a APAC. Então é uma coisa assim, que eu gostaria”.*** (Cleusa)
- ***“Olha, o sistema de saúde, não são palavras minhas, mas são palavras dos dirigentes do governo, que é um sistema que não mais preenche as lacunas que existem dentro do atendimento a saúde. Não tem como. Porque basicamente as diretrizes, da oncologia, que nós estamos usando hoje, elas datam de 1998, estou falando especificamente da oncologia. Quer dizer, para você ter acesso a um novo tratamento ou alguma tecnologia nova, basicamente, você tem que fazer um processo e entrar com uma ação judicial para que o paciente tenha direito àquele novo procedimento. (...) Os produtos***

novos, as novas tecnologias, elas chegam a cada semana. Não diria que são as balas mágicas, mas existem coisas atualmente, que já se mostraram efetivas em determinadas doenças. E, teriam que ser aplicadas, e aquelas, essas diretrizes de 1998, teriam que ser atualizadas mas isso não existe, nenhum tipo de iniciativa, pelo menos até o momento, por parte do governo”. (Celso)

- *“Agora, a gente tem uma visão muito de dentro da nossa especialidade. Então assim, claro que dentro da estrutura do SUS hoje, para nós oncologistas, faz nove anos que a nossa tabela de tratamento não é revista. Acho que a prioridade número um é revisar. (...) A gente sabe que tem alguns pontos desta tabela de anos atrás, que podem até diminuir o preço, saiu o remédio similar, ou genérico, e com isso ficou mais acessível. Agora precisa ser revista a implantação, para agregar novas tecnologias que surgiram nesse período, e que a gente não tem condições de fazer porque os recursos que estão disponíveis não permitem”. (Alice)*

Estes apontamentos vão ao encontro dos estudos de V. Carvalho (2006), quando ressalta que os avanços tecnológicos de alta complexidade elevam os custos do atendimento e tratamento médico, o que implica, muitas vezes, na não-possibilidade de responder à demanda dos pacientes. O que, por si só, representa uma grande fonte de tensões, uma vez que esta tecnologia pode representar significativa diferença na saúde e na vida do paciente.

Esta situação coloca os profissionais diante de limitações, uma vez que nem sempre a medicação necessária encontra-se disponível. Assim, em alguns casos não incomuns, os pacientes solicitam o procedimento/medicação via judiciário. Este processo agrega mais um dos fatores presentes na prática oncológica e que se faz desgastante. Pois os profissionais, quando do período de observações, ressaltam que o problema do processo judicial refere-se ao fato de que os ganhos de um paciente não abrem o precedente para outro. Assim, cada paciente é um processo separado, que exige comprovação da doença, da necessidade, entre outros documentos.

- *“Os sistemas de tratamento mais avançados teriam que passar a ser tratamentos standart e teriam que ser mudados. Existem já drogas que já estão consolidadas, que realmente dão melhores resultados, e que até hoje o sistema de saúde não lançou frente, e o paciente tem que ir atrás com um processo judicial para adquiri-las. Então, isso facilitaria nesse momento”. (Rita)*

As entrevistas assinalam, ainda, que a acessibilidade (4.2.2) deveria ser uma das prioridades no sistema de saúde, ou seja, as condições de acesso dos pacientes aos serviços de saúde, tanto a nível diagnóstico como de tratamento.

- *“Eu acho que precisaria de muito dinheiro, para modernizar toda essa estrutura, de **facilitar o acesso das pessoas**. As cirurgias, que hoje são marcadas com meses e isso possibilita o crescimento do tumor... **Facilitar o acesso ao serviço de radioterapia**, isso a gente vê lá... Você pede uma avaliação para um serviço de cirurgia ou de radioterapia, o paciente só vai chegar depois de trinta ou quarenta dias. **Isso é o que teria que ser feito**”. (Celso)*
- *“**Todos os pacientes teriam realmente acesso ao tratamento médico a qualquer momento, isso seria a prioridade principal. Você precisa você tem! Não precisa ficar esperando, ou ter que marcar a consulta para daqui três anos. Se você pedir um exame, ele ser feito. Isso seria a coisa principal, se você precisa você tem. Agora o que será feito para que isso aconteça é um monte de medidas diferentes. Mas isso seria o mais importante. Na hora da necessidade, na hora que você precisa realmente, você vai lá, naquele ponto da saúde pública, que você sabe que tá ali e que tem e pronto. Ter essa segurança de que a necessidade que você precisa vai ser atendida naquele momento. Esse acesso é a coisa mais importante. Porque eu também não consigo imaginar o que seja mais desesperador. Você estar com um parente seu doente e você estar rodando para lá e para cá, e levando um não pela cara, ‘e não aqui não pode, aqui não tem, não o médico, o médico não está, não isso aqui não tem no hospital’. Até porque eu já fui atendido mal, uma vez, e eu sei como é, e essa experiência. Eu nunca esqueci. Eu como cidadão, como adolescente, não era médico, não era nada, tive um péssimo atendimento, e não é fácil não essa situação**”. (Jonas)*

Ao assinalarem na direção da acessibilidade dos usuários dos serviços de saúde, os oncologistas deflagram que os direitos das pessoas, previstos na legislação (Lei 8.080/90²³) no Artigo 7º, inciso I, que prevê a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, não está sendo cumprido.

A este não-cumprimento dos direitos de acesso do cidadão relaciona-se o terceiro elemento de análise. Assim, a importância de acesso ao nível da atenção primária (4.2.3) foi ressaltada como uma prioridade importante, justamente, porque este se caracteriza como a porta de entrada dos serviços de saúde.

- *“**Eu acho que o primeiro pensamento que me veio, seria de que o sistema de saúde pudesse promover um atendimento mais preventivo. Que as pessoas não precisassem chegar nessa situação que estão agora. Muitos chegam, muitos estão aqui, chegando ao médico pela primeira vez, então não tiveram acesso a todas as etapas de prevenção, de diagnóstico precoce. Então a primeira coisa que me vem é isso, agir nesse sentido, para que os pacientes não chegassem aqui nessa situação já avançada. Do sistema atual, do jeito que está, a situação, o que eu modificaria, eu não sei. Eu acho que eu reforçaria tudo que***

²³ Legislação Federal Brasileira, Lei 8.080, aprovada em Setembro de 1990, que dispõe sobre as ações e serviços de saúde, regulamentando o SUS – Sistema Único de Saúde.

está acontecendo, toda essa estrutura. Essa estrutura funciona, é um pouco deficiente, mas eu acho que o planejamento está bom, o planejamento é certo. Eu só reforçaria todas essas ações do plano, fazer funcionar melhor tudo que já está planejado. Eu acho que seria mais ou menos isso”. (Tales)

- *“A oncologia é uma especialidade bem estruturada nesse aspecto. **Mas o paciente está chegando com uma doença muito grande, porque o sistema básico de saúde está falhando, ele não tem acesso. Ele é completamente falho, e atualmente uma parte mais falha que existe na oncologia é o acesso ao diagnóstico. Então é o paciente lá do interior, que vai ao posto de saúde com um nódulo e não consegue a mamografia e nem a biópsia. Posterga muito e quando vem o tumor está muito grande. Tem mais isso. (...) É difícil porque os problemas não são um só. Eles vêm da rede básica até a rede de alta complexidade. Eu colocaria médicos em postos de execução, eu botaria médico como secretário da saúde, eu botaria médico como chefe do posto”. (Deise)***

Percebe-se, que na visão dos profissionais, os pacientes não estão tendo à disposição ações de promoção e prevenção de agravos. Em decorrência disto, estes chegam ao serviço de atendimento oncológico – nível de atenção terciário, com uma doença bastante avançada. Esta questão assinala na direção da melhoria dos serviços de saúde e relaciona-se tanto com o acesso, como com o incremento de políticas que se antecipem aos problemas, promovendo saúde e prevenindo os problemas a ela relacionados. A este respeito, cabe salientar que, durante o período de observações, os profissionais apontaram a necessidade de ações neste sentido, sinalizando que esta prática se faz presente em outros países - a prevenção e promoção da saúde no que se refere ao câncer, sendo que, em nosso país, isso ainda é incipiente.

Por fim, o último elemento de análise aponta para a necessidade de uma emergência oncológica (4.2.4), como prioridade na área da oncologia. Pois muitas vezes, as intercorrências decorrentes do câncer acabam não sendo priorizadas em um serviço como o de um hospital geral, o que corrobora para que este atendimento não seja o ideal.

- *“Outra coisa que faria tão... por exemplo, **atendimento de intercorrências de pacientes com câncer, em hospital, separado do hospital geral. Porque o paciente oncológico, geralmente, é um paciente que o clínico geral, como sabe que é um paciente ou terminal, ou em cuidados paliativos, não dá muito importância. E, aí que o paciente oncológico tenha que, por exemplo, num final de semana, ser atendido num hospital geral, não é bom. O paciente oncológico, é muito melhor que ele tivesse um lugar, um tipo de emergência oncológica, que não são muito frequentes. Ou talvez tu tenhas que colocar outro nome, seria uma intercorrência. (...) Então, aqueles pacientes que precisam de um***

atendimento, eles estão em tratamento, porém não encontram seu médico nesse momento, ou é sábado e domingo, têm que terminar num hospital geral. Geralmente, não é muito bem atendido no hospital geral. Porque o clínico está desbordado por outros casos que obviamente são mais emergentes. (...) O paciente oncológico não é uma emergência. Então, o paciente oncológico termina sendo relegado, ele termina se sentindo não muito bem atendido no hospital geral. Então, eu acho que isso teria que mudar um pouquinho".
(Rita)

As prioridades elencadas nesta subcategoria remetem a importantes discussões do Sistema de Saúde, como a questão do acesso dos pacientes, a evidência de que a atenção primária está sendo falha, com relação à prevenção/promoção, conseqüentemente acarretando diagnósticos tardios, que dificultam o manejo terapêutico destes casos. Entretanto, torna-se interessante ressaltar que os profissionais consideram que, ainda assim, este sistema oferece condições bastante aceitáveis em se tratando da oncologia. Assim, diante das vivências destes profissionais (categoria 1,2) e de suas concepções (categoria 3,4), cabe apontar os modos e as estratégias de enfrentamento psicológico utilizadas neste contexto.

5. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO

Esta categoria reúne as ações e os manejos (emocionais, psicológicos, comportamentais) que os profissionais utilizam frente à realidade em que estão inseridos e que, em seu conjunto, revelam as estratégias de enfrentamento psicológico dos médicos oncologistas.

A mesma foi subdividida em seis subcategorias. As quatro primeiras foram organizadas conforme os fatores propostos por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001), em uma medida de estratégia de enfrentamento. Dividem-se assim em estratégias: (a) Focalizada no problema; (b) Focalizada na emoção; (c) Religiosidade/Espiritualidade; e, (d) Suporte social. As duas subcategorias finais organizaram-se em função dos dados, sendo que a penúltima apresenta estratégia combinada, ou seja, quando a mesma estratégia apresenta mais de uma função. E, por fim, a última subcategoria, Auto-avaliação de estratégias utilizadas, aborda aquelas que foram consideradas não eficazes ou disfuncionais.

Ao apresentar as subcategorias de análise, cabe apontar que estas foram didaticamente divididas deste modo, até mesmo para facilitar o entendimento. Porém,

esta divisão, proposta com base nos dados das entrevistas, não ocorre de modo estanque, pois faz parte do funcionamento dinâmico e complexo do ser humano. Assim, entende-se que as estratégias de enfrentamento psicológico são calcadas na experiência de vida das pessoas e estão em constante processo de avaliação/re-avaliação.

Antes de iniciar a apresentação e a discussão sobre os tipos de estratégias de enfrentamento psicológico utilizadas pelos médicos oncologistas, há que se considerar que o grupo de participantes com menos de cinco anos de exercício profissional apresentou maior dificuldade no momento da entrevista para referir o recurso utilizado para enfrentar/lidar com as situações da profissão. Estes pareciam não ter tanta clareza daquilo que faziam ou realizavam frente às demandas e exigências da prática. Percebe-se que o tempo de experiência parece possibilitar maior clareza a respeito daquilo que se passa com o profissional, diante das exigências da profissão. O depoimento a seguir, retrata esta hipótese, uma vez seguida da questão sobre a mobilização emocional, quando o entrevistado é questionado sobre as estratégias/formas de lidar, este parece não ter muita clareza/discernimento a respeito dos recursos de que dispõe.

- *“Eu não sei, deve existir. Eu não sei! Tenho alguns colegas que fazem análise, que têm um acompanhamento. Tem um outro médico mais antigo, que parou de trabalhar por algum tempo. Ele achou que isso foi muito, não precisava, e ficou uns cinco, dez anos sem trabalhar e depois voltou. **Eu não sei, deve ter alguma maneira mais específica...** Como eu falei, a gente acaba usando outras maneiras... encontro social, acaba conversando com os amigos... Tenho a minha esposa, a gente conversa bastante, a gente faz viagem... **Mas nada específico, acho que isso são coisas que eu faria normalmente e que acaba funcionando pra gente parar de pensar**”. (Luiz)*

Neste depoimento, percebe-se que o profissional com menor tempo de atuação, apresenta certo desconhecimento daquilo que utiliza como estratégia, referindo, inclusive, que faria isso independente da sua profissão. Apesar de o mesmo não demonstrar consciência sobre seus recursos, evidencia-se o uso de estratégias, focalizadas na emoção, na busca de suporte social, fatores que serão descritos nas subcategorias que seguem.

5.1 Focalizada no problema

A primeira subcategoria agrupa as estratégias em que a pessoa busca manejar, alterar, interferir na realidade de modo a tentar modificar aquilo que lhe causa maior estresse ou ameaça. Conforme Seidl, Tróccoli e Zannon (2001), são estratégias ativas,

que buscam solucionar o problema, e caracterizam-se por condutas de aproximação, que visam ao melhor manejo em lidar com algum evento, ou ainda, envolvem a reavaliação do problema.

Com base na narrativa dos participantes, percebe-se que, diante de situações difíceis na sua prática, como por exemplo, a comunicação de diagnóstico reservado²⁴, ligado a casos graves em que a doença continua progredindo apesar do tratamento. Ou diante de situações em que não há mais recurso terapêutico, estes buscam manejar o problema (5.1.1), comunicando às famílias, enfrentando essas situações de modo ativo. Isso pode ser percebido no depoimento de duas entrevistadas, quando explicam o que fazem diante desses casos:

- ***”Eu primeiro falo toda a verdade com a família, se o paciente, ou com quem é o acompanhante, quem vai estar mais do lado da pessoa (...) E, geralmente, se a doença sim, está muito avançada, que já vejo que o paciente não vai ter, nem algum tempo de sobrevida livre de doença, eu converso bem com a família... Separado do paciente. Chamo a família, o familiar mais próximo, alguém tem que saber a verdade, quando o paciente não quer saber, quando o paciente não pergunta. (...) Porque acho que eu só passo uma credibilidade maior, o paciente confia mais em mim. Eu falo para ele tudo na primeira consulta. Nas primeiras consultas, nas primeiras, geralmente, também peço para ele pensar e anotar as perguntas que ele quer me fazer na segunda consulta, na terceira, quando ele quiser, né. Mas, geralmente sou bem clara, para que depois não tenha, assim ele não me cobre uma coisa que eu não falei “. (Rita)***
- ***“E eu sabia que ia ser difícil, então essas coisas assim me mobilizam mesmo. Porque isso, assim, de certa forma, é a prevenção daqueles eventos mais desagradáveis da nossa especialidade, que é você ouvir; ‘eu não fui avisado que a doença era tão grave’, ‘eu não sabia que ele podia morrer’. Então, assim, quando eu tenho essa situação, que eu vejo que é mais crítica, que as pessoas não se situaram. Aí a gente tem que situar, a gente tem que chamar, e eu gosto de chamar todos os envolvidos com a família, porque senão fica aquela coisa, diz que me disse, aí isso me demanda realmente bastante, e isso é difícil, porque a gente fica muito exposto, né”. (Leda)***

Os depoimentos explicitam que a tentativa de melhor manejar a situação também ocorre para que possam evitar futuros problemas, para que o profissional não seja cobrado depois, na tentativa de não sentir-se responsável/culpado.

É interessante ressaltar que, ao analisar as entrevistas como um todo, percebe-se que as mulheres parecem dar mais ênfase para esta questão da comunicação,

²⁴ Diagnóstico Reservado – quando o prognóstico da doença é muito ruim, em a pessoa tem pouca ou nenhuma expectativa de vida.

explicitando como fazem e o cuidado que elas têm diante destes pacientes. Com relação a este cuidado, pode-se supor que existam diferenças entre os gêneros, uma vez que, conforme pesquisa realizada com estudantes de medicina, Millan et al. (2005) identificaram que, com relação aos fatores de personalidade, as mulheres têm uma tendência maior à sensibilidade e menos características imaginativas, se comparadas ao grupo de homens. Isso, por sua vez, poderia implicar diferentes manejos/estratégias frente a situações de comunicação do estado de saúde do paciente, por exemplo.

Um aspecto que merece atenção é que a comunicação, nestes casos mais graves, aparece como algo extraordinário dentro da profissão, como se não fizesse parte da prática clínica. Então, alguns profissionais relatam que, quando ocorrem estas situações, eles já se preparam antes, e reservam um tempo especial para fazer a comunicação, como se essa fosse tarefa da alçada de outro profissional.

Outro modo ativo apontado, na tentativa de melhor manejar a situação e as demandas da prática oncológica, refere-se a uma das condutas também observada quando da inserção em campo: a adoção de rotinas organizadas. Esta, de certo modo, ligada a características obsessivas²⁵, parece se configurar numa tentativa de controlar a situação, diante de eventos cotidianos e de uma doença caracterizada pela imprevisibilidade. Assim, no período de observações de campo, a pesquisadora pôde perceber certos rituais, que envolviam o início dos atendimentos. Como se o modo de organizar o material e os papéis em cima da mesa, por exemplo, auxiliasse no desempenho e no manejo das situações. Este item também foi apontado como uma facilidade da prática oncológica (subcategoria 3.1.4).

- *“Eu me organizo e costumo cumprir o horário. E me sinto mais tranqüila quando eu consigo fazer isso. (...) essa coisa que me chateia, eu tenho que me programar, eu tenho que ter horário. Se é às 9 horas é às 9 horas. E, meio que sou muito exigente com as pessoas que trabalham comigo. As pessoas que trabalham comigo sabem, eu não consigo ficar cinco minutos esperando assim, se a visita é às nove, se às nove e cinco não chega, às vezes até nove e cinco, mas é uma coisa assim, eu não sei se é correto. Mas acho, eu acho que é uma coisa que me ajuda, essa organização, porque senão seria um caos. (...) Porque se eu não fizer, isso me deixa mal. Então, se eu não estou organizada num dia, que eu não consigo passar aonde eu deveria e cumprir aquilo que eu me propus, aquilo não vai fazer mal, provavelmente, para os pacientes: vai fazer mal para mim. Eu fico preocupada, eu acabo tendo que mudar horários e*

²⁵ O termo características obsessivas refere-se a padrões de comportamentos estereotipados, voltados a uma excessiva organização, preocupação com detalhes, regras, atitudes perfeccionistas e rigidez nas condutas, que se traduzem em certa inflexibilidade.

passar de noite, daí isso me acaba. Então, essa coisa assim, não sei, eu tenho essa coisa de organizar, senão não funciona”. (Leda)

- *“Eu procuro, de alguma forma, já ter uma previsão do horário que eu vou voltar para casa. A tentativa de organização é principalmente assim, procurar manter os horários para não, porque senão daí sim, eu me estresso, se estou atrasada, se deixo alguma coisa para trás, isso me deixa estressada”.* (Alice)
- *“Eu geralmente vejo a agenda no dia anterior, vejo no dia anterior. (...) Mas, por exemplo, na clínica privada que eu conheço meus pacientes, eu vejo a agenda no dia anterior, vejo mais ou menos os tipos de problemas que eu enfrentarei no dia seguinte, e estudo os casos que vão precisar de solução. (...) as soluções são tomadas praticamente antes. E com o paciente ali é mais ouvido”.* (Deise)

Entre as tentativas de manejar a situação encontram-se também a aproximação àquilo que o paciente está passando, bem como, diante das demandas dos pacientes e do serviço, os profissionais parecem engajar-se em ações específicas para que possam dar vazão e respostas a estas situações.

