

**Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Educação**

**FORMAÇÃO E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE
EM INTERAÇÃO COM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Alessandra de Andrade Lopes

**São Carlos
2003**

**Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Educação**

**FORMAÇÃO E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM
INTERAÇÃO COM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Autora: Alessandra de Andrade Lopes

Orientadora: Profa. Dra. Aline Maria de Medeiros Rodrigues Reali

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Educação - Área de Concentração em Metodologia de Ensino. Área de pesquisa: Formação de professores e outros agentes educacionais.

**São Carlos
2