- *“Eu tento sentir, tento estar no lugar deles, tento sentir como é estar do outro lado ouvindo essa situação, tentar sentir como é o drama, em que ele pode estar passando. Eu acho que isso aí é uma técnica que eu me polio, na tentativa de poder ajudar mais, tentativa de entender o que o paciente pode estar passando. (...) isso na verdade é um exercício meu, de eu tentar imaginar, de eu tentar sentir na pele dele como é que seria. Isso serve no meu exercício para tudo, no diagnóstico, no tratamento, no seguimento, seria um exercício”.* (Tales)
- *“E existem, também, situações que envolvem a própria instituição e os funcionários, às vezes. Uma das coisas, como eu já citei, às vezes, falta funcionário e os que estão algumas vezes são demitidos, porque encerra o contrato e é demitido. E, você vê que uma parte do teu serviço vai deixar de funcionar ou vai passar a funcionar mal. Então isso faz com que a gente, daí haja a mobilização política, dentro da instituição para fazer pressão junto aos administradores”.* (Moisés)
- *“Eu criei também, uma associação de pacientes com câncer, para que eles lutassem pelos direitos deles. E que eu não precisasse ficar me expondo frente ao governo, frente à sociedade, em pedir coisas a eles, que o estado não fornecia”.* (Deise)

Nos depoimentos acima, evidencia-se que a tentativa de pensar sob a ótica do paciente revela uma aproximação com vistas à melhor resolubilidade do atendimento. Atitudes de mobilização também se fazem presentes quando o profissional age na instituição em busca de melhores condições de trabalho, ou, como no último exemplo,

em que a médica ajudou a criar uma associação de pacientes com câncer, para resolver também as demandas percebidas por ela.

A idéia anteriormente apontada, de que o oncologista age como se estivesse fazendo algo extra, algo a mais, como se não fosse da sua competência, também se observa em situações de agravamento da doença. Assim, diante de pacientes com possibilidades de cura, ou aqueles que têm uma piora no estado geral, mas que possuem mais tempo de tratamento, aos quais já se estabeleceu um vínculo, uma relação médico-paciente mais próxima, o oncologista lança mão de outras estratégias para enfrentar a situação da doença, na tentativa de acelerar o processo de tratamento/procedimento, ou pela busca de outros meio de intervenção, numa tentativa de resolver a situação (5.1.2). Entretanto, aponta que isso extrapola sua função.

- ***“Mas o paciente que tem possibilidades de cura, é um paciente que vai fazer com que a gente tente ir atrás da tomografia mais rápida, do medicamento melhor, então eu acho que isso mobiliza”.*** (Alice)
- ***“Então você tenta uma coisa a mais, você tenta passar a mão no telefone, para ligar para um colega para tentar alguma coisa mais urgente. (...) Então isso também faz com que você passe um pouco daquela tua função, e levante e vá correndo atrás para tentar conseguir alguma coisa. Como hoje, por exemplo, tinha uma paciente com uma dificuldade grande para se alimentar, nós tentamos colocar sonda e não conseguimos, então, eu fui levantei e fui bater na porta do outro colega para pedir para ele fazer uma ajuda, para passar uma sonda. Também ele não conseguiu, então eu tive que fazer um encaminhamento para um outro hospital, solicitando que faça um procedimento cirúrgico nessa paciente”.*** (Moisés)

Com base no exemplo, há que se questionar, será que isso que o médico faz, passa da sua função? Será que não seria seu papel se mobilizar neste sentido? Na tentativa de ir atrás da melhor condição de tratamento para os pacientes, independente se possui ou não algum vínculo com este? Estes são alguns dos apontamentos que devem ser considerados na compreensão das vivências dos médicos oncologistas clínicos.

Estes dados vão ao encontro de Trindade et al. (2007), quando apontam que a adoção de uma atitude paternalista do médico oncologista, diante de pacientes fora das possibilidades de recurso terapêutico, é bastante comum. E acrescentam que a atitude paternalista de tentar proteger o paciente de más notícias ou grandes impactos é bastante presente na cultura médica latina.

Ainda, dentro deste item, encontram-se depoimentos que enfatizam a reavaliação do problema ou da situação de difícil manejo (5.1.3). Os profissionais destacam o lado positivo da situação através de uma nova percepção/reavaliação do problema.

- *“Mas eu tenho uma visão um pouco diferente disso, por exemplo, se eu vejo uma situação muito difícil, uma situação muito grave, uma situação muito trágica, eu vejo assim, o contrário. Eu vejo a valorização das coisas boas. Então, coisas que eu sinto que os pacientes referem a mim, a dificuldade de comer, a dificuldade de dormir, a dificuldade de se locomover, como coisas básicas, que é básico para cada um, que é normal para cada um, eu vejo o valor que isso tem”. (Tales)*
- *“Depois, veja só, de 79 a 2006, dá quantos anos? Quase 30 anos, né... Então você aprende a lidar melhor com isso e com a ajuda profissional também, mas antes era assim resolver o problema deste paciente que se apresentava, dessa conjuntura, era mais importante do que tudo. Porque era como se você fosse a única esperança daquele paciente, e você fosse a única solução para aquilo. Então você era o ser todo poderoso, dava uma sensação de poder ou uma sensação de responsabilidade muito grande. O que é que se compreende agora, que sou um a mais dentro desta estrutura, que farei tudo o que estiver a meu dispor, usarei toda a legislação, suprirei o paciente de todos os instrumentos que ele precisa, para que resolva. Tem coisas que são insolúveis. Talvez seja essa a grande descoberta, a aceitação de que existem coisas insolúveis”. (Deise)*

Os depoimentos aludem que a experiência profissional provoca uma reavaliação da posição deste profissional, daquilo que são suas prioridades, facilitando o desenvolvimento de sua prática. Isto vai ao encontro do que propõe Escribà-Agüir e Bernabé-Muñoz (2002) quando referem que é freqüente a utilização de estratégias focalizadas no problema, especialmente relacionadas à avaliação e aceitação de que a medicina não é exata, logo que tem situações talvez insolúveis e imprevisíveis.

A reavaliação da situação também se observa em outras situações, como por exemplo, diante de pacientes idosos. Os profissionais se valem da perspectiva de que se o paciente já é mais velho, não é tão ruim assim, afinal este já viveu sua vida.

- *“Eu noto assim, que pacientes muito jovens me deixam mais chocados, me tocam muito mais proximamente, do que o paciente mais idoso. Talvez por aquela questão, assim, ‘puxa vida ele vai morrer, nem viveu sua vida toda’, e por outro lado, ‘puxa vida, é, ele vai morrer, mas vai morrer com dignidade, 80 anos, teve filhos, teve netos, viveu sua vida’. Mas talvez do ponto de vista do paciente, não seja a mesma idéia (risos). Pô, viveu 80, mas talvez queria viver mais vinte, queria chegar a 100, sei lá. Talvez essa perspectiva, no geral, ajude. Mas, talvez não seja por aí”. (Jonas)*

Os elementos de análise desta subcategoria apontam que o uso de estratégias de enfrentamento psicológico, focalizadas no problema, permeiam a prática clínica, seja no modo como os oncologistas atuam e agem com o paciente, seja através da visão que estes possuem das situações cotidianas, uma vez que, conforme demonstrado, a atuação deste profissional suscita diversos sentimentos e emoções decorrentes do contexto, que lhe exigem adaptações e respostas. Assim, tendo em vista a gama de sentimentos experienciados, a segunda subcategoria aponta as estratégias focalizadas na emoção.

5.2 Focalizada na emoção

Esta subcategoria faz referência às estratégias que têm como objetivo minimizar, regular as respostas emocionais da pessoa frente às situações consideradas estressantes e de difícil manejo. Conforme Seidl, Tróccoli e Zannon (2001), as estratégias focalizadas na emoção agrupam itens ligados a respostas de esquiva, autculpa, culpabilização dos outros, reações negativas, como raiva e tensão. Ademais, os comportamentos e as atitudes voltadas ao apaziguamento das sensações de desconforto emocional.

Inicialmente, antes de analisar esta subcategoria há que se considerar que é praticamente consenso entre os profissionais a questão da necessidade quanto ao uso deste tipo de estratégia de enfrentamento. Isso se torna muito evidente nos depoimentos quando referem que é preciso se desligar, desfocar a atenção, separar a vida profissional da vida privada, buscar uma tentativa de esquecer, amenizar, no sentido de melhor lidar com os sentimentos e emoções que são despertados.

- ***“A gente procura... Eu tento esquecer as coisas quando saio daqui de dentro.... Eu tento separar vida profissional de vida pessoal. Assim como tento, também, não trazer problemas de ordem pessoal aqui para dentro. Eu acho que existe uma linha imaginária, divisória, ali na porta. Eu tento, e eu acho que consigo, eu acho que eu consigo. (...) mas eu tento, eu me esforço o possível, e acho que consigo. Às vezes saio daqui e vou para casa e fico pensando ainda no caso do paciente, mas eu tento evitar isso aí”.*** (Moisés)
- ***“Embora a gente procure ‘domar’ estes sentimentos, que a gente não pode se envolver emocionalmente com os doentes, sob pena de não conseguir simplesmente mais trabalhar. (...) eu procuro ser equilibrado nisso, não me envolver demais. (...) quando eu chego em casa, eu procuro desligar do meu serviço, eu tento não pensar no trabalho, ou pelo menos naquilo que eu fiz no trabalho. (...) Eu tenho um mecanismo automático de delete, que funciona na hora em que eu ponho o pé fora do local de trabalho, até por uma questão de saúde mental. (...) ... evito levar essas coisas para casa, até porque a gente lida***

muito com tristeza, dor, morte, e, isso não é assunto interessante para falar dentro de casa”. (Zeno)

- *“Às vezes a gente sai pior... Sai com essa carga que a gente recebe... de tristeza. Mas isso dura pouco, a verdade é essa. Trabalha mentalmente para que no dia seguinte não... **Eu não posso deixar, isso a gente tem que se convencer, eu não posso deixar que aquilo interfira no próximo paciente que entrar, ou no paciente de amanhã, que seja, entende? Claro, que não precisa se blindar completamente, mas... Eu... a gente vai trabalhando, vai remoendo um pouquinho. O tempo cura... (...) Sempre fica na lembrança, na hora que acontece é muito mais forte. Mas, no dia seguinte, tem outra história começando, a gente está se envolvendo com outro tipo de, com outras pessoas, com outros pacientes e acaba, acaba ficando para trás”.** (Luiz)*

A necessidade de esquecer, desligar-se, deletar as emoções e experiências vividas durante o dia de trabalho aponta para o uso de mecanismos voltados ao apaziguamento das sensações. Com relação ao uso deste tipo de estratégia de enfrentamento, há que se pensar que, desde a formação, estas são, de certo modo, incitadas. Pois, tendo em vista os dados de Quintana et al. (2004), os estudantes de medicina são incentivados a desenvolver o que se denominou de “calosidade emocional”, ou seja, não se deter àquilo que lhes passa, para que, com o tempo, estes desenvolvam uma barreira de imunidade aos sentimentos e emoções que emergem do contexto. Assim, os oncologistas citam: o uso de atividades de lazer (5.2.1), como afazeres domésticos, a prática de atividade física, assistir à televisão e ter hobbies pessoais.

- *“Férias, viajar, vídeo game. (...) **E tenho minha família também, e eu gosto de fazer meus trabalhos em casa, mexer no quintal, mexer nas coisas, consertar, arrumar, faz aquilo, fuça isso. Quando se está fazendo alguma coisa, sempre se esquece do restante”.** (Moisés)*
- *“**Eu acho assim, ir para academia, pra mim, não é só uma questão de físico, mas é uma questão para minha cabeça. Acho que uma das minhas válvulas de escape é a academia”.** (Alice)*
- *“**Pra mim, o que tá sendo excelente, (...) é natação e a ginástica. Isso aí, eu esqueço daí”.** (Cleusa)*
- *“**Ahm, eu sou uma mulher de televisão** (risos). *Se faltar televisão em casa, aí... Acho que eu tenho uma coisa. Então assim a única coisa realmente que eu não penso, é televisão... isso me relaxa muito mais que música, porque música também a cabeça fica... Então assim é um mal necessário para mim, eu acho que eu não vou estar me culpando... (...) eu adoro, e eu realmente consigo**

relaxar, e eu consigo me desligar (...) eu realmente saio do ar... porque assim, na minha rotina, é aquela hora que eu vou me desligar, entendesse? E, filmes assim, quase assim, geralmente muitos bobos assim, nada muito, pode ser qualquer coisa, desde que seja nessa linha de filmes”. (Leda)

- *“Eu gosto de miniaturas. Eu adoro miniaturas. Tenho miniaturas de vários tipos que eu vou montando, montando assim, pacientemente, depois eu pinto e vai e tal, é uma coisa que eu gosto de fazer. E, eu adoro ler. Que eu acho que talvez seja meu maior passatempo, porque é uma coisa fácil de fazer, em qualquer lugar. Eu adoro ver filme, eu adoro ouvir música. (...) No momento em que eu estou assistindo filme, eu fico ligado, não penso em mais nada. (...) eu me integro totalmente”. (Jonas)*

Estes dados assinalam na direção das evidências encontradas por Escribà-Agüir e Bernabé-Muñoz (2002), em pesquisa realizada com médicos de diferentes especialidades. Estes indicam que o uso de atividades, como tempo de lazer e atividades físicas, estão entre as principais estratégias utilizadas pelos médicos, pois possibilitam desconectar-se da realidade profissional.

Alguns dos profissionais referidos anteriormente ainda apontam o uso do vídeo game e passeios ao *shopping*, como estratégias de lazer, voltadas a desligar a cabeça, seja pelo fato de centralizar a atenção em outros contextos ou por possibilitar um meio de descarregar as emoções.

- *“Shopping. Eu sou bem assim desesperada, meu Deus, como faz bem para a gente. Nossa eu gosto. Não é o shopping assim de comprar é o shopping de passear. Eu acho que eu me sinto em um ambiente, que não é esse ambiente hospitalar, e aí parece que eu me insiro nesse contexto das pessoas assim, saudáveis, bonitas, que estão lá experimentando roupas e dizendo que estão gordas, entende? (risos). Não, eu acho isso tão normal e isso não faz parte do meu dia-a-dia, porque até para mim, ir ao shopping eu tenho que me organizar, pra ir no shopping, entendesse. Então assim eu gosto muito, isso é muito bom para mim. Supermercado não, mas shopping eu gosto”. (Leda)*
- *“Olha uma das coisas que eu não usava muito antes, mas agora estou usando muito, eu adoro vídeo game. (...) Então o jogo estratégico eu fico treinando a minha cabeça, o tempo inteiro, de como eu vou fazer as coisas, o jogo de corrida para extravasar um pouco a vontade de correr, e de competir... botar para fora as minhas frustrações internas, que eu não fico pesquisando muito, mas que eu sei que existem. E, o jogo de violência justamente para ter essa válvula de escape dessa violência inerente que eu sei que existe, aquela vontade de bater em todo mundo, mas que eu não posso fazer. Então, o que eu faço? Eu vou lá no vídeo game e descarrego no vídeo game”. (Jonas)*

Percebe-se, de acordo com a última narrativa, que o oncologista em questão, percebe algumas sensações que se passam dentro dele, ainda que não faça questão de discernir a que as mesmas se referem. Este achado corrobora com os dados de alguns autores (Congrains, 1998; Blandin & Araujo, 2005), quando apontam que a expressão dos sentimentos/emoções se encontra entre as estratégias de enfrentamento psicológicas menos utilizadas por profissionais da medicina.

O recurso da medicação e/ou uso de álcool (5.2.2) também foi apontado como uma forma de enfrentar as situações e lidar com as exigências da prática oncológica.

- *“Não é rotineiro, mas se algum dia estou assim muito estressada e tenho dificuldade de dormir. Às vezes. Talvez, meio Rivotril ou... Às vezes pode ser até, uma ou duas vezes por semana”.* (Rita)
- *“Ansiedade, daí eu preciso de Lexotan (risos)... Eu gosto de dormir bem, tenho sempre um Lexotan na gaveta, para os dias em que eu não consigo desligar”.* (Alice)
- *“Tomar remédio é um deles, eu durmo, só durmo se eu tomar remédio, então eu tomo”...* (Cleusa)
- *“Ocasionalmente, eu tomo algum ansiolítico”.* (refere que faz uso da medicação em média três dias da semana) (Celso)

Estes dados vão ao encontro das afirmações de Escribà-Agüir e Bernabé-Muñoz (2002), uma vez que os mesmos também evidenciaram o consumo de fármacos pelos médicos como uma forma de lidar com situações de muita tensão emocional e também como meio para reduzir o estresse laboral.

A investigação sobre o uso de medicação foi abordada na entrevista de modo explícito, sendo que o seu uso foi referido, na grande maioria pelas mulheres. Este dado pode ser pensando à luz das proposições de Millan et al. (2005), mencionadas anteriormente, sobre as diferenças ligadas às características de personalidade de homens e mulheres. Assim, se, de acordo com estes, a médica apresenta maior sensibilidade do que os homens médicos, talvez esse dado justifique a maior necessidade do uso de medicação por parte delas. Entretanto, o consumo de álcool parece ser referido tanto pelos homens como pelas mulheres:

- *“E, consumo de bebida alcoólica é mais socialmente, mais final de semana, festa, num churrasquinho, uma coisa assim, nestas ocasiões, então. Então fica*

*mais assim, na cervejinha, nos dias mais quentes a cerveja, nos dias mais frios um cálice de vinho, ou, às vezes, se você sai e vai para uma festa, **uma dose de uma bebida um pouquinho mais forte, só para liberar um pouco o ego. Mas é só nestas ocasiões.** (Moisés)*

- *“**Ahm, eu gosto assim de uma bebidinha. Mas assim é muito seletivo, geralmente é uma bebidinha assim para relaxar, no final de semana, um vinhozinho, é vinho tinto que eu gosto. Mas eu gosto. Eu... é gostoso**”. (Leda)*
- *“**É só a questão para relaxar. Assim, só não bebo todo dia, mesmo porque isso caracteriza aí um alcoolismo. (...) Mas é uma prática que eu uso bastante assim, e que também me relaxa. (...) Eu acho que o principal fato é que, geralmente, quando você está bebendo, você está com pessoas, você está num ambiente de descontração, eu acho que esse é o vínculo maior**”. (Alice)*

Ao abordar a questão sobre o consumo de álcool, muitos profissionais ficaram meio sem jeito, como se a questão tivesse tocado em algum elemento difícil de ser abordado. Alguns, inclusive, diante desta pergunta, logo de pronto responderam que não, que o consumo de álcool não era permitido para profissionais da saúde, e que isto não poderia acontecer entre médicos. Porém, chama a atenção que, muitos, ao negarem o consumo, referiram que o mesmo é bastante comum no meio médico. Assim, uma das questões que se coloca, e que não pode ser ignorada, é que mesmo que muitos tenham assinalado negativamente para o uso, estes mesmos parecem fazer questão de elucidar que este fato é comum na medicina.

Outra estratégia desenvolvida pelos médicos oncologistas encontra-se relacionada a atitudes de esquiva, sendo que o recurso de evitação (5.2.3) parece ser presente.

- *“**De vez em quando eu tiro uma licença, porque quando eu vejo, eu estou completamente absorvida novamente. (...) Um dos motivos que eu tirei licença agora, de um ano e meio, era para que a agenda se esvaziasse mesmo, para que estes pacientes que estão com a gente há muito tempo, procurassem novas opções. Procurassem novas opções**”. (Deise)*
- *“**Dormir. Dormir, eu tenho uma necessidade muito grande de dormir e dormir para mim é uma saída. Dormir para mim é uma necessidade maior quando eu estou vivenciando um problema, uma ansiedade ou uma depressão, daí o sono para mim é uma necessidade muito maior. (...) uma noite bem dormida para mim é terapêutico**”. (Tales)*

O fato de tirar licença e afastar-se do trabalho, assim como a necessidade de dormir diante de situações de conflito ou problemas demonstram atitudes voltadas a

evitar o contato com aquilo que se passa. Roger et al. (2006) apontaram que o grupo com maiores desgastes relacionado à síndrome de burnout e elevados níveis de ansiedade era o dos que mais comumente utilizavam estratégias voltadas ao distanciamento e à evitação. Outra forma apontada de evitar confrontar-se com os sentimentos e com os casos atendidos é o uso de humor negro.

- *“E, uma outra coisa que eu acho, que, pelo menos para nós do nosso serviço, nós três médicos, uma coisa, se você fosse conversar com todos, você veria, **nós temos um humor negro, que é uma coisa terrível.** As piadas que a gente faz entre si, dentro, envolvendo os próprios funcionários e às vezes, os casos absurdos que a gente vê, e às vezes os casos terríveis. **As piadas iriam deixar muitas pessoas que não estão acostumadas, com o cabelo em pé. Acho que é uma forma de mecanismo de defesa, mesmo**”.* (Moisés)

O depoimento acima faz referência aos profissionais que compõem a unidade de cuidados paliativos. O uso do humor para evitar o contato com as emoções pode também ser observado em campo, quando do acompanhamento em ambulatório. A equipe de profissionais trabalha em clima de brincadeira, riem mais do que os outros, como se externalizassem as coisas de outro modo – que não deixa de ser uma forma de negação.

Estes achados apontam na direção do que propõe Nogueira-Martins (2003), quando afirma que atitudes de ironia, como o uso do humor negro, podem ser utilizadas como uma maneira de enfrentar as vicissitudes do cotidiano médico. Especialmente, porque o uso destas pode evitar o processo de reflexão sobre as limitações e exigências da profissão.

A adesão e o zelo por práticas de auto-cuidado (5.2.4), voltadas à atividade física, alimentação e lazer, também se fizeram presentes entre as estratégias focalizadas na emoção.

- *“Ah, eu acho para eu manter esse ritmo, eu tenho que estar bem comigo. E esse bem comigo, eu tenho que fazer atividade física, eu tenho que me distrair, eu tenho que ver outras coisas, fazer outras coisas, ter lazer... A minha vida é muito esticada, sabe, muito... Então, para eu poder estar assim eu tenho que estar bem comigo, então muito... metódica, assim, muito em horário bem distribuído. Mas eu faço questão. Por exemplo, vou sair daqui, às sete e pouco eu tenho academia. Uma coisa que eu faço questão, sempre... (...) Então, para eu poder fazer, poder agüentar esse ritmo, eu sei que eu preciso ter válvulas de escape, assim, para as minhas situações, para eu poder... Então essa seria a*

minha preparação. Além do que, alguns cuidados tem que ter com você, alimentação”... (Caio)

- *“Eu tento assim do que se trata do meu cuidado pessoal, eu tento me alimentar corretamente, não pela correria, de estar correndo, por exemplo, lanches, sanduíches esse tipo de coisas. Eu tento ter o meu horário da refeição da manhã na minha casa, sempre. E, meio-dia, muitas vezes, não é na minha casa, mas sim é uma refeição, e não um lanche”. (Rita)*

Nesta subcategoria, ainda, enquadram-se alguns sentimentos que funcionam como estratégias de enfrentamento, voltadas ao apaziguamento das emoções, como: raiva, irritação diante do paciente, culpa, tanto sentir-se culpado, como culpar os outros e o paciente. A expressão destes atua como um modo de lidar com as demandas do cotidiano da oncologia. Cabe salientar que estes se encontram melhor demonstrados na subcategoria 1.3, que discutiu os sentimentos associados ao contexto. A este respeito, Escribà-Agüir e Bernabé-Munôz (2002) identificaram que este tipo de estratégia, voltadas à emoção, aparecem em primeiro lugar nos apontamentos dos médicos.

Assim, diante da exposição dessas estratégias focalizadas na emoção, há que se considerar que os autores (Congrains, 1998; Tamayo & Troccóli, 2002; Blandin & Araujo, 2005) apontam que o uso destas encontra-se relacionado à maior incidência de síndromes relacionadas ao estresse, como o Burnout. O uso deste tipo de estratégias, que tem por objetivo provocar uma liberação dos conteúdos mentais e emocionais, foi por Blandin e Araujo (2005) classificado como disfuncional, pois estes não respondem de modo satisfatório, sendo o apaziguamento das emoções uma resposta situacional e, na maioria das vezes, com efeitos momentâneos.

5.3 Religiosidade/ Espiritualidade

A subcategoria que segue agrupa os pensamentos e comportamentos religiosos e/ou voltados à espiritualidade que possam estar sendo utilizados como uma estratégia para lidar com determinada situação ou evento do cotidiano. Para melhor compreensão dos termos utilizados, a pesquisadora compartilha a definição de Lukoff (1992, apud Faria & Seidl, 2005), quando refere que religiosidade designa a adesão a crenças e práticas, ligadas a uma instituição religiosa organizada. E espiritualidade caracteriza-se pela relação que a pessoa estabelece com um ser, ou força superior, na qual acredita.

Deste modo, essa subcategoria divide-se em dois elementos de análise: o primeiro aponta o uso desta estratégia, ou seja, a religiosidade ou espiritualidade

presentes no cotidiano (5.3.1); o segundo, quando a mesma é negativa (5.3.2), em que se evidencia a ausência das crenças ou práticas.

A adoção de uma prática religiosa não parece ser algo muito presente na maioria das falas dos entrevistados. Não obstante, percebe-se que alguns apresentam certa espiritualidade, não ligada a nenhuma religião formal ou instituída, mas sim a uma força superior, ou mesmo energia.

- ***“Eu sou horrível, sou que nem São Tomé, totalmente, só acredito vendo. Queria ter mais fé (...) Mas embora eu não tenho uma fé muito grande. E não pratique nenhuma religião. Sou católica assim, mas só de casa. De vez em quando, gosto muito de uma igreja. Mas assim, eu acredito que tenha uma coisa maior, um Deus. Chamo de Deus, não sei o que é isso. Mas eu acredito que daqui, o que morre, é o nosso corpo. Eu acho que a gente continua de alguma outra forma. Não consigo acreditar que a gente seja só essa carcaça aqui. Então eu acho que isso é uma das coisas que me deixa mais tranqüila”.*** (Alice)
- ***“Digamos que eu acredite, numa força superior, mas não acredito no Deus que o paciente usa, no Deus que as pessoas tentam usar ao seu bel prazer. Meu Deus vai fazer isso... Meu Deus vai fazer aquilo... Meu Deus vai me curar... E, então que, talvez esse universo seja regido por leis, mas não essa forma de religiosidade que todos praticam”.*** (Deise)
- ***“Bom, eu não tenho uma religião assim, eu não sou praticante, tá, sou católica porque me batizaram, pela família. Agora vou te ser bem sincera, eu me considero uma pessoa espiritual sim. Mas eu não sou assim, como eu te diria, não adoro um Deus determinado. Não acredito, talvez não acredite num Deus determinado. Se existe Deus, se não existe. Eu acho que se existisse um Deus como as pessoas, muitas delas acreditam, não, eu acho que ele não deveria ser assim tão, deveria ter opções melhores para elas viverem. Eu acredito que nós temos sim uma energia cada um, o nosso espírito, é realmente, não somos só matéria. E, realmente está comprovado. (...) Eu faço um exercício, vamos dizer assim... eu acredito na minha energia, e que... tento, de tentar, esse equilíbrio de paz, de sentir uma paz interior. Não sei como te explicar. Mas é uma paz com a gente mesmo. Não é uma paz que tu pede para que alguém te dê paz. Não. É uma paz que a gente encontra na gente mesmo. Quando ela está desequilibrada, e não existe, a gente tem que procurar. Procurar achá-la, porque não acredito realmente que exista ninguém que venha te passar a mão e que te diga, que te resolva as coisas da vida. Não, nesse aspecto não. E não sou religiosa prática.”.*** (Rita)

Percebe-se, nos exemplos demonstrados, que mesmo que o entrevistado esteja filiado em uma religião instituída, este não compartilha de suas crenças. Assim, os depoimentos elucidam para a questão da espiritualidade. No sentido oposto, apenas dois

oncologistas, do sexo masculino, dentre todos os participantes, apontaram a adoção de uma conduta ou comportamento religioso e a filiação a uma instituição religiosa.

- *“Eu sou católico, eu vou na missa quase todo o domingo, pode não parecer. Mas eu vou na missa todo domingo. (...) Eu creio em Deus, eu rezo, uma coisa... Acredito nisso, respeito outras, outras religiões... (...) Mas eu acho que é uma âncora, muitas vezes, importante, você tem que ter uma esperança, uma fé que... Em tudo na vida”.* (Caio)
- *“Eu sou uma pessoa, que digamos assim, que tem crenças bem estabelecidas, eu sou católico, atualmente não sou muito praticante, do ponto de vista formal, mas eu não esqueci nada da minha crença. E obviamente eu acredito na ação de Deus na nossa vida, e isso interfere na minha atividade, acho que positivamente. O sentido da caridade cristã, ela é importante para quem é médico”.* (Zeno)

Com base nos depoimentos, evidencia-se que, nesses dois exemplos, o uso da religiosidade aparece como um recurso para lidar com as situações da vida, tanto que um deles ressalta que a religião é uma âncora, no sentido de uma proteção/esteio que confere segurança. Deste modo, pode-se pensar na possibilidade de que, quando vista nesse sentido, a religiosidade responda inclusive a uma função de apaziguar/controlar as emoções, semelhante às estratégias focalizadas na emoção.

Cabe destacar que a espiritualidade fez-se mais presente entre o grupo de mulheres, sendo que, do total de cinco, quatro referiram a crença em alguma força superior ou ligada a alguma energia. Entre os homens, apenas dois se posicionaram de modo positivo frente à adoção desta estratégia. Este indício vai ao encontro dos dados de Congrains (1998), ao afirmar que o recurso da religião ou espiritualidade é maior entre as médicas, entre os médicos. A ausência de prática seja religiosa, ou espiritual, aparece de modo significativo entre os oncologistas.

- *“Na minha, pessoalmente não tenho muita prática (risos), na verdade, religiosa... Muito, não, não tenho nenhuma. (...) eu não tenho, não trabalho a minha espiritualidade”.* (Luiz)
- *“Olha a minha prática religiosa é muito sutil, eu diria até muito fraca. Eu não tenho uma prática religiosa assim ativa, de frequentar um grupo religioso, de ter uma rotina da prática religiosa. (...) Enfim, eu não uso o catolicismo como uma prática forte de religiosidade”.* (Tales)
- *“Bom, então, na verdade eu acabei, religião hoje em dia, eu não acredito mais em nenhuma. Não acredito mais em religião nenhuma. Acho sinceramente*

que na verdade o ser humano não precisa de religião para viver, até compreendo que muitas pessoas sintam necessidade.” (Moisés)

Percebe-se, que mesmo que o entrevistado diga que teoricamente é filiado a uma religião, esta não se faz presente. Já outros profissionais, diante da sua atitude de descrença, afirmam que gostariam muito de poder acreditar e demonstram iniciativas na tentativa de alcançarem alguma fé, possuírem alguma crença.

- *“Olha, eu gostaria muito de acreditar em alguma coisa. Sabe, em um Deus, ter uma religião. Ser uma pessoa extremamente religiosa. Eu gostaria muito disso. Fiz muita força pra isso. (...) Eu achava, eu acho, que é a coisa mais interessante que possa ter, só que eu nunca tive a religião na minha casa, como uma coisa forte, expressiva, de, de.... eu nunca tive isso”. (Cleusa)*
- *“Eu quero acreditar que existe um Deus, talvez não aquele Deus de barbinha branca e tradicional. Mas existe um Deus, uma força, alguma coisa que comanda de forma transparente e universal toda existência. Eu quero acreditar. Eu queria poder te dizer que a minha fé é sólida e completamente inabalável, mas eu não vejo assim, eu realmente não vejo assim. Eu invejo aquelas pessoas que a fé é inabalável. Eu ainda estou buscando uma certeza para a minha fé porque eu não achei. (...) Nessa altura da vida não me deixo mais levar por nenhum tipo de religião. (...) eu gostaria de ter mais fé, uma fé sólida. Talvez isso fosse mais um amparo para mim, para ter um interior mais estável. Mas eu não consigo, por causa da minha natureza contestadora de analisar tudo e ver sempre os vários lados, as circunstâncias, ficar analisando”. (Jonas)*

As afirmações acima demonstram que os profissionais gostariam de acreditar em algo mais, como se assinalassem a necessidade de possuir algum tipo de suporte dessa forma. É interessante ressaltar que a grande maioria dos oncologistas refere que o deus do paciente é um deus diferente, sendo que, em certos momentos, o descrevem como algo caricato (aquele deus de barbinha branca, tradicional – que vai passar a mão por cima). Tal fato pode estar relacionado aos aspectos que embasam a profissão médica, como a objetividade, a previsibilidade e a controlabilidade, de modo que a crença alude a algo não palpável, portanto difícil de ser auferida ou comprovada.

Assim sendo, a adoção de uma crença religiosa parece ser algo difícil, até mesmo tendo em vista a realidade e as situações de sofrimento, dor e morte, a que os profissionais vivenciam. Essa idéia encontra respaldo no depoimento acima, em que a profissional alerta que, se existisse um deus, este teria melhores condições de vida para as pessoas.

5.4 Suporte social

Esta subcategoria reúne as estratégias em que a busca por suporte social, seja através de apoio instrumental, emocional ou de informações, caracteriza-se como um recurso de enfrentamento psicológico, exercendo função de apoio, suporte, no sentido de fornecer sustentação.

Os dados encontrados são sugestivos de que, dependendo da situação, a pessoa utiliza o apoio social de diferentes formas. O que se constata é que é mais comum o profissional buscar o suporte social diante de situações voltadas a problemas do trabalho ou do âmbito social, recorrendo aos colegas ou até mesmo outros médicos. Mas a busca pelo suporte social, em pessoas próximas, parece não ser tão recorrente quando a dificuldade ou problema relaciona-se a aspectos individuais, da própria pessoa, sendo mais usual encontrar a busca por suporte em um profissional especializado, como a busca por terapia, analista ou psicólogo, por exemplo.

Apesar disso, o primeiro elemento de análise indica que o apoio de familiares e amigos (5.4.1) é comum, principalmente voltado ao suporte emocional, no sentido de responder, apaziguar as angústias e emoções.

- *“Sempre gostei de reunir muita gente dentro de casa. É um dos motivos do sobrepeso, assim, eu estou sempre arranjando uma desculpa para chamar alguém, para fazer comida, para beber, para contar histórias, de preferência que não tenha nada a ver com medicina, né!”*. (Alice)
- *“Ter um círculo de amizades diferente da área profissional é importante. (...) aquelas situações em que eu me incomodo, em que, geralmente, eu acabo conversando sobre isso com a minha mulher também. É uma maneira de ela sempre me convencer de que não tem problema, que é assim... (risos) ... de dar um apoio. Semana que vem vai ter outros casos parecido, e que vai ser assim, mas eu sempre divido isso com ela”*. (Luiz)
- *“E quando eu tenho um problema assim que não é necessário... de repente no momento eu não estou fazendo terapia... que não é necessária uma parte, vamos dizer, de um profissional. Muitas vezes, meu próprio companheiro me ajuda, a resolver algumas coisas, ou uma amiga, de repente a gente conversa”*. (Rita)

O suporte familiar, relacionado aos cônjuges, aponta que, umas das coisas positivas refere-se ao fato de o companheiro não ser da área médica, o que explicita a necessidade de um suporte diferenciado, de uma pessoa que não funcione na mesma lógica médica, da racionalidade e objetividade. Inclusive, pode-se deduzir que, assim, este não vai nem saber o que perguntar ou, cobrar uma postura clínica, conforme apontam os depoimentos:

- *“Mas meu marido me dá um suporte muito bom. (...) ... às vezes eu comento com o meu marido, não claro, quando eu estou mais chateada... (...) Até porque eu gosto dessa coisa chegar em casa, e aqui eu não sou médica. Algumas vezes, eu falo com o meu marido, dependendo de qual a situação. (...) Então assim, sempre foi... uma das coisas, é o fato de eu ter escolhido um marido que não é médico, faz parte disso (risos)”. (Alice)*
- *“A melhor coisa pra mim, foi ter me casado pela segunda vez, com uma pessoa que não é médica. Porque não me é exigido falar do paciente, bem pelo contrário, ele não sabe nem o que perguntar”. (Cleusa)*

Estes dados podem ser pensados com base nas proposições de Woodward (2005), uma vez que este refere que o cônjuge médico dispõe de menos tempo para a vida privada, sendo que, geralmente, se o(a) esposo(a) é de outra área, este(a) acaba assumindo algumas tarefas, no sentido de dar maior suporte e possibilitar o exercício médico.

No que se refere ao apoio de colegas/institucional (5.4.2), os profissionais diante de situações como dificuldades relacionadas às condutas médicas, bem como referentes a algum paciente, apontam que dividem a responsabilidade com os outros.

- *“Relacionado com questões do meu trabalho, profissional? Eu recorro aos colegas mais próximos que eu confio, e que podem me... Não necessariamente oncologistas. Um ou outro é oncologista, tal, mas outros médicos mais experientes, geralmente, ou que têm um conhecimento técnico específico, e eles vão me dar alguma dica ou alguma maneira de conduzir, mais”... (Luiz)*
- *“Pergunto a opinião de outras pessoas, colegas, o que for. Cunho ético, moral, também, é uma coisa que a gente fica pedindo consultoria para o colega, do ponto de vista, sei lá, principalmente para um oncologista”. (Caio)*
- *“Procurou ouvir a opinião de outras pessoas, procurou não decidir sozinho, se eu tenho dúvida, procurou ouvir um colega ou dois ou três, ou quantos forem necessários para mim me sentir confortado na minha decisão ou mudá-la”. (Zeno)*
- *“Eu procuro fazer o melhor possível. Procuro conseguir contatos com as pessoas que podem me ajudar a solucionar o problema. Eu acho assim, que a gente sozinho, fica mais difícil de conseguir, mas quando se tem essas pessoas próximas de você, a chance de você conseguir é maior”. (Alice)*

Tais depoimentos ilustram que o apoio de colegas da instituição funciona como estratégia focalizada no problema, pois este é solicitado diante de situações específicas,

para que possam melhor resolver/solucionar alguma questão. Por outro lado, o apoio de colegas foi referido também no sentido de uma estratégia focalizada na emoção, pois dividir com o colega, auxilia a repartir as angústias, que por sua vez traz conforto e sustentação emocional.

- *“Eu consigo me abrir com a equipe, às vezes, até é meio chocante, porque as pessoas não esperam muito. Mas eu, é a minha válvula de escape, claro que não é toda equipe, mas tem algumas pessoas chaves que me acompanham há anos, e essas pessoas, elas nem tem noção do como elas me ajudam. Eu acho que eu devo sobrecarregá-las mas é com a equipe geralmente”.* (Leda)
- *“Tenho alguns colegas que são grandes amigos, e que a gente partilha de pensamentos mais uniformes, mais semelhantes. E, geralmente são essas pessoas que eu acabo recorrendo, nesses momentos de angústias éticas e profissionais. (...) Mas geralmente, a gente tem, eu tenho, com mais alguns colegas que eu compartilho de idéias muito semelhantes, e é com essas pessoas que eu reparto minhas angústias”* (Alice)
- *“O que eu tenho feito muito é discutir com os colegas, uma coisa que eu não fazia com tanta frequência. Hoje eu discuto mais os casos com os colegas, então isso também é uma forma de dividir a responsabilidade, os dilemas éticos e técnicos e etc. E o que eu posso discutir com o paciente, familiares de pacientes, eu discuto. Então eu divido com..., não importa com quem for, vou falando”.* (Cleusa)

O último depoimento transcrito alude à importância da divisão de responsabilidades também com o paciente e com os familiares. Esta se configura num “suporte” interessante, pois possibilita ao profissional repartir seus conhecimentos, auxiliando a lidar com a responsabilidade e as expectativas, muitas vezes excessivas, que são colocadas sobre o médico.

O terceiro elemento de análise (5.4.3), refere-se ao suporte social, que se estabelece por meio de uma ajuda especializada, seja de um profissional, como o psicólogo ou psiquiatra, ou por meio de um instrumento, como livros ou cursos.

Os entrevistados referem a necessidade de estudar e procurar conhecer sobre os casos mais difíceis de serem manejados. Assim, o material específico converte-se em um tipo de apoio especializado.

- *“Se tenho algum caso mais difícil que eu tenho que resolver durante a semana, claro que no final de semana eu estudo, e me preparo do ponto de vista profissional. Vou atrás de bibliografia”.* (Rita)

- ***“Estudar muito em casa no dia-a-dia, a gente estuda. Olha, cientificamente, eu vou estudar, eu vou atrás”... (Caio)***
- ***“E dentro da oncologia é uma coisa obrigatória, a gente ter que se manter atualizado, então tem que ter tempo pra estudar, pra acompanhar a literatura, porque todo dia tem inúmeros novos artigos, pra gente ver, é claro que é simplesmente impossível, tu ver todos assim, mas pelo menos estar atento pras novidades, pras mudanças e procedimentos novos”. (Alice)***

A busca por material bibliográfico, além de instrumentalizar para a prática, no sentido de auxiliar a resolver as demandas clínicas, parece que também auxilia em termos de suporte emocional. Pois quando o artigo ou material consultado aborda aspectos interpessoais do relacionamento médico-paciente, este acaba sendo um meio de compartilhar anseios. Isso pode ser demonstrado no exemplo abaixo em que a mesma profissional explica a função dos artigos que tratam sobre estes aspectos.

- ***“E eu acho que uma forma de a gente ver que a angústia que a gente passa aqui, no terceiro mundo, também acontece no primeiro mundo. E de a gente talvez, através dessa divisão de angústias a gente, até... aprender a lidar melhor com essas angústias”. (Alice)***

O suporte, através de ajuda especializada, também foi evidenciado como necessário por alguns oncologistas, haja vista a dificuldade de partilhar aspectos da vida privada e em função das conjunturas pessoais.

- ***“Eu fiz psicanálise. Então, eu acho que a minha necessidade já foi, já me ajudou muito nesse sentido. Foi um período que eu era uma pessoa que participava. Atualmente não, mas eu fiz muito tempo psicanálise, e eu posso dizer que era”. (Tales)***
- ***“Por isso que eu faço análise, porque eu sou uma pessoa bastante fechada pra falar da minha vida privada, então eu não falo, posso falar uma coisinha ou outra, dizer... mas realmente sobre minha privada, eu não falo com ninguém, eu fui muito sozinha durante muito tempo, e me sinto sozinha até hoje, sou uma pessoa que me isolo na minha vida pessoal. Então, eu tive que fazer análise, e faço e me sinto muito bem. É onde... Onde eu tenho meu suporte”. (Cleusa)***
- ***“Eu quando me separei comecei a fazer terapia. (...) Antigamente eu brigava... Com todos que eu julgasse responsáveis por aquela situação. Mas atualmente é terapia. É terapia, atualmente é a terapia”. (Deise)***

Com base nas narrativas acima, percebe-se que a terapia auxiliou o profissional a reavaliar situações da vida e conseqüentemente da profissão, relacionada ao estilo de vida. Assim como possibilitou que algumas dificuldades do cotidiano fossem canalizadas de outras formas, que não por meio de conflitos com as outras pessoas.

O quarto elemento de análise, que trata do suporte social no sentido negativo, ou seja, de afastamento social e isolamento (5.4.4), apresenta situações em que ocorre justamente o oposto: o afastamento social, inclusive havendo uma tentativa de vigilância, para que não ocorra a expressão dos sentimentos perante as outras pessoas e/ou meio.

- *“Eu acho que eu tenho uma tendência a isolamento. Eu não sou um ser muito social, eu acho que isso é fruto do que eu faço. Eu acho que é porque eu sou bem... não é que eu seja anti-social, mas eu não sou muito disponível assim para algumas atividades, que talvez até fossem me fazer bem. Para muito, assim, convivência assim de sair num final de tarde, para jantares, assim, essas coisas mais coletivas, eu não tenho muita paciência. (...) Então isso gera um isolamento, realmente eu sou uma pessoa bem solitária. Mas eu não acho que isso seja um problema, porque eu acho que eu estou me sentindo bem assim. Mas às vezes, eu penso que isso pode ser um problema para as outras pessoas, que a gente fica uma pessoa, não sei né, que não vai tanto nos jantares, até com a família, não sei, às vezes eu não me disponibilizo”.* (Leda)

A mesma profissional, quando questionada a respeito do seu suporte pessoal, ou seja, quando a dificuldade é do âmbito privado das suas relações, refere que já se utilizou do apoio instrumental, ou seja, procurou um profissional, no caso um analista, mas que esta não foi uma estratégia eficaz, que não conseguiu manter. Reafirma, então, que não é muito de se abrir e que costuma “dar um jeito”.

- *“Ai complica um pouco. Porque daí eu que tenho que resolver. Porque daí assim, eu tenho família pequena, e sou uma pessoa difícil, não sou de me abrir muito, no lado pessoal é mais difícil (...) Ai, sei lá, se resolve como pode, não tem assim uma regra”.* (Leda)

Um dos pontos que merece atenção é que, diante do afastamento social, o profissional parece preocupar-se com a possibilidade de estar incomodando o outro, ao falar e dividir seus problemas.

- *“Eu não tenho! Olha rapaz, eu não tenho a quem recorrer a isso aí... Eu não tenho ninguém com quem conversar, eu desabafo com minha mulher mesmo, converso com ela, explico, ela me conhece bem. (...) A minha mulher mesmo, e eu*

*mesmo. Fico pensando sozinho, tentando dar solução para isso. Como eu nunca frequentei psicólogo, psiquiatra nem nada, então eu vivo, eu com meus problemas, eu comigo mesmo. A minha esposa, o que ela pode fazer, pode me ouvir, e me ouve graças a Deus. Mas isso não enche muito ela, também não deixa essa coisa desagradável que é você estar com uma pessoa que vive dessa forma, você fala um monte de coisas para essa pessoa e ela não fala nada, só ouvir, **mas ouvir também não deixa de ser uma coisa grandiosa**". (Jonas)*

A respeito da vigilância dos sentimentos, no sentido de evitar a expressão destes e a tentativa de não falar sobre o trabalho em outros lugares também figura entre as respostas.

- *“Eu tento evitar, principalmente na minha casa. No dia-a-dia, eu não falo sobre problemas. A não ser que eu chegue muito atingida, me perguntem... podem me perguntar se eu tenho algum problema. Daí posso até falar, comentar. **Mas é uma coisa assim, pouco também. Eu não falo, quando eu entro em casa, eu não continuo falando do meu trabalho, é raro**”. (Rita)*
- *“Eu vejo que é uma conduta pessoal que eu procuro manter, não falar sobre o trabalho, não falar sobre a minha área, em ambiente fora do trabalho.” (Tales)*
- *“Acho que a gente vê isso o dia inteiro, todo dia. Eu não vou sair daqui para conversar com alguém e falar sobre o sofrimento do paciente tal, sobre o sofrimento dos familiares, sobre o sofrimento de todo mundo que estava em volta olhando. **Ahm não**”. (Moisés)*

Este controle de não expressar sentimentos nem comentar nada do trabalho em ambientes fora do contexto profissional deve ser compreendido com base na postura incentivada, já desde a graduação, para que o futuro médico não expresse sentimentos. Conforme Quintana et al. (2004), a repressão dos sentimentos é incentivada durante o curso de medicina, e esta deve iniciar durante o curso, entre colegas e professores.

Há que se salientar que não falar do trabalho é uma das coisas necessárias em função da ética profissional. Entretanto, a postura que é assumida ignora que eles próprios possam ser atingidos (termo da entrevistada) por isso, de alguma forma, ao ignorar que essa atitude possa lhes causar sofrimento. Percebe-se que os sentimentos e a expressão destes é algo velado em outros ambientes.

Contudo, as narrativas revelam que esse esforço muitas vezes não alcança êxito, e a tentativa de dividir estas vivências acabam ocorrendo em momentos pouco adequados - até mesmo porque, diante do isolamento, é como se isso extravasasse sem que a pessoa se desse conta.

- *“Mas é uma coisa mais comum impossível. (...) é uma coisa tão natural, e a gente acaba levando os problemas para casa, principalmente os problemas assim dessa dificuldade de ser médico nessa estrutura. Eu falo sim, bastante. E, às vezes, até quando eu estou em outros grupos. Eu tenho que me cuidar, porque daí, eu às vezes, já me vejo tomando conta da conversa. Contando uma desgraça total assim, e aquilo é uma coisa tão natural, mas que eu acho horrível, quando eu me dou conta, meu Deus... tu não tens condições realmente, porque é horrível aquilo. E assim, muitos amigos médicos, né. É horrível, não podes imaginar. (...) Não, também a iniciativa é minha, com certeza. Porque daí eles contam uma história e eu já quero contar alguma coisa pior (risos). (...) Então assim é uma coisa tão absurda que até no supermercado. Às vezes, eu vou no supermercado, sábado de manhã, que é a hora que eu posso, chego lá me deparo com familiares de pacientes. Então assim, a conversa que deveria ser do preço da bolacha, já vira outra coisa. É bem comum mesmo e é bem desagradável. Isso eu não gosto, acho bem ruim, mas acontece”. (Leda)*

A médica que salienta esse aspecto, de não conseguir controlar comentários e conversas em outros ambientes, é a mesma que apontou para o fato de que se sente um ser não muito social, isolada. Porém, o depoimento acima revela que, de um modo ou outro, acaba fazendo uso das outras pessoas como um meio de expressar e falar sobre a atuação oncológica.

A este respeito, e considerando todos os dados apresentados nesta subcategoria, pode-se salientar que a expressão dos sentimentos, e principalmente a busca por suporte social, aparecem, de certo modo, como uma estratégia presente. E mesmo que ocorra em situações inadequadas, ainda assim evidenciam a importância desta estratégia, aludindo a necessidade da existência de espaços de troca - tanto técnica, como para partilhar sentimentos.

5.5 Estratégia combinada

Esta subcategoria congrega as estratégias de enfrentamento psicológico, que atendem a mais de uma função. São estratégias combinadas. Assim, podem tanto ser focalizadas no problema, como na emoção. O uso da racionalização foi categorizado dentro dessa subcategoria, pois, se entende que a busca por explicações e a tendência de racionalizar (5.5.1) os fatos cotidianos são utilizados tanto numa tentativa de responder e dar soluções aos eventos, como para neutralizar os sentimentos e sensações emocionais.

- *“Eu sempre digo assim: ‘O paciente pode se descontrolar? Pode. O acompanhante pode se descontrolar? Pode’. Agora eu posso me descontrolar? Não! Não posso! Porque o médico, o paciente espera, que não importa que o diabo apareça, o médico não pode se descontrolar. Agora imagine, se eu me descontrolar aqui agora, você olhar pra mim, o que você ia dizer: ‘meu deus tira esse cara daqui, ele é louco, ele que vai cuidar de mim? Ele está todo descontrolado. Então não dá, eu tenho que ficar calmo, porque tem que ser assim, se eu não estiver calmo para analisar a situação, aí eu começo a analisar movido pela emoção e o erro começa a se multiplicar. Mas então é isso, aqui é uma decisão técnica que vai sempre estar crivada de emoções, no meio, porque você está lidando com pessoas e as pessoas sofrem. (...) Eu lido com elas, se eu noto que elas, exigem um pouco mais de atenção, eu tento dar um pouco mais de atenção para elas, e... engulo seco, né. Porque, eu penso assim, metade do problema é delas. Mas metade do problema é meu. Eu também não tenho o direito de pegar a minha parte, e jogar para cima delas. Então, eu vou tentar manter aquilo ali, mas sem deixar os 50% que são meus, influenciar nessa relação”. (Jonas)*
- *“Eu acho que o tempo faz a gente, talvez, racionalizar um pouco mais de uma forma com dó, às vezes, porque a racionalidade que nós temos lá no início da nossa carreira é a carapaça. A racionalização, digamos assim, é a carapaça, agora mais tarde, essa carapaça já não precisa existir, mas você consegue, eu consigo racionalizar o que ele tá sentindo, até aonde eu posso ir. Porque eu também não posso me entregar ao paciente e depois me retirar. Então, tem que saber exatamente até aonde”. (Cleusa)*

O uso da racionalização, voltada à tentativa de resolução do problema, acaba sendo um modo de lidar com as outras situações da vida. Assim, muitas vezes, o profissional utiliza essa mesma estratégia como tentativa de resolução de outros problemas, não tendo êxito, uma vez que a mesma não se aplica a algumas situações.

- *“Acaba sendo mais objetivo, em tudo, que eu julgo que deva ser objetivo, que seja... A organização, até do âmbito pessoal, talvez”. (Luiz)*
- *“Olha digamos assim, a gente como médico, atua no seguinte sentido, a gente recebe um problema e procura uma solução, no caso de um problema de saúde. Então, muitas vezes, dentro de casa não é esse o caso, sei lá. A esposa te faz uma queixa e ela não quer que tu dê uma solução da queixa dela, ela quer ser ouvida, também um pouco coisa de homem, né. E isso acontece. (...) Tipo assim uma mentalidade resolutiva, que nem sempre é o caso. A pessoa não quer solução nenhuma, ela quer apenas que alguém escute, entenda”. (Zeno)*

Este aspecto merece uma reflexão, com base na formação do futuro médico, que calcada nos ditames da ciência positivista, incentiva uma postura objetiva, neutra, com vistas a uma atitude resolutiva das situações, bem como o incentivo ao uso da

racionalização e negação dos sentimentos. Conforme trazido por Meleiro (2005), o jovem médico incorpora aquele padrão que lhe foi imposto, fixando-se em comportamentos científicos, frios e de neutralidade, muitas vezes generalizando os mesmos para outras situações, independente do contexto destas. E estes comportamentos e o modo de lidar acabam perpassando a vida dos oncologistas, independentemente de estarem sendo efetivos, apropriados ou não.

Ainda com o objetivo de melhor resolver as demandas da profissão, a racionalização aparece através da focalização nos problemas do paciente, no que se refere à parte física do problema orgânico. Conforme apontam, isso os auxilia no raciocínio e nas decisões clínicas, ao mesmo tempo em que evita maior envolvimento com aspectos subjetivos.

- *“A estratégia que eu tenho, é focar, focar e focar. O que eu estou te dizendo, eu tenho que fazer o melhor, tenho que buscar a melhor forma de melhor... Focar... É se o paciente tem uma intercorrência tal, não é porque é um paciente oncológico que você vai deixar de fazer o melhor. Então vamos focar, como sair dessa complicação infecciosa, complicações de tratamento, tudo o mais, esse é o, é o... meu preparo”.* (Caio)
- *“Digamos assim... Eu sou bem executiva. Talvez eu deixe de ter firulas, eu digo que eu não faço bilú, bilú. Assim aí, quem sabe a senhora, entretanto, conseguiria fazer se pudesse... Eu geralmente uso o termo principal da frase, eu gostaria que fizesse isso, eu precisaria que fizesse isso e isso é assim. (...) Eu decidi optar em ser médica, eu resolvo atualmente as questões médicas dos pacientes. Os outros problemas... eles que vão às assistentes sociais, que vão ao ministério público. Eu oriento, eu dou a documentação, mas eles que vão”.* (Deise)
- *“Tem uma coisa que sim, eu sou bastante objetiva com o paciente. Não consigo ser de outra maneira. Então na minha vida privada também. Eu não consigo lidar com pessoas que falam muito, e que entram, tentam dar muitas voltas num problema. Eu vou direto ao assunto e tento resolvê-lo. Em casa eu também faço da mesma maneira. (...) E em casa também sou assim, não consigo lidar com pessoas que começam a conversar e dar muita volta. Eu vou direto e tento responder as questões, eu sou bastante objetiva nisso aí”* (Rita)

O uso da racionalização, seja pelo fato de ter sido apreendida, incentivada durante a formação médica, ou ainda, por ser uma estratégia derivada de condutas pessoais, apresenta certa disfuncionalidade, no momento em que a mesma é utilizada em todos os momentos de modo indiscriminado. E, por mais que, ofereça alguma proteção no sentido emocional, de resguardar, esta despense muita energia para que a pessoa esteja sempre mantendo tudo sobre o controle.

5.6 Auto-avaliação de estratégias utilizadas

Esta subcategoria agrupa as estratégias que foram apontadas pelos profissionais como ineficazes, e que em última instância, foram consideradas disfuncionais, seja porque não trazem mais o mesmo benefício, ou pelo fato de serem percebidas como inapropriadas.

As estratégias focalizadas na emoção (5.6.1), dentre elas o consumo de tabaco, bem como do uso de álcool, foi apontado pelos entrevistados como um recurso já utilizado. Apesar disso, devido a uma reavaliação pessoal, indicaram que as mesmas não estavam sendo saudáveis.

- *“Aí bebia vinho, mas não gostei, não gostei. Porque o seguinte, quem nunca bebeu não tem uma habilidade para beber, e fica muito fragilizado com uma taça de vinho. Agora, eu fumava. Eu fumava, essa era a válvula de escape. Mas então eu parei com isso”.* (Deise)
- *“Há outra coisa, álcool, claro você toma, sexta-feira assim, era dia assim, que eu tomava, bebia, vinho que eu gosto... vinho que eu gosto, eu bebia. Eu tomava vinho. Claro que isso chegou um ponto que foi demais. Que você pára e pensa, mas porque eu tô tomando? Porque sexta-feira eu tenho que beber vinho? Ahm, porque eu gosto, mas não é só porque eu gosto, porque foi uma semana muito estressante, né. Então na verdade você relaxava, é muito fácil relaxar com uma bebida de álcool. É claro, é um recurso. (...) E, eu acho que eu fui percebendo, que se tornou, vamos dizer assim, eu tinha que fazer isso. E, eu não tinha que fazer isso! (...) E isso é uma coisa que acontece com muita frequência e eu percebo no meu meio, no meio médico. Não só dentro da especialidade mas eu acho que no meio médico isso é muito frequente”.* (Cleusa)

O consumo de bebida de álcool foi também considerado ineficiente, visto que a racionalização e o exercício de auto controle não permitem que a pessoa se desligue da realidade, mesmo ingerindo algum tipo de bebida. O depoimento na seqüência evidencia que, parece haver um receio em perder o controle e deixar aflorar algo desconhecido, ou assustador.

- *“E mais uma coisa: álcool para mim não funciona. Eu encho a cara, eu sou muito difícil de ficar bêbado e para a minha desgraça eu não perco o controle. (...) Mas é muito difícil, quase impossível. E olha que eu já tentei, é quase impossível beber e perder o controle. Eu não perco o controle, é como se eu tivesse um troço lá dentro da cabeça que controla. Que daí eu percebo que não estou muito sóbrio, mas eu percebo isso. Pior que eu percebo isso. Eu percebo que não estou sóbrio e mesmo assim eu me controlo. Controlo o que penso, controlo o que faço. Então nem numa situação extrema dessas, eu ainda*

mantenho controle sobre mim mesmo, para que o bicho não pule para fora”.
(Jonas)

O mesmo entrevistado refere que, em função do raciocínio e do modo como interage com as coisas, até mesmo filmes, não funcionam mais para distrair e captar sua atenção.

- ***“Ajuda a desligar também. Já ajudou mais, hoje ajuda menos, hoje ajuda menos... (...) Eu tô assistindo filme, o meu outro eu fica lá analisando tudo e aí, eu só vou gostar do filme se os dois concordarem, entendeu? (...) Aí novamente vira um enfado, sempre repete, sempre repete, talvez isso seja a pior coisa. Porque não tem novidade. Eu tô sempre com uma sensação de enfado, de que eu conheço tudo e é rápido, é rápido, tuntuntum eu já entendi. Aí eu fico assim “ah meu Deus do céu. (...) Porque sendo assim o tempo inteiro você não tem novidade e fica cansado de tudo. Tudo é cansativo! Tudo é rotineiro! Tudo é igual!”.*** (Jonas)

Além disso, a própria opção pela psicoterapia ou análise, enquanto apoio instrumental (5.6.2), parece não ter sido algo efetivo para uma das entrevistadas. É interessante apontar que a mesma, no item anterior, declarou ser, de certo modo sozinha, não se dispondo muito a relações sociais.

- ***“Eu já fiz análise um tempo, mas eu achei que não foi efetivo. Talvez até tenha sido assim, mas eu não percebi muito, e até meu analista dizia que era muito importante. (...) E, ele assim, não é importante por causa desse teu problema, porque eu acho que isso vai passar. Mas é importante por causa do teu dia-a-dia, que eu já era oncologista tudo isso, mas eu não consegui manter assim, isso faz muitos anos”.*** (Leda)

Cabe ressaltar que o uso das estratégias, bem como a auto-avaliação destas, passam pelas concepções pessoais de cada entrevistado. Assim, estas se dão em função do modo como estes se relacionam e organizam sua estrutura psíquica V. Carvalho (2006) aponta que diferenças pessoais determinam reações distintas. Diante dessa exposição, compartilha-se das ideias de Lozano (2007) quando este salienta a necessidade de apoio e suporte social aos profissionais, bem como atividades de lazer, auto-reflexão, com o intuito de alcançar uma melhor adaptação às demandas e às exigências da profissão.

6. MÉTAFORAS SOBRE A ONCOLOGIA E O ONCOLOGISTA CLÍNICO

Esta categoria compreende analogias e sentidos figurados que são atribuídos ao oncologista clínico e seu fazer profissional. A mesma foi dividida em quatro subcategorias, que abarcam metáforas relacionadas ao ser oncologista, ao sistema de saúde, ao contexto e sob a perspectiva pessoal.

Cabe resgatar as idéias de Canolla (2000), quando refere que as metáforas estabelecem relações como as palavras e termos formais, de modo que o sentido conferido a estas não seria alcançado pela substituição de um termo pelo outro. Assim, tal categoria propõe uma leitura de vários dos aspectos discutidos anteriormente, pois as palavras e expressões que foram utilizadas estabelecem relações de significados, concepções que desvelam a prática do oncologista clínico.

6.1 Relacionadas ao ser oncologista

A primeira subcategoria aponta para as metáforas associadas ao papel profissional do oncologista. As entrevistas revelam a idéia de que este é um profissional que se encontra entre o “fio que divide a vida e a morte”, ou seja, que domina estes campos, estando a figura desse médico associada a alguém poderoso, com capacidades de salvador ou de um deus.

- *“É um profissional que está muito perto daquele fio, talvez, que divide, ou que está entre a vida e a morte. (...) O que eu estou dizendo assim, que como é uma profissão, que como lidamos muito com doença que ainda não tem cura totalmente, e isso nos cria uma... assim, é uma batalha realmente, contra uma doença, é uma batalha contra a morte também. Então nos leva, a ser assim bastante forte nesse sentido”. (Rita)*

Sob a prerrogativa de ser o oncologista um profissional que se encontra mais perto da morte, ou desse limiar entre viver e morrer. O depoimento aponta também para a idéia de que os mesmos são combatentes da morte, como se a prática oncológica se caracterizasse por uma “batalha”. A este respeito, vários autores (Pitta, 2003; Esslinger, 2004; Falcão e Lino, 2004; L. A. Nogueira – Martins & M. A. N. Ramalho, 2007) têm se posicionado, uma vez que, ao serem incentivadas, tais concepções, que parecem fazer parte do imaginário dos entrevistados, os colocam diante de situações de fracasso. Pois, se a morte não é compreendida como parte da vida, e sim como um evento ruim, no

qual devem combater, o fracasso será um companheiro de trabalho, uma vez que o câncer é uma doença, em alguns casos, letal. Com base nesta perspectiva, emergem idéias ligadas à onipotência, metáforas que aludem a um profissional que detém o poder sobre esta linha divisória e, sendo assim, em algumas situações sente-se como um salvador.

- *“É aquele médico que pensa que pode ser Deus, eu acho que tem muito disso na oncologia. (...) se você for a um congresso de oncologia você vai ficar muito impressionada. É muita onipotência mesmo”. (Leda)*
- *“Às vezes, a sensação que dá, é que realmente a gente pega alguém pelos cabelos, e puxa da cova. Isso acontece com certa frequência, não é raro não. É isso. (...) Então o médico aparece nessa hora, quase como se fosse o salvador. Tem muitos pacientes que me dizem, é muito freqüente eu ouvir isso, que eu sou o anjo deles, ou alguém sei lá, que veio voando batendo asas e segurou eles, entende, tirou do buraco”. (Zeno)*

A partir das narrativas, observa-se que falar sobre o papel profissional remonta algumas concepções que permeiam o médico desde o início dessa profissão. Assim, o oncologista clínico parece identificar-se com a idéia de um curador, alguém dotado de poderes, especialmente aqueles sobre a vida e a morte (Ramos-Cerqueira & Lima, 2002; Grosseman & Patrício, 2004b).

Esta figura de um profissional dotado de poderes ganha respaldo quando diante de situações em que os objetivos, sejam do tratamento, ou da possibilidade de evitar um agravo, é alcançado. Encontram-se, assim, metáforas que apontam na direção de uma pessoa capaz de evitar a morte e que, por sua vez, retroalimentam a imagem de um ser onipotente. Como exemplo: a analogia de que o médico é alguém que “arranca a pessoa da cova, puxando-a pelos cabelos”. Isto pôde ser também observado quando da inserção em campo, em uma situação na qual o profissional, ao chegar ao ambulatório, disse que tinha demorado porque uma paciente tinha tentado morrer, mas que ele não havia deixado. Entretanto, fica implícita nessa expressão, certa agressividade (“puxar pelos cabelos”), que possivelmente esteja associada aos próprios procedimentos invasivos, característicos da prática oncológica.

A analogia utilizada coloca os médicos em um lugar muitas vezes difícil de sustentar, o que também ocorre quando são incentivadas metáforas que aludem a uma batalha. Talvez a adoção desses significados e sentidos figurados coloquem o oncologista em uma armadilha, uma vez que, frente à impossibilidade de realização de

tais papéis (de “puxar alguém da coxa”, de “um salvador”, de “um guerreiro que luta contra uma doença, travando com esta uma batalha”), encontra-se a origem das sensações de ansiedade, frustração e raiva diante das situações cotidianas. Essa hipótese vai ao encontro das afirmações de Esslinger (2004), quando refere que a assunção destes papéis deflagra sensações de fracasso, impotência, raiva, fragilidade e frustração no cotidiano da prática profissional desses médicos.

A limitação frente ao irrealizável, não apenas em função da característica da doença, mas também por questões de recursos de tratamento e do sistema de saúde, diante de situações difíceis de manejar, nas quais os médicos oncologistas não atingem as respostas esperadas pelo tratamento, ceder espaço a imagem de alguém que tem que manter a tranquilidade apesar das condições adversas.

- *“Tem que ser meio que sorriso, de aeromoça, o avião está caindo, mas tem que estar sorrindo. Tem que ter tipo, uma serenidade, uma tranquilidade, você tem que transmitir para a família que você sabe o que está fazendo, que as coisas não estão perdidas, essa coisa toda”. (Caio)*

6.2 Relacionadas ao sistema de saúde

Sobre o sistema de saúde público e a atuação do profissional neste, as metáforas assinalam também frente à idéia de que os médicos estão limitados. Assim, os profissionais indicam que o sistema de saúde é algo que trava, ou seja, encontra-se emperrado, como algo que não funciona, algo que fica no meio do caminho. A respeito da interferência do sistema de saúde na sua prática, o entrevistado responde que o mesmo interfere:

- *“Atravancando. Emperra tudo, atrasa diagnóstico, atrasa procedimento, atrasa tratamento”. (Moisés)*

Outra metáfora utilizada para expressar algo que atrapalha, que atrasa, faz referência ao automobilismo, como se o oncologista ficasse preso em uma estrutura que não se movimenta na velocidade na qual ele poderia andar, conforme ilustra o trecho da próxima entrevista:

- *“Ahm, me afeta me irritando. Todas as coisas que não funcionam, que estão erradas que deviam ser de forma diferente, isso atrapalha muito o nosso trabalho. É como alguém que sabe, um piloto de Fórmula Um, que gostaria de dirigir uma Ferrari mas que acaba tendo nas mãos um fusca com pneu careca e desalinhado, e com motor falhando”. (Zeno)*

No exemplo utilizado o profissional alude ao fato de que ele poderia fazer mais coisas, mostrar melhor desempenho profissional, mas se encontra limitado pela estrutura de que dispõe. Assim, metaforicamente, o profissional traduz um pouco dos elementos discutidos na categoria quatro (Considerações sobre o Sistema de Saúde Público), e que são também apontados pela literatura (V. Carvalho, 2006; Gonçalves, 2007), no sentido de que o sistema impõe limitações.

6.3 Relacionadas ao contexto

As metáforas relacionadas ao contexto, que revelam o conjunto de elementos e circunstâncias que compõem o meio em que a oncologia se desenvolve, remeteram para o cotidiano atribulado e para as pressões decorrentes das demandas da profissão, como se observa no próximo excerto textual:

- ***“O ambulatório é uma incógnita para mim. Eu sempre chego e nunca sei o que vai entrar por aquela porta. Pode ser um ambulatório bem tranquilo com todos os pacientes ótimos, ou pode ser um Vietnã. Tudo pode acontecer. De certa forma eu acho legal isso. (...) E, é uma resolução rápida. Não dá para adiar, para voltar depois de amanhã. Tá lá e pá pá pá pá, tem que pensar, conversar, tem aquele paciente, aí entra a enfermeira... e fala com você, de certa forma eu gosto de fazer isso. (...) isso é o Vietnã. (...) Tudo ao mesmo tempo. É como se você tivesse tentando dirigir quatro, cinco carros ao mesmo tempo, com um volante só. Isso é o Vietnã! E tem outros dias que está tudo estável, um paciente aqui”.*** (Jonas)

A descrição utilizada, de que o ambulatório de atendimento é um “Vietnã”, devido à quantidade de tarefas que devem ser resolvidas, ao que o profissional designa analogicamente como a necessidade de dirigir mais de um carro, com apenas um volante, traz à tona a dimensão desse contexto. Contexto, caracterizado por pacientes em estado grave, em situações de dor, sofrimento, poliqueixosos e que demandam rapidez de raciocínio e de resolução das ações. Neste sentido, compartilha-se com L. A. Nogueira-Martins e M. A. N. Ramalho (2007), quando referem que o trabalho em oncologia envolve lidar com pacientes e familiares, bem como o contato grave da doença e a morte. E, nesse sentido, os médicos são chamados a dar conta deste papel, tendo que estar bem, não se permitido reclamar. Diante disso, outra metáfora sugerida aponta para a necessidade e a habilidade que o profissional deve alcançar para sustentar-se neste lugar, com tantas demandas e exigências.

- *“Não sei se teria uma metáfora para descrever como é o oncologista hoje. (...) Um cabrito montês, que é um bicho que aparentemente não deveria se equilibrar naqueles picos montanhosos. Com toda aquela dificuldade de caminhar e de acesso, mas ele consegue. Quer dizer, então, às vezes, a gente enfrenta tantas dificuldades na profissão. Na própria atividade profissional, e tem tantas dificuldades dentro da própria estrutura, que o grau de esforço que a gente tem que fazer é mais ou menos esse, de um cabrito montês que tem fazer para se equilibrar e subir na montanha”.* (Zeno)

Percebe-se, diante das colocações, que o contexto da oncologia apresenta um ritmo de trabalho bastante intenso, que demanda do profissional emergência nas suas ações, bem como a capacidade de equilibrar-se nesse local. Como se o profissional tivesse de driblar situações como problemas no sistema de saúde, agravamento com a doença, sentimentos de tristeza, perda e luto, para poder se locomover e exercer sua práxis em seu meio. Essas descrições do contexto vão ao encontro de L. A. Nogueira-Martins (2002), quando aborda as questões que são inerentes à tarefa médica, como o contato com a doença, sofrimento e a morte, assim como a tarefa de lidar com aspectos emocionais, queixas, situações de incerteza e limitações, que, na maioria das vezes, se contrapõem às solicitações dos pacientes.

6.4 Relacionadas à perspectiva pessoal

Por fim, a última subcategoria aborda as metáforas acerca da perspectiva pessoal, como esse médico sente-se, e o olhar que tem sobre ele mesmo enquanto uma pessoa que atua na área da oncologia. As narrativas apontam que, diante do contexto da oncologia e das demandas da profissão, esses médicos sentem-se sem energia, desgastados física e emocionalmente, como se doassem suas forças aos pacientes.

- *“A impressão que se tem é que se foi sugado, sugado. A impressão que dá, se não se determinar no início a esse tipo de paciente, ele gruda na carótida e suga tudo que puder de você, tudo”.* (Deise)
- *“A gente tem um termo, que talvez não seja o ideal para depois tu colocares na tua dissertação, mas é ‘vampirizado’, sem sangue. (...) Assim, fraqueza, mental, emocional. (...) Não sugado, mas um desgaste assim”.* (Zeno)

Os exemplos acima demonstram que o desgaste após um dia de trabalho, como também pode ser observado em campo, deixa os profissionais bastante cansados. Até mesmo porque muitos deles não interrompem os atendimentos para intervalo de almoço

ou lanche. O turno ininterrupto de trabalho, algumas vezes, justifica-se pela quantidade de pacientes, especialmente quando estão em quimioterapia, uma vez que precisam ser atendidos logo, para que a medicação possa ser realizada, visto que algumas demoram mais de hora, e o atendimento ambulatorial não fica aberto fora do horário comercial. A não-existência destes intervalos também ocorre devido às intercorrências médicas que acarretam encaixes na agenda, ou seja, pacientes que não estavam programados, fazendo com que extrapole a limitação do número previsto pela instituição. Tais demandas de lidar com os pacientes e com aspectos burocráticos favorecem, conforme apontado pela literatura (Glasberg et al., 2007), o surgimento da síndrome de estresse relacionada ao trabalho.

As situações de desgaste e limitações impostas pela profissão foram analogicamente comparadas a um namoro, que, com o passar dos anos, vai perdendo o encanto. Assim, sob a perspectiva pessoal, encontram-se nessa metáfora, elementos que indicam a frustração profissional.

- *“Eu acho que logo que a gente começa... como um namoro, tu está empolgado. Tu acha que tudo vai dar certo, que pode ter alguns defeitos, mas você vai corrigir. E, com o tempo você vê que tem algumas situações que vão permanecer ali, independente da sua vontade de mudar. Então, fica teu ânimo bem...”. (Alice)*

Interessante ressaltar que estas metáforas apresentam certas ciladas para o profissional. Afinal, a concepção de alguém que possui poderes sobre a vida e morte, mas que trabalha em um contexto regido pela imprevisibilidade, ao que o entrevistado, nomeou de “Vietnã”, o coloca em um papel permeado de expectativas muito difíceis de serem alcançadas. Implícita encontra-se a idéia de uma medicina baseada na cura, e não na abordagem do cuidado – que, em algumas situações, é mais condizente com o paciente oncológico.

Assim, a morte é considerada uma inimiga, e os que perdem a batalha são seus derrotados. Como consequência, “vê-se um namoro que perde o encanto”, devido à frustração frente às expectativas não satisfeitas. Expectativas estas, que os próprios oncologistas se colocam. Por fim, como será demonstrado na última categoria de análise, entre as ressonâncias da pesquisa, alguns profissionais apontam a necessidade de trabalhar tais aspectos.

7. RESSONÂNCIAS E AVALIAÇÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DA PESQUISA

Esta categoria reúne diálogos e reflexões decorrentes da avaliação de todo o processo de participação dos médicos na presente pesquisa, bem como considerações dos participantes sobre a psicologia no contexto da oncologia. Cabe ressaltar que a presente categoria foi definida para auxiliar na integração do *corpus* dos dados como um todo, uma vez que a relação entre pesquisador/pesquisado gera um conjunto de dados que vão além do objetivo principal de pesquisa. Afinal, estes revelam os efeitos das temáticas abordadas na entrevista para o participante, como, por exemplo, ao aludirem sobre as possibilidades de mudanças de sua práxis, de seu olhar em relação à psicologia e ao espaço criado pela situação de entrevista.

Conforme se apontou no capítulo quatro do método, a observação participante fez parte do processo de coleta de dados, permitindo o que se denomina de “inserção ecológica” no campo, a qual possibilita uma aproximação gradativa tanto ao contexto de pesquisa, como à relação com sujeito de pesquisa. Neste sentido, coaduna-se com Gonçalves (2007), sobre a importância desse processo de inserção, o qual permite a construção da relação entre o pesquisador e os pesquisados, de forma que a mesma se constitua num elemento facilitador de diálogos que evidenciem a visão de mundo e lógicas de todos os envolvidos em torno do foco de pesquisa.

7.1 Considerações sobre a observação participante e a entrevista

Esta subcategoria apresenta as concepções dos entrevistados, a respeito da observação de campo e da entrevista, assim como a avaliação e considerações sobre o período de coleta de dados. Sobre a observação participante, entendida como um importante meio de vinculação com os médicos, alguns profissionais referiram-se à mesma, como uma situação “natural”, no sentido da não-inferência desta, na espontaneidade dos mesmos. Tal idéia esteve presente na maioria dos depoimentos, na mesma linha de raciocínio dos exemplos em continuação:

- *“Para mim foi ótimo, sem nenhum, sem nenhum problema. Eu acho que é o meu jeito mesmo. Eu sou bastante espontâneo, bastante objetivo nessas coisas. Então, nenhum problema. Acho que foi bastante válido. Até para você ter opiniões diferentes, né. Você observando não só eu, mas como os outros*

colegas também, eu acho que foi importante. Uma coisa importante você escolheu para pesquisar!”. (Caio)

- *“Não fiz nada diferente. Não, não, não me senti mal. Entende!?(...) Não me senti assim, nada... Não fiquei sem jeito... Eu fiquei à vontade da mesma forma se fosse”...* (Luiz)
- *“Sem problemas, foi tranqüilo. Não me senti diferente, e também, espero, não sei, não acho ter, agido de forma diferente, sob o ponto de vista que você estava controlando assim, fazendo a pesquisa”.* (Rita)

Numa outra perspectiva, e com o intuito de melhor serem compreendidos pela pesquisadora, houve depoimentos com relação à observação, que evidenciaram a necessidade da justificativa científica das ações que estavam sendo observadas, revelando certo temor de ser julgado:

- *“Como eu trabalho com a minha consciência tranqüila. E, eu sempre procuro fazer o meu melhor, em todos os sentidos, eu penso assim: se eu tô fazendo certo, eu não tenho que temer nada. E se eu estou fazendo errado, e que possivelmente eu faça muita coisa errada, as minhas atividades, eu posso estar fazendo errado sim. Mas com o meu coração sincero e ao mesmo tempo tentando fazer o certo. Então isso também não tem problema nenhum, já que ninguém é perfeito”. Então, você pode vir observar o quanto você quiser observar não tem problema (...) eu não vou me incomodar com a sua presença, de forma alguma”.* (Jonas)

Interessante ressaltar, conforme sinalizado no capítulo referente ao método, que as observações junto a cada participante ocorreram em mais de um dia e em diferentes períodos e situações, a fim de promover a familiaridade de todos os envolvidos. Entretanto, observou-se que, mesmo tendo alcançado familiaridade no local da pesquisa, os participantes, de uma forma ou de outra, interagiam de um modo diferenciado na presença da pesquisadora. Alguns explicavam os procedimentos, outros apresentavam aos pacientes, outros não se detinham em explicações, mas se colocavam à disposição para responder eventual dúvida.

Desse processo de interação entre pesquisado e pesquisadora, merece destaque a valoração, que, de certa forma, ocorreu em função da presença da investigadora, e também em função do tema da pesquisa versar sobre a prática dos oncologistas. Assim, a observação foi caracterizada como um período bastante gratificante, visto que alguns profissionais pareciam gostar do fato de estarem sendo, de certo modo, observados com “com um olhar especial” na sua práxis cotidiana. A importância de sentirem-se

“olhados” ficou clara em alguns depoimentos que abordaram aspectos sobre a entrevista:

- *“Bem. Foi legal, foi uma coisa bem tranqüila. Eu acho assim, que a tua entrevista foi legal, foi bem direcionada. Que abarca assim bastantes aspectos. E, que talvez tu consigas, encontrar ali coisas que se podem melhorar, tanto para o oncologista, pelo que eu estou vendo, como melhorar, por exemplo, o nosso atendimento e a nossa vida pessoal (risos)”. (Rita)*
- *“Eu achei ótima esta entrevista, pra mim já foi uma psicoterapia. Foi ótimo poder falar. Excelente. Muito inteligente”. (Leda)*

As falas são sugestivas de que os médicos identificaram na entrevista a possibilidade de uma escuta sobre a realidade e o fazer cotidiano. Percebe-se que, no último depoimento, a entrevistada indica o uso da entrevista como um recurso de apoio. Interessante ressaltar também, a esse respeito, que, quando do agendamento da entrevista, alguns profissionais demonstraram preocupação com a duração da mesma. E, outros, diante do comentário de alguns colegas (*“Ouvi falar das repercussões da tua entrevista, que sua entrevista é muito boa, que faz a gente pensar”*²⁶), reservaram horários bastante flexíveis para que a mesma não ficasse limitada pelo tempo.

Assim, se, por um lado, alguns profissionais dispuseram de pouco tempo, a grande maioria reservou um espaço bastante considerável para entrevista, o que, por si só, denota interesse e também necessidade de escuta. Isto vai ao encontro das proposições de alguns autores (Balint, 1984; Sá, 2000; Lozano, 2007), quando ressaltam a importância de criar espaços de acolhimento e troca.

Algumas falas revelam que, mesmo diante das explicações, a priori sobre a pesquisa e sobre sua finalidade, alguns profissionais demonstraram certo receio quanto aos objetivos da pesquisa, no que se refere à validade de seus dados:

- *“Eu acho que foi tranqüilo. Você não perguntou nada assim que fugisse, do que eu pudesse esperar. Só que eu acho interessante que a gente passa por uma reflexão. Para eu responder, eu passo por um momento muito rápido, para refletir sobre as questões que você me coloca. Mas eu acho que foi tranqüilo. Na verdade eu não sei qual o objetivo de todas essas perguntas e questionamentos, não sei, no que vai convergir todas as minhas respostas”. (Tales)*

²⁶ Frase dita no corredor da instituição, direcionada à pesquisadora, durante a etapa de agendamento das entrevistas, situação em que o profissional refere-se aos comentários de um colega de trabalho que já tinha sido entrevistado.

- *“Eu espero que eu tenha conseguido ser o mais natural possível (risos). Foi tranquilo, só que às vezes, eu acho, que eu não consegui entender direito as perguntas. Eu só espero que eu tenha conseguido responder, chegar ao teu objetivo”.* (Alice)

Esse aparente desconhecimento e receio sobre os objetivos da pesquisa pode-se constatar em alguns profissionais, através de situações e atitudes que traduziam certa dificuldade para iniciar a conversa, envolvendo-se em pré-tarefas e tentando conhecer as perguntas antes mesmo da entrevista começar. O depoimento em continuação evidencia, por sua vez, uma tentativa de banalização ou familiaridade, como se entrevistas relacionadas à práxis deles fosse algo corriqueiro:

- *“Que tu quer que eu diga? Interessante falar sobre essas coisas. Não, isso não é a primeira vez que eu respondo uma entrevista desse tipo. Eu já respondi umas três ou quatro vezes, entrevistas bem similares. E, de psicólogas também, mas não é recente isso faz tempo já”.* (Zeno)

Ainda, desde outra perspectiva, encontram-se colocações que aludem às ressonâncias no grupo de entrevistados, através de comentários apontados acima, como também em nível individual. Considera-se que o depoimento selecionado em continuação descreve claramente as vivências da singularidade da relação entre pesquisador e pesquisado:

- *“Foi muito bom, muito agradável. Porque eu falei com você uma porção de coisas que eu queria falar, que eu achei que eram necessárias, eu espero que tenha te ajudado de alguma maneira. (...) Mas era isso que eu queria falar para ti agora. Não é para uma entrevista, é para entrevista contigo, entendeu? Eu tô assim, bem alegre de ter falado tudo. (...) As coisas pessoais que eu me estendi mais foi para que você entendesse, certas observações que eu fiz, para que não pensasse que eram observações gratuitas. E, também, para que você entender que em certos momentos, porque aquilo me impressiona, porque aquilo me pressiona, porque aquilo é importante... para contextualizar e para você entender porquê aquilo. Já que tudo tem uma razão, eu queria deixar pelo menos uma parte das razões na tua mão, para você fazer o uso que achar melhor. Mas eu acho que aprofundar mais, do ponto de vista pessoal, não te acrescentaria muito não, porque eu acho que se todo mundo fizesse isso, a tua pesquisa se tornaria impossível”.* (Jonas)

Percebe-se que todo o processo de coleta de dados é permeado de aspetos subjetivos e que fazem parte dos dados da pesquisa qualitativa. Essa cisão que desvenda

uma riqueza de conteúdos oportuniza aos entrevistados espaço de reflexão e produção de significados. Neste sentido, concorda-se com González-Rey (2002) sobre a importância e a legitimidade que estes dados singulares assumem na produção do conhecimento, visto que este se legitima pela qualidade da expressão do sujeito.

7.2 Considerações sobre a psicologia no contexto da oncologia

Esta subcategoria aborda algumas considerações que foram feitas durante alguns momentos da entrevista e que referem a psicologia enquanto área de atuação no contexto da oncologia e da medicina.

As falas apontam o resgate da psicologia como uma ciência, ou como área de saber, que muito contribuiria para as questões da formação médica, o que por consequência iria favorecer uma avaliação mais criteriosa dos alunos durante o período da graduação. Avaliação esta que abarcasse não apenas os aspectos cognitivos, mas as possibilidades da pessoa para exercer tal função. Esse aspecto também é ressaltado na literatura relacionada ao tema (Millan et al., 2005; Soria et al., 2006).

- ***“Eu acho que na minha visão, acho que o candidato a um curso de Medicina deveria sofrer uma avaliação prévia por uma banca de psiquiatras e psicólogos, deveria!”***. (Moisés)

A visualização da dimensão psicológica na relação médico-paciente foi trazida à tona no depoimento em continuação, quando o profissional explicita a falta de um olhar diferenciado para como o paciente. Olhar este que poderia ir além da dimensão biológica.

- ***“Que não sabe lidar com o paciente, que olha para o paciente como se fosse simplesmente um caso, uma situação e não uma pessoa”***. (Zeno)

A necessidade de formação em nível interpessoal, de relação médico-paciente e voltada aos aspectos subjetivos do ser humano parece ser uma dificuldade para alguns profissionais, conforme discutido na subcategoria 3.3. Assim, fica evidente a falta de entendimento para lidar com a intersubjetividade e ao que extrapola o corpo e suas dimensões anatomopatológicas.

Finalmente, destacam-se situações e possibilidades apontadas pelos entrevistados a respeito da presença de um profissional da psicologia no cotidiano de

suas ações, com o qual pudessem interagir tanto para acolher aos pacientes como, aos profissionais, no que tange à dimensão psicológica:

- *“De repente sim, seria necessário ter um apoio de um profissional, psicológico, de um psicólogo, para o médico. Talvez sim. (...) Mas se nós tivéssemos de repente, uma rotina dentro da instituição, de ter um acompanhamento psicológico, um controle, vamos dizer assim, de repente, uma vez por mês. Ver como está a tua situação, se emocionalmente está bem ou mal, se está com algum problema na tua vida privada. Acho que seria legal. Claro, daria um apoio melhor, para o colega ter um lugar onde se apoiar, sim. Porque muitos colegas, assim como eu te falei, num momento eu fiz terapia, agora, muitas vezes, eu considero que não preciso terapia. Mas, a coisa não é bem assim, não é que não precise. Seria muito bom de repente eu ter uma terapeuta ao meu alcance”.*(Rita)
- *“Como que poderiam ser as situações, de diminuir essa nossa angústia? O que diminuiria essa nossa angústia? Eu acho que mesmo quando a gente faz uma reunião, como essa que a gente tem agora meio-dia. (...) Talvez seja um encontro oncológico, interessante. A gente faz uma reunião, claro, que permite que a gente divida muito dessas nossas angústias. Que a gente discute os casos que são polêmicos, ou difíceis de responder, dividindo esse estresse com outros colegas. (...) Porque eu acho, que ali seria a fonte, de onde, a gente poderia tirar muito daquilo, justamente o que a gente quer priorizar, o que é prioridade. Qual seria a melhor forma de tratar. Eu acho que as pessoas fossem mais comprometidas com esse tipo de reunião, ajudaria a gente a diminuir as nossas angústias e a gente criar um corpo mais uniforme”.* (Alice)

O reconhecimento da psicologia como uma área de saber necessária no contexto da oncologia, tanto para auxiliar ao paciente como a equipe de saúde, parece ser demonstrado em alguns depoimentos, não apenas nas entrevistas, mas no período de observação de campo. Assim, entende-se que a busca ou o pedido explícito da importância da psicologia justifica-se também tendo em vista a utilização das várias estratégias de enfrentamento psicológico utilizadas na tentativa de melhor resolver e abarcar os eventos da práxis.

Por fim, compreende-se que uma prática ancorada meramente na experiência vivencial, que privilegia que as habilidades desenvolvidas pelos médicos junto aos pacientes sejam produto de uma experiência prática e não fruto de uma capacitação específica para lidar com a dimensão subjetiva do ser humano, pode justificar os sentimentos e vivências de insegurança com relação a esta dimensão. Afinal, são profissionais sujeitados à prática e sem possibilidades de ter uma visão ampliada dos

fenômenos intersubjetivos, a qual se daria através de conhecimentos técnicos científicos desta dimensão.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa não se encerra nestes dados, mas extrapola as palavras contidas nesta, pois a experiência de fazer parte deste contexto, compartilhar o dia-a-dia da oncologia, trouxe inúmeros aprendizados para a pesquisadora. Talvez estes, por maiores esforços que sejam feitos, ainda não estejam contemplados nas palavras escritas.

Mas o momento pede que sejam feitas algumas considerações desta trajetória, que se iniciou na sala de um ambulatório de um centro oncológico, ao lado de um médico, que, no meio de tantos pacientes, tentava explicar como era o seu dia, os seus afazeres e também exigências. Assim, as palavras finais desta dissertação retomam o primeiro dia de pesquisa em campo, quando a pesquisadora questionava-se: como será que estes profissionais lidam com esta demanda? O que fariam estes depois de um dia tão atribulado, com tantos pacientes? Como será que se sentem depois da exposição a pacientes tão diferentes, uns mais felizes pela evolução do tratamento, outros tristes pela notícia de que não há mais recurso terapêutico? Todas essas perguntas e muitas outras permeavam os pensamentos da pesquisadora, instigando-a a conhecer e adentrar nesta realidade. Realidade esta pela qual muitos não gostam de “passar nem perto da porta”.

Estas considerações pretendem resgatar conclusões dos resultados encontrados nesta pesquisa e apresentar uma síntese, com o intuito de percorrer os dados encontrados, respondendo assim aos objetivos da mesma.

Para melhor compreensão dos dados, eles foram divididos em sete categorias de análise: (1) Experiências e vivências acerca da trajetória profissional, (2) A trajetória profissional sob a ótica da história de vida, (3) Concepções sobre ser e fazer Oncologia, (4) Considerações sobre o sistema de saúde público, (5) Estratégias de enfrentamento psicológico, (6) Metáforas sobre a Oncologia e o oncologista clínico, (7) Ressonâncias do processo da pesquisa. As mesmas, não se configuraram em categorias exclusivas entre si, visto a trama e a complexidade dos resultados, uma vez que as estratégias, por exemplo, podem ter funções diferentes, dependendo da situação ou momento. Da mesma forma, um sentimento ou emoção experimentados, podem, também, ser um modo de lidar e enfrentar algum evento do cotidiano.

As vivências dos oncologistas apontam que a escolha pela medicina encontra-se relacionada às preferências pessoais, seja por alguma área de maior interesse, influência de terceiros, seja pela convivência em um meio, em que a profissão, ser médico, era

algo natural. Percebe-se, que nesta mesma linha, a escolha pela especialidade baseia-se em critérios semelhantes. Contudo, entre os profissionais com mais tempo de profissão, o convite de terceiros, por professores ou pessoas relacionadas à área, apresentou-se bastante evidente. Outros aspectos apontam para noções muito idealizadas ou genéricas sobre a especialidade, bem como devido ao desafio, enquanto uma área científica e em evolução.

Diante destas escolhas evidencia-se que os oncologistas parecem buscar modos de separação entre a vida privada e o mundo do trabalho. Assim, constatou-se que, em função da fase do ciclo vital familiar e individual, os sentimentos e modo como lidam com determinados pacientes e/ou mobilizam-se relacionam-se com as experiências e vivências pessoais. Acredita-se que isto nem poderia ser diferente. No entanto, ao negar estas inter-relações entre estas duas esferas, os profissionais perdem a possibilidade de apreender e auto-conhecerem-se, o que poderia favorecer a melhor instrumentalização para a práxis e para a relação médico-paciente.

As entrevistas e as observações de campo possibilitaram desvelar uma gama de sentimentos e emoções que são experienciados cotidianamente. Estes foram divididos, pelos profissionais, em sentimentos positivos e negativos. Os primeiros referem-se aos êxitos e conquistas que são alcançados junto ao tratamento dos pacientes, e os segundos aludem à frustração, raiva, tristeza, pesar, entre outros. Porém, percebe-se que estes podem ser adaptativos, ou seja, condizentes com a realidade que se apresentam, mas desadaptativos, no momento em que sua expressão dá-se de modo não adequado, interferindo nas condutas e no vínculo com os pacientes, bem como apresentando ressonâncias nas experiências pessoais.

A prática oncológica é apontada como responsável por algumas re-significações de valores pessoais, como se o contato com a enfermidade e morte trouxesse novos modos de vida, outras prioridades. Ao mesmo tempo, cabe destacar que a adoção de uma conduta que valoriza a vida, as pequenas coisas e momentos, traz intrínsecas dificuldades pessoais, na qualidade de vida, tais como: problemas de saúde, hipertensão arterial, o uso de medicação e/ou álcool, dificuldade relacionadas ao sono e no âmbito das relações interpessoais.

Os oncologistas ainda apontaram que associados ao contexto encontram-se sentimentos como vergonha, irritação e culpa. Estes denotam a oscilação entre a impotência versus possibilidade, que permeia o fazer do oncologista. Diante destes dados, percebe-se que os profissionais assumem um lugar, uma posição hierárquica

diferenciada, como se os mesmos fossem dotados de poderes sobre a vida e a morte. Nesses termos, lidar com uma doença que oferece risco de vida favorece investimentos frente ao profissional, por parte dos pacientes e familiares, como se este possuísse a capacidade de manejar e controlar a vida, dissimulando a morte.

Neste sentido, algumas metáforas descrevem o oncologista clínico figurativamente, como um salvador, uma espécie de deus, alguém que domina o limite que divide o “fio” entre a vida e a morte. Convém apontar que, no âmago das questões que permeiam a prática do profissional, encontra-se a questão do poder que esta especialidade desvela e que, muitas vezes, é assumido pelo profissional. Desta maneira, as concepções que os entrevistados apontam sobre a sua práxis aludem dificuldades e facilidades que se revelam em obstáculos e/ou meios de realização deste papel.

As principais facilidades que foram relatadas com relação a prática da oncologia, referem: (a) o tempo de profissão, no sentido da experiência que é agregada; (b) a autonomia, que acena para não-subordinação a outras pessoas; (c) a estrutura institucional, que fornece as condições para a realização da prática médica; e, (d) a adoção de um método de trabalho organizado, que, além de facilitar a condução das rotinas diárias, favorece a sensação de controle sobre as demandas da especialidade.

Cabe ressaltar, que algumas condutas do relacionamento médico-paciente foram caracterizadas de maneira dicotômica, sendo tanto consideradas facilidades, como dificuldades da prática médica. Nesse sentido, uma vinculação mais estreita do oncologista com o paciente, aparece como um elemento que, por um lado pode favorecer a prática do profissional pelo elo de empatia e de afeição; mas, por outro, se configura em um fator que a dificulta, uma vez que geralmente, leva o médico a relatar sofrimento por se envolver demasiadamente com as questões inerentes ao tratamento do pacientes, principalmente na ocorrência da morte dos mesmos.

As narrativas indicaram que os pacientes mais jovens, com problemas psicossociais, relacionados à carência de recursos, afetiva e de condições financeiras, são indicados como possuindo algumas peculiaridades que estão envolvidas na demanda da especialidade e, que, acarretam dificuldades aos profissionais. Afinal, este tipo de paciente mobiliza emocionalmente o profissional, sendo que os pacientes, muitas vezes, o têm como referência, alguém a quem têm para recorrer no momento da doença, agregando mais expectativas frente ao oncologista.

O investimento dos pacientes frente ao profissional, por si só, configura-se em uma demanda que, muitas vezes, traz dificuldades para o profissional. Até mesmo

porque a formação recebida para lidar com a subjetividade e os aspectos que extrapolam a parte orgânica não são tomados como prioridades durante o preparo para a prática profissional.

Um dos pontos que merece destaque nestas considerações alude às dificuldades inerentes ao sistema de saúde. Sob este aspecto, é consenso entre os entrevistados a necessidade de revisão das diretrizes que regem a oncologia, pois a tabela de autorização e pagamento de procedimentos e tratamento de alta complexidade encontra-se desatualizada há mais de dez anos. Outro ponto aspecto apontado sugere que a não-acessibilidade, tanto aos serviços de atenção primária, como o acesso aos exames, procedimentos, cirurgias e radioterapia, por exemplo, configuram-se em dificuldades importantes, que interferem no trabalho dos oncologistas. Estes, por sua vez, podem determinar as possibilidades e o tratamento do paciente.

Entre as situações apontadas como decorrentes e relacionadas à prática profissional da oncologia, os entrevistados referiram: (a) dificuldades para relaxar, desligar do trabalho e dormir; (b) problemas e sofrimento nas relações interpessoais (rupturas nas relações afetivas e divórcio); (c) dificuldade de manter e preservar o tempo para as atividades pessoais, familiares e de lazer; (d) cansaço, estresse e fadiga; e, (e) oscilação de humor, tristeza/pesar, alegrias.

Ao considerar a revisão de literatura (Graham, 2000; Grunfeld, et al., 2000; Kash et al., 2000; Penson et al., 2000; Allegra et al., 2005; Shanafelt et al., 2006; Tucunduva, et al., 2006; Glasberg et al., 2007), que indica os oncologistas como profissionais sujeitos a síndromes relacionadas ao estresse, bem como ao desvelar esta realidade, evidencia-se a necessidade do uso de estratégias de enfrentamento psicológico por parte dos profissionais. Os mesmos buscam modos de separar, negar, lidar e resolver os aspectos que pessoalmente lhe mobilizam, na tentativa de melhor administrar as demandas a que estão expostos.

Os dados revelaram que os profissionais fazem uso de uma variedade de estratégias, que envolvem, desde tentativas de manejar as situações cotidianas (como, por exemplo, aproximarem-se dos pacientes, expondo a este todas as condições de sua enfermidade) até situações em que se valem de reavaliações das situações (como é o caso diante dos pacientes idosos, para melhor assimilar a realidade cotidiana, que envolve a possibilidade da morte dos pacientes). Estas são algumas das estratégias de enfrentamento que se constituem como focalizadas no problema.

O uso de estratégias focalizadas na emoção apresentou-se bastante recorrente, prática comum entre os entrevistados. Entre estas, foram evidenciadas: (a) o uso de atividades de lazer (televisão, vídeo game, atividade física); (b) a expressão de sentimentos (raiva, irritação, sentimento de culpa); (c) atitudes evitativas, como o uso do humor negro; (d) afastamentos do trabalho de modo intencional, recurso de medicação; e, (e) utilização de drogas, em especial medicações e álcool. Percebe-se que o uso destas, conforme apontado pela literatura (Congrains, 1998; Tamayo & Troccóli, 2002; Blandin & Araujo, 2005), encontra-se relacionado a maiores índices de estresse, pois as mesmas apresentam funções paliativas, não tendo capacidade de interferir frente à realidade, mas sim, colocando o profissional em situações de desconexão mental da realidade, pois provocam um apaziguamento das emoções e sensações de desconforto, contudo seus benefícios são temporários.

A religiosidade/espiritualidade apresentou-se como outra possibilidade de estratégia de enfrentamento psicológico dentre esses oncologistas. Estas, porém, foram muito mais ligadas à espiritualidade, no sentido do estabelecimento de uma relação, com alguma força superior ou energia, do que propriamente ligado a uma prática religiosa e/ou instituição com valores e crenças bem definidas.

A busca por suporte social, enquanto estratégia focalizada no problema, para responder a questões específicas, dificuldades da prática, parece ter sido mais facilmente utilizada, seja através do apoio dos colegas, instrumentalização via algum material de estudo, ou ainda através de psicoterapia. Contudo, o suporte social, focalizado na emoção, ou seja, como meio de apoio emocional, foi citado por poucos profissionais, o que evidencia que, muitos deles, neste aspecto, consideram-se solitários, deixando descoberto a fragilidade dos vínculos pessoais.

Uma estratégia encontrada que merece destaque nestas considerações, e que foi classificada como uma estratégia combinada, pois possui tanto a função de regular as emoções como também, se constitui numa tentativa de resolução das situações, diz respeito ao uso da racionalização. Esta parece ser incentivada durante a formação do médico, uma vez que a medicina se desenvolveu baseada na racionalidade dos ditames da ciência positivista. Os profissionais parecem fazer uso da tal mecanismo de modo indiscriminado, estendendo esta postura e modo de lidar a muitas situações da vida, inclusive particular.

No que se refere ao uso das estratégias de enfrentamento psicológico, parece haver um rodízio entre estas, no sentido de que aquilo que num momento serve, no

outro já não é mais eficaz, como se o profissional estivesse constantemente à procura de algo, para dar vazão aos sentimentos e experiências cotidianas. Ao mesmo tempo, isso não é algo que pareça ser compartilhado entre os profissionais, sendo que cada um, na sua intimidade, age na tentativa de melhor lidar ou manejar com aquilo, como se isso fosse uma situação ou problema exclusivamente seu, e não algo que perpassa o contexto da oncologia.

Este apontamento deve ser pensado com base nas proposições sobre a formação do médico, uma vez que, desde o início da graduação, como pode ser demonstrado pela literatura (Quintana et al., 2004), e também pelos depoimentos dos entrevistados, estes são incentivados a controlar a expressão tanto das dificuldades, como dos sentimentos e fragilidades. Dessa maneira, pode-se compreender porque os grupos e os espaços de troca desses profissionais, conforme foi constatado, não se caracterizam por serem espaços de compartilhamento de anseios e de angústias relacionadas à práxis. Estas são vivenciadas nas particularidades de cada um, o que impede também a coesão do grupo, para reivindicar ou se engajar em estratégias voltadas a melhorar as condições de trabalho, por exemplo.

A preparação do ponto de vista emocional também é percebida como uma habilidade individual, uma vez que os profissionais apontaram que a formação, tanto da graduação como da especialidade, de modo geral, não aborda tal aspecto. As demandas da especialidade, que exigem o trato com pacientes e familiares, a comunicação de más notícias, e contato freqüente com a enfermidade, a dor e a morte, parecem ser temas tangenciados nesta trajetória. Dessa maneira, o aprender-fazendo parece ser uma prática recorrente na oncologia, também presenciada no trato com os residentes, como se o simples fato de estarem expostos às situações, os instrumentalizassem para o trato destas. Este modelo de aprendizagem não seria problemático se realizado com maior crítica e suporte.

Diante dessas considerações e resultados, cabe retomar algumas sugestões realizadas pelos professores integrantes da banca de qualificação do projeto que norteou esta pesquisa, uma vez que o mesmo foi apontado como uma tarefa difícil, visto que os participantes seriam pessoas fechadas e pouco disponíveis para o diálogo. Todavia, cabe ressaltar que a abordagem qualitativa da pesquisa, a inserção em campo e a disponibilidade da pesquisadora para escutar e acolher as vivências dos oncologistas clínicos revelou-se em um importante meio de vinculação. E, contrário, aos apontamentos sugeridos na qualificação, muitos médicos manifestaram o desejo de falar

sobre a sua práxis, alguns, inclusive, no momento da entrevista, detiveram-se em explicar, minuciosamente, situações pessoais, compartilhando histórias de vida, emoções e sentimentos. De um modo geral, as outras pessoas da instituição, como funcionários e também residentes, mostraram-se interessados na pesquisa, sendo que em vários momentos auxiliaram a entrada da pesquisadora em campo.

Cabe salientar que, paradoxalmente à imagem de um grupo fechado e/ou resguardado, a atitude dos médicos parece evidenciar a latência e a necessidade de acolhimento e escuta dos oncologistas. Desta maneira, após a realização das entrevistas, percebeu-se que a mesma, em certos momentos, configurou-se como uma estratégia de enfrentamento psicológico. Pois muitos, ao trazerem situações ligadas à história de vida e situações pessoais, se aprofundaram em diversos aspectos, mobilizando conteúdos emocionais, até mesmo se emocionando diante do que era relatado. Alguns, inclusive, estenderam-se após o término desta, e continuaram conversando, sobre alguns temas abordados, com a pesquisadora.

A abordagem metodológica desta pesquisa revelou-se importante, tendo em vista não apenas pelos dados que foram desvelados, mas também pelas possibilidades resultantes do devir, que puderam abranger uma gama de elementos que compõem a complexidade da especialidade e dos profissionais da oncologia. Neste sentido, ressalta-se a necessidade de pesquisas qualitativas com outras especialidades médicas, para que se possa propor meios de intervenção e promoção relacionados aos possíveis agravos a saúde ocupacional destes, pois as pesquisas voltadas a auferir o estresse, por exemplo, acabam por não abarcar a trama de significados, concepções e imagens que permeiam a especialidade.

As estratégias de enfrentamento psicológico, ao demonstrar regularidades e algumas semelhanças entre os profissionais, poderiam ainda, ser estudadas sob o viés da personalidade. Pois se compreende que as mesmas baseiam-se em experiências pessoais e encontram-se assentadas na subjetividade e nas histórias de vida de cada participante.

Ao considerar as inúmeras estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, ou seja, que têm por objetivo minimizar ou regular os aspectos emocionais, e diante das inúmeras demandas da especialidade, pode-se sugerir que o uso da supervisão, no sentido psicológico, seria uma atividade a ser considerada já na formação dos médicos. Da mesma forma, sugere-se a inclusão de tópicos e discussão sobre as estratégias de enfrentamento, durante este processo, no intuito de aumentar os recursos do profissional e também, a utilização de grupos, a fim de ampliar a discussão, a troca de experiências,

sentimentos e angústias entre os profissionais, criando espaços para a vazão dos aspectos psicológicos individuais e intersubjetivos do oncologista e da sua prática.

Neste sentido, entende-se que se houvesse espaço de reflexão sobre as interferências da vida profissional na vida privada e vice-versa, de modo que as discussões aludissem a algumas das questões apresentadas na categoria dois (A trajetória profissional sob a ótica da história de vida); talvez, os profissionais da oncologia tivessem maior clareza das suas possibilidades e limitações, não necessitando e/ou evitando, passar por problemas e rupturas nos vínculos e nas relações familiares. Até mesmo, porque, a possibilidade de falar sobre a práxis e suas ressonâncias corrobora para a capacidade crítica do profissional, sem que este se veja imobilizado, não perdendo assim a capacidade de surpreender-se e criar meios saudáveis de lidar com as experiências da oncologia, talvez, não necessitando fazer uso de recursos danosos a sua saúde, como é o caso do uso do álcool, por exemplo.

Os resultados obtidos, nesta pesquisa retratam uma realidade específica e, aludem a necessidade de um real investimento, tanto institucional como em nível de políticas de saúde do trabalhador, no intuito de melhor acolher estes médicos. No entanto, seria razoável supor que, diante de pesquisas realizadas em contextos semelhantes, alguns destes dados sejam parecidos. Para finalizar, tendo em vista a complexidade do estudo e a limitação das palavras na expressão da riqueza das concepções e sentimentos que permeiam o contexto investigado, lança-se a indagação proposta por um dos profissionais entrevistados, quando resume, como é ser oncologista:

- ***“Para mim é... eu conviver com o conhecimento de que um monte de pessoas que estão ali na minha frente, desfilando suas esperanças, de uma forma tão intensa (...) e outras também, de que elas vão morrer. Eu sei que elas vão morrer! Tem gente que entra no consultório pela primeira vez, eu olho os exames e, assim, esse vai morrer! É difícil, porque eu não estou lidando com muitas pessoas, nas quais eu possa fazer alguma coisa e salvá-las. Eu vou fazer alguma coisa, que eu sei que, do ponto de vista delas, tudo o que eu fizer é inútil. Para mim não, mas para elas sim. Completamente inútil. Isso é muito perturbador. Você já pensou nisso? Te coloca no meu lugar?!”*** (Jonas)

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allegra, C. J., Hall, R., & Yothers, G. (2005). Prevalence of Burnout in the U.S. Oncology Community: Results of a 2003 Survey. *Journal of Oncology Practice*, 1 (4), 140-147.

Antoniazzi, A. S., Dell'aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.

Arón, A. M., & Llanos, M. T. (2004) Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan com violência. *Sistemas Familiares*, 20 (1-2), 5-15.

Associação de Assistência e Prevenção do Câncer – A história do câncer em direção à cura. Revista Hands, 10, junho/julho. Disponível em: http://www.aapcan.org.br/sobre_cancer.php. Acessado em 20 de outubro de 2006.

Azevedo, A. G., Tollendal, C. B., Nogueira, D. G., Bartels, F. P., Paula, F. C., & Beraldo, F. M. M. (2005). Fatores que orientam a escolha do curso médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 29 (3), 217-221.

Balint, M. (1984). *O médico, seu paciente e a doença*. São Paulo: Atheneu.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bentata, B. B., Quintana, F. C., Venegas, J. M. R., Gutiérrez, C. V., & Bentata, B. R. B. (2007). Afrontamiento del dolor y la muerte em estudiantes de enfermeria: Una proposta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 197-205.

Bevenides-Pereira, A. M. T. (2002). Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho. In: Bevenides-Pereira, A. M. T. (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bevenides-Pereira, A. M. T. (2002). O adoecer dos que se dedicam à cura das doenças. O burnout em um grupo de médicos. In: Bevenides-Pereira, A. M. T. (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Biasoli-Alves, Z.M.M. (1998). A pesquisa em psicologia – análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In G. Romanelli, & Z.M.M. Biasoli- Alves (Orgs.), *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa* (pp. 135-157). Ribeirão Preto- SP: Legis Summa.

Blandin, J., & Araujo, D. M. (2005). Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: Su relación en la aparición del Síndrome de Burnout em médicos residentes del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. *Archivos Venezolanos de Psiquiatria y Neurologia*, 51 (104), 12-15.

Campos, E. P. (2005). *Quem cuida do cuidador: Uma proposta para os profissionais de saúde*. Petrópolis, RJ : Vozes.

Canolla, C. (2000). As metáforas da produção: Reflexões sobre o discurso de operárias. *DELTA*, 16 (1), 55-82.

Caprara, A., & Franco, A. L. S. (1999). A Relação paciente-médico: Para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (3), 647-654.

Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: Repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (1). 139-146.

Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2004). Análise fatorial do Maslach Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*, 9 (3), 499-505.

Carvalho, M. M. (2002). Psico-Oncologia: História, características e desafios. *Psicologia USP*, 13 (1), 151-166.

Carvalho, V. (2006). A equipe de saúde e suas vicissitudes emocionais. In: C. Pimenta, C. A. M., Mota, D. D. C. F., & Cruz, D. A. L. M (Orgs.). *Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia*, (pp. 103-123). São Paulo: Manole.

Cassiani, S. H. B., Caliri, M. H. L., & Pelá, N. T. R. (1996). A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4 (3), 75-88.

Congrains, J. A. (1998). Modos de afrontamiento al estrés en residentes de medicina. *Rev. Med. Hered.*, 9 (2), 63-68.

Decreto 80.281/77. Disponível: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/d80281.pdf>
Acessado em 28 de outubro de 2006.

Dejours, C. (2000). *A banalização da injustiça social*. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 160p.

Escribà-Agüir, V., & Bernabé-Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad Valenciana: Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Esp. Salud Pública*, 76 (5), 595-604.

Esslinger, I. (2004). *De quem é a vida, afinal? ... descortinando os cenários da morte no hospital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fajardo-Dolci, G. E., Laguna- García, J., León-Castañeda, M. E. P., & Gutiérrez, H. (1995). Selección de la carrera y perspectivas de desarrollo profesional en estudiantes de medicina. *Salud Publica de Mexico*, 37 (1), 31-36.

Falcão, E. B. M., & Lino, G. G. S. (2004). O paciente morre: Eis a questão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 28 (2), 106-118.

- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão de literatura. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18 (3), 381-389.
- Fernandes, J. C. L. (1993). A quem interessa a relação médico-paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (1), 21- 27.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). Como inquirir? As entrevistas. In: *O inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A. C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Glasberg, J., Horiuti, L., Novais, M. A. B., Canavezzi, A. Z., Miranda, V. C., Chicoli, F. A., Gonçalves, M. S., Bensi, C. G., & Del Giglio, A. (2007). Prevalence of the burnout syndrome among brazilian medical oncologists. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53 (1), 85-89.
- Gonçalves, J. R. (2007). O profissional da saúde em enfermaria de crianças gravemente enfermas e as implicações do cotidiano do trabalho na sua saúde. *Tese de Doutorado não publicada*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- González- Rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: Caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Graham, J. (2000). Stress and burnout an oncology. *Oncology*, 14 (11), November.
- Grosseman, S., & Patrício, Z. (2004a). A relação médico-paciente e o cuidado humano: Subsídios para promoção da educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 28 (2), 99-105.
- Grosseman, S., & Patrício, Z. M. (2004b). *Do desejo à realidade de ser médico*. Florianópolis: Editora da UFSC.
- Grunfeld, E., Whelan, T. J., Zitzelsberger, L., Willan, A. R., Montesanto, B., & Evans, W. K. (2000). Cancer care workers in Ontario: Prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association Journal*, 163 (2), 166-169.
- Guimarães, L. A. M., & Cardoso, W.L.C.D. (2004). Atualizações sobre a Síndrome de Burnout. In: L. A. M. Guimarães (Org.), *Série Saúde Mental e Trabalho* (pp. 43-62), vol II. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hall, A. (1988). Medical marriage: No bed of roses. *British Medical Journal*, 296, 152-153.
- Hoirisch, A. (2006). Ser médico – implicações históricas e antropológicas. In: Mello Filho, J. (Org.) *Identidade médica*, (pp. 21-38). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Houaiss, A. (2001). *Dicionário eletrônico da língua portuguesa*. Editora Objetiva Ltda, Versão 1.0

INCA - Instituto Nacional de Câncer (2008). Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro Disponível: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>. Acessado em 31 de janeiro de 2008.

Jiménez, J. P. (2005). Estrategias de los medicos para hacer frente a la crisis de la profesión. *Revista Médica do Chile*, 133, 707-712.

Kash, K. M, Holland, J. C., Breitbart, W., Beresonm S., Dougherty, J., Ouellette-Kobasa, S., & Lesko, L. (2000). Stress and burnout in oncology. *Oncology*, 14 (11), 1621-1633.

Kovács, M. J. (1992). Profissionais de saúde diante da morte. In: *Morte e desenvolvimento humano* (pp. 226 - 243). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Krebs, E. E., Garrett, J. M., & Konrad, T. R. (2006). The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: An analysis of survey data. *BMC Health Services Research*, 128 (6), 1-8.

Laplanche, J. (1992). *Vocabulário da Psicanálise: Laplanche e Pontalis*, São Paulo: Martins Fontes.

Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. (Trad.) H. Monteiro, & F. Settinari. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; Belo Horizonte: Editora UFMG.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lozano, J. A. F. (2007). Combatir el burnout del pediatra: Prevención y control. *Canarias Pediátrica*, 31 (2), 119-123.

Lucchiari, D. H. P. S. (1993). *Pensando e vivendo a orientação profissional*. São Paulo: Summus.

Maciel-Lima, S. M. (2004). Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 502-511.

Maslach, C. (1986). *Burnout – the cost of caring*. New York: Prentice-Hall, 2º ed.

McGoldrick, M. (1995). As mulheres e o ciclo de vida familiar. In: B. Carter, & M. McGoldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 30-64). Porto Alegre: Artmed. 2º. impressão.

McGoldrick, M., & Carter, B. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. In: B. Carter, & M. McGoldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*, (pp. 7-29). Porto Alegre: Artmed. 2º. impressão.

Meleiro, A. A. S. (2005). *O médico como paciente*. São Paulo: Segmento-Farma, 2 ed.

Meleiro, A. M. A. S. (1998). Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44 (2), 135-140.

Mello Filho, J. (2006). A vocação médica e o curso médico. In: Mello Filho, J. *Identidade médica*, (pp. 21-38), 1º ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Melo, A. G. C., & Figueiredo, M. T. A. (2006). Cuidados paliativos: Conceitos básicos, histórico e realizações da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e da Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos. In: C. A. M. Pimenta, D. D. C. F. Mota, & D. A. L. M., Cruz (Orgs.), *Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia*, (pp. 16-28). São Paulo: Manole.

Millan, L. R., Azevedo, R. S., Rossi, E., De Marco, O. L. N., Millan, M. P. B., & Arruda, P. C. V. (2005). What is behind a student's choice for becoming a doctor? *Clinics*, 60 (2), 143-150.

Millan, L. R., De Marco, O. L. N., Rossi, E., & Arruda, P. C. V. (1999). *O universo psicológico do futuro médico: Vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Minayo, M. C. S. (Org.). (1994). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Ministério da Saúde – Brasil – Conselho de Saúde. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>. Acessado em: 30 de setembro de 2006.

Ministério da Saúde - Brasil. Secretaria da Assistência à Saúde (2001). Programa Nacional de humanização da Assistência Hospitalar. Série C. *Projetos, Programas e Relatórios*, n. 20. Brasília.

Ministério da Saúde - Brasil. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Saúde (2004). Humaniza Sus: Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B. *Textos Básicos de Saúde*. Brasília.

Moré, C. L. O. O. (2000). Atendendo a demanda: Proposta de um Modelo de Sistematização de intervenção Psicológica junto a Postos de Saúde Comunitários. *Tese de Doutorado*, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Moré, C. L. O. O., & Crepaldi, M. A. (2004). O campo de pesquisa: Interfaces entre a observação, interação e o surgimento dos dados. *Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa/NPF – Núcleo de Pesquisa da Família*. Taubaté, São Paulo.

Morin, E. (1996). Epistemologia da Complexidade. In: D. F. Schnitman (Org.) *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*, (pp. 274-286). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Morinaga, C. V., Konno, S. N., Aisawa, R. K., Vieira, J. E., & Martins, M. A. (2002). Frases que resumem os atributos da relação médico-paciente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 26 (1), 21 – 27.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004). Câncer infantil: Uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estudos de Psicologia*, 21 (3), 193-202.
- Najmanovich, D. (2002). El lenguaje de los vínculos, de la independencia absoluta a la autonomía relativa. In: D. Najmanovich, & E. Dabas (Orgs.), *Redes: El lenguaje de los vínculos: Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós.
- Nogueira-Martins, L. A. (1996). Saúde Mental do médico e do estudante de medicina. *Psychiatry On-Line Brazil*. Disponível em: <http://www.priory.com/journals/brazil.htm>, 1(1), Julho, 1996. Acessado em: 20 de outubro de 2006.
- Nogueira-Martins, L. A. (2002). Saúde mental dos profissionais de saúde. *Psychiatry On-line Brazil* (7) Disponível em: www.polbr.med.br/arquivo/artigo0402_a.htm. Acessado em: 29 de outubro de 2006.
- Nogueira-Martins, L. A. (2003). Saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 1 (1), 56-68.
- Nogueira-Martins, L. A. (2004). A saúde do médico. Disponível em: www.portalmedico.org.br/artigos/artigo.asp?id=248. Acessado em: 28 de outubro de 2006.
- Nogueira-Martins, L.A., & Jorge, M. R. (1998). Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*, 44 (1), 28-34.
- Nogueira-Martins, L.A., & Ramalho, M.A.N. (2007). Aspectos psicológicos relacionados ao profissional – Burnout. In: B. de Camargo, & A. Y. Kurashima (Orgs.), *Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica – O Cuidar além do curar*, (pp. 187-97). São Paulo: Lemar.
- Nogueira-Martins, M. C. F. (2001). *Humanização das relações assistenciais: A formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, V. Z., Oliveira, M. Z., Gomes, W. B., & Gasperin, C. (2004). Comunicação de diagnóstico: Implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 9 -17.
- Paulo, M. C. (2004). *Câncer: o lado invisível da doença*. Florianópolis: Insular.
- Peixoto, C. N. (2004). Estratégias de enfrentamento de estressores ocupacionais em professores universitários. *Dissertação de Mestrado não publicada*, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Penson, R. T., Dignan, F. L., Canellos, G. P., Picard, C. L., & Lynch, T. J. (2000). Burnout: Caring for the caregivers. *The Oncologist*, 5, 425-434.

- Pires, R. O. M. (2004). A Saúde Pública, o Sistema Único de Saúde e o Programa de Saúde da Família. *JOFA*, 4 (1), s/p.
- Pitta, A. M. F. (2003). *Hospital: Dor e morte como ofício*. São Paulo: Annablume/Hucitec, 5^o ed.
- Quintana, A. M., Rodrigues, A. T., Goi, C. M. D., & Bassi, L. A. (2004). Humanização e estresse na formação médica. *Revista AMRIGS*, 48 (1), 27 – 31.
- Ramalho, M. A. N., & Nogueira-Martins, M. C. F. (2007). Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. *Psicologia em Estudo*. 12 (1), 123-132.
- Ramirez, D. E. L. (2004). Teoría del caos y sus posibles implicaciones em psicología. *Enseñanza e Investigación em Psicología*, 9 (2), 389-402.
- Ramos-Cerqueira, A. T. A., & Lima, M. C. P. (2002). A formação da identidade do médico: Implicações para o ensino de graduação em medicina. *Interface*, 6 (11), 107-116.
- Resolução CNRM N° 1, 14 de maio de 2002. Disponível em: <http://www.amb.org.br/jamb/especial/especial.pdf>. Acessado em: 2 de novembro de 2006.
- Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM. N° 1.763/05. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1763_2005.htm. Acessado em: 2 de novembro de 2006.
- Roger, M. C., Abalo, J. G., Guerra, M. E., & Pérez, C. M. (2006). Afrontamientos y emociones en profesionales de enfermería oncológica con síndrome de desgaste profesional. *Psicología y Salud*, 16 (2), 115-128.
- Rose, K. D., & Rosow, I. (1972). Marital stability among physicians. *California Medicine: The Western Journal of Medicine*. 116, 95 – 99.
- Rosselot, E. J. (2006). Dimensiones del profesionalismo médico. Proyecciones para el siglo XXI. *Rev Méd Chile*, 134, 657-664.
- Rossi, P. S., & Batista, N. A. (2006). O ensino da comunicação na graduação em medicina – uma abordagem. *Interface*, 9 (18), 93-102.
- Sá, M., & Castro, R. (2000). A modernidade desencantada, a crise da medicina e o imaginário institucional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 24 (3), 46-52.
- Santos, B. S. (2005). *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Cortez, 3 ed.
- Savoia, M. G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (2), 57-67.

- Scarparo, H. (Org.) (2000). *Psicologia e pesquisa: Perspectivas metodológicas*. Porto Alegre: Sulina.
- Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 421-429.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L.C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17 (3), 225-234.
- Shanafelt, T. D. (2005). Finding meaning, balance, and a personal satisfaction in the practice of oncology. *The Journal of Supportive Oncology*, 3 (2), 157 – 163.
- Shanafelt, T., Chung, H., White H., & Lyckholm, L. J. (2006). Shaping your career to maximize personal satisfaction in the practice of oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 24 (24), 4020-4026.
- Silva, M. G. C., & Arregi, M. M. U. (2005). Residência médica na área de cancerologia no Brasil: Distribuição dos programas e da oferta de vagas por região em 2003. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51 (1): 5-13
- Singer, P., Campos, O., & Oliveira, E. M. (1978). *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense – Universitária.
- Soria, M., Guerra, M., Gimenez, I., & Escanero, J. F. (2006). La decisión de estudiar medicina: Características. *Educación Médica*, 9 (2): 91-97.
- Stacciarini, J. M. R., & Tróccoli, B. T. (2001). O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Revista Latino-am Enfermagem*, 9 (2) 17-25.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria. *Qualitativa Sociology*, 13, 3-21.
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: Relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7 (1), 37-46.
- Tamayo, M. R., Argolo, J. C. T., & Borges, L. O. (2005). Burnout em profissionais de saúde: Um estudo com trabalhadores do município de Natal. In: L. O. Borges (Org.). *Os profissionais da saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Trindade, E. S., Azambuja, L. E. O., Andrade, J. P., & Garrafa, V. (2007). O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. *Revista da Associação de Médica Brasileira*, 53 (1), 68-74.
- Tucunduva, L. T. C. M., Garcia, A. P., Prudente, F. V. B., Centofani, G., Souza, C. M., Monteiro, T. A., Vince, F. A. H., Samano, E. S. T., Gonçalves, M. S., & Giglio, A. (2006). A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52 (2), 108 – 112.

Valle, E. R. M., Capparelli, A. B. F., & Amaral, M. T. C. (Orgs.) (2004). *O cuidar de crianças com câncer: Visão fenomenológica, vivências dos médicos que cuidam de crianças com câncer*. São Paulo: Editora Livro Pleno.

Vasconcellos, M. J. E. (1995). *Terapia Familiar Sistêmica: Bases Cibernéticas*. São Paulo: Editorial Psy.

Vasconcellos, M. J. E. (2002). *Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência*. São Paulo: Papyrus.

Warde, C. M., Moonesinghe, K., Allen, W., & Gelberg, L. (1999). Marital and parental satisfaction of married physicians with children. *JGIM*, *14*, 157-165.

White, E. (2000). Coping with stress: Are there differences between genders? *Undergraduate Journal of Psychology*, *13*, s/p.

Wolpin, B. M., Chabner, B. A., Lynch, T. J., & Penson, R. T. (2005). Learning to cope: How far is too close? *The Oncologist*, *10*, 449-456.

Woodward, C. A. (2005). When a physician marries a physician: Effect of physician-physician marriages on Professional activities. *Canadian Family Physician*, *51*, 851-857.

Yunes M. A. M., & Szymanski, H. (2005). Entrevista reflexiva e grounded-theory: Estratégias metodológicas para compreensão da resiliência em famílias. *Interam. J. Psychol.*, *39* (3), 431-438.

Zonta, R., Robles, A. C. C., & Grosseman, S. (2006). Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *30* (3), 147-153.

9. ANEXOS

Anexo 1.**Roteiro de Entrevista Semi – Estruturada****IDENTIFICAÇÃO**

Iniciais do nome:

Sexo: ()fem. () mas.

Idade:

Estado civil:

Áreas em que atua:

Tempo de atuação como oncologista:

Locais em que trabalha:

Períodos em que trabalha:

ROTEIRO ESPECÍFICO

1. Por que a escolha pela medicina?
2. Por que a escolha pela Oncologia?
3. Especificamente na oncologia, como se dá a organização do seu cotidiano? O que determina essa organização?
4. Você se prepara para enfrentar o seu cotidiano? Você faz alguma preparação?
5. Quando você inicia suas atividades diárias, quais são suas prioridades?
6. Tem alguma razão do por quê dessas prioridades?
7. Que aspectos dessa rotina/de suas atividades, você considera que facilitam e auxiliam o desenvolvimento de sua prática profissional?
8. E por outro lado, você poderia dizer que aspectos dificultam a sua prática?
9. Pensando livremente, você poderia me dizer/descrever uma situação ou um evento do seu cotidiano que te mobiliza – que exige algo mais do que apenas conhecimentos técnicos?
10. A partir dessa descrição, dessa situação, você poderia me descrever o que você faz para lidar com essa situação/que estratégias utiliza para enfrentar a situação?
11. Pensando nisso, que foge ao conhecimento técnico, eu imagino que isso mobilize algum tipo de emoção. Você poderia me descrever quais são as emoções que você experimenta?

12. A partir dessas emoções, você alguma vez já pensou no que isso faz com o seu cotidiano... Quando você chega ao final de um dia cheio de trabalho. Você sente diferença entre como se sente quando chega e quando sai?
13. Quais são suas válvulas de escape para dar vazão a tudo isso que se passa na sua prática profissional? ... realiza alguma atividade... prática de lazer? Ou de outro tipo? ...uso de medicação/uso de álcool/cigarro...
14. Você costuma conversar sobre o seu trabalho no âmbito privado? (fazer algum comentário/reflexão/queixa?)
15. Bem livre pra responder, na sua prática profissional você está acostumado a lidar com os problemas, sob a perspectiva de um oncologista clínico. Esta perspectiva e modo de lidar, acompanham você na resolução dos seus problemas do dia-a-dia – no âmbito privado?
16. Entrando na questão do médico e da espiritualidade/religião. Como você vê isso na sua prática? Com relação a sua espiritualidade... e com relação a do paciente.
17. Com relação ao seu suporte... Quando você encontra dificuldades na sua prática profissional, aspectos difíceis (aspectos éticos, morais) de lidar, ao que/ou quem você recorre? E quando existe algum problema de ordem pessoal?
(instituição/família/colegas)
18. Com relação ao sistema de saúde. Como ele afeta a sua organização?
19. E a instituição, em si interfere no seu dia-a-dia...
20. Se você tivesse o potencial de mudar o sistema de saúde em que você está inserido, o que mudaria em ordem de prioridade?
21. Você considera que a sua formação lhe capacitou para lidar com esses aspectos e com a sua prática cotidiana? Inclusive os aspectos que te mobilizam mais?
22. Como foi ser observado(a) por mim no seu trabalho?
23. Como foi responder a esta entrevista?
24. Você teria alguma metáfora para definir o oncologista hoje?

Anexo 2.

Universidade Federal de Santa Catarina
 Centro de Filosofia e Ciências Humanas
 Programa de Pós- Graduação em Psicologia
 Mestrado em Psicologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Débora Staub Cano, sou aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Convido- o (a) a participar do processo de coleta de dados de minha dissertação de Mestrado, sob orientação da Professora Dra. Carmen L. O. Ocampo Moré.

A pesquisa se intitula “*O profissional que está no fio – entre a vida e a morte: Vivências, Concepções e Estratégias de Enfrentamento Psicológico de médicos oncologistas*”. Esta tem como objetivo caracterizar as vivências e os recursos de enfrentamento psicológico na prática profissional de médicos oncologistas; visto que este conhecimento trará subsídios para a promoção da saúde dos profissionais da medicina, em especial da área da Oncologia.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, consentindo a minha presença junto a você, para observá-lo e entrevistá-lo. As observações (de um a três dias) serão realizadas junto ao consultório de atendimento, as mesmas serão registradas, sem qualquer identificação. As entrevistas serão gravadas em áudio, sendo que seu nome, ou qualquer dado que possa lhe identificar, não serão usados. A sua participação é absolutamente voluntária, estando a pesquisadora à disposição para qualquer esclarecimento, de modo que a sua recusa em participar, não trará qualquer penalidade ou prejuízo para você. Mantém-se também o seu direito de desistir da participação a qualquer momento, seja durante o período de observação ou da entrevista, até o término da coleta dos dados.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar da pesquisa, solicito a sua assinatura em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo, poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelo telefone (48) 3721-8579, ou junto ao de Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição.

 Débora Staub Cano
 Pesquisador Principal

 Carmen L. O. Ocampo Moré
 Pesquisadora Responsável

Consentimento Pós-Informação

Eu _____ abaixo assinado, declaro por meio deste documento, meu consentimento em participar da pesquisa “*O profissional que está no fio – entre a vida e a morte: estratégias de enfrentamento psicológico de médicos oncologistas, vivências e concepções*”, que será realizada no Centro de Pesquisas em Oncologia de Florianópolis. Declaro ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos, inclusive do uso de gravador, bem como de meus direitos de anonimato e de desistir a qualquer momento. Florianópolis, ____ de _____ de 2007.

 Assinatura

10. APÊNDICE

Apêndice 1.

Definição das categorias, subcategorias e elementos de análise das entrevistas

1. EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS ACERCA DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL - Nessa categoria agrupam-se experiências vividas e sentimentos relacionados a momentos da profissão.

1.1 Escolha pela medicina - fatores que motivaram a escolha pelo curso de medicina, influências e aspectos relacionados ao processo de escolha pela profissão, de ser médico.

1.2 Escolha pela oncologia – fatores que motivaram a escolha pela especialidade médica da oncologia e influências ligadas a experiência de vida.

1.3 Sentimentos associados ao contexto – sentimentos e emoções que os oncologistas clínicos referem diante de situações da prática clínica e ao contexto em que estão inseridos.

2. A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL SOB A ÓTICA DA HISTÓRIA DE VIDA – Essa categoria apresenta a influência da história pessoal e trajetória de vida, na leitura que os profissionais fazem a respeito de sua atividade profissional, e as implicações da profissão sob a vida privada.

2.1 Ressonâncias do ciclo vital individual e/ou familiar x vivências profissionais – agrupa concepções pessoais, que são fruto da repercussão da prática profissional sobre o ciclo de vida familiar e/ou individual, e vice-versa.

3. CONCEPÇÕES SOBRE SER E FAZER ONCOLOGIA – Essa categoria compreende os aspectos relacionados às concepções, ou seja, aquilo que os profissionais pensam, suas idéias e opiniões sobre o médico oncologista clínico, sua prática e fazer profissional

3.1 Aspectos facilitadores da prática – itens que foram considerados facilitadores do exercício profissional do oncologista clínico.

3.2 Aspectos dificultadores da prática – dificuldades apontadas no exercício e no cotidiano do oncologista clínico.

3.3 Considerações sobre a profissão, a formação médica e preparo para prática da oncologia clínica - agrupa as considerações que os profissionais fazem a respeito da oncologia clínica enquanto especialidade e profissão. Assim como, as considerações

sobre a formação da medicina, da especialização em oncologia e seu preparo para este exercício.

4. CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO - Essa categoria alude às idéias e opiniões dos oncologistas sobre o Sistema de Saúde Público no âmbito da oncologia clínica.

4.1 A oncologia no sistema público - agrupa as considerações sobre o Sistema de Saúde Brasileiro, no que se refere aos aspectos positivos e negativos.

4.2 Prioridades do sistema de saúde - prioridades que os oncologistas clínicos apontam para o Sistema de Saúde Pública no Brasil.

5. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO – Essa categoria reúne as ações e manejos (emocionais, psicológico) que os profissionais utilizam frente à realidade que estão inseridos e que em seu conjunto, revelam as estratégias de enfrentamento psicológico dos médicos oncologistas.

5.1 Focalizada no problema – agrupa as estratégias em que a pessoa busca manejar, alterar, interferir na realidade, de modo a tentar modificar aquilo que lhe causa maior estresse ou ameaça.

5.2 Focalizada na emoção – referem-se às estratégias que têm como objetivo minimizar, regular as respostas emocionais da pessoa frente às situações consideradas estressantes e de difícil manejo

5.3 Religiosidade/Espiritualidade - agrupa os pensamentos e comportamentos religiosos e/ou voltados a espiritualidade que possam estar sendo utilizados como uma estratégia para lidar com determinada situação ou evento do cotidiano.

5.4 Suporte Social - reúne as estratégias, em que a busca por suporte social, seja através de apoio instrumental, emocional ou de informações, caracteriza-se como um recurso de enfrentamento psicológico, exercendo função de apoio, suporte, no sentido de fornecer sustentação.

5.5 Estratégia combinada - congrega as estratégias de enfrentamento psicológico, que atendem a mais de uma função, são estratégias combinadas, assim, podem tanto ser focalizadas no problema, como na emoção.

5.6 Auto-avaliação de estratégias utilizadas – agrupa as estratégias que foram apontadas pelos profissionais como ineficazes, e que, em última instância foram consideradas disfuncionais, seja porque não trazem mais o mesmo benefício ou pelo fato de serem percebidas como inapropriadas.

6. MÉTAFORAS SOBRE A ONCOLOGIA E O ONCOLOGISTA CLÍNICO –

Essa categoria compreende analogias e sentidos figurados que são atribuídos ao oncologista clínico e seu fazer profissional.

6.1 Relacionadas ao ser oncologista – metáforas associadas ao oncologista e seu papel profissional

6.2 Relacionadas ao sistema de saúde – metáforas sobre o sistema de saúde público e a atuação do profissional neste.

6.3 Relacionadas ao contexto – metáforas que revelam o conjunto de elementos e circunstâncias que compõe o meio em que a oncologia se desenvolve.

6.4 Relacionadas à perspectiva pessoal – metáforas acerca da perspectiva pessoal, como este médico sente-se, e o olhar que tem sobre ele mesmo enquanto uma pessoa que atua nesta área.

7. RESSONÂNCIAS E AVALIAÇÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DA PESQUISA

- Reúne-se nesta, diálogos e reflexões decorrentes da avaliação de todo o processo de participação dos médicos na presente pesquisa, bem como, considerações dos participantes sobre a psicologia no contexto da oncologia.

7.1 Considerações sobre a observação participante e a entrevista - apresentam as concepções dos entrevistados, a respeito da observação de campo e da entrevista, assim como, a avaliação e considerações sobre o período de coleta de dados.

7.2 Considerações sobre a psicologia no contexto da oncologia – abordam algumas considerações que foram feitas durante alguns momentos da entrevista, e que referem à psicologia enquanto área de atuação no contexto da oncologia e da medicina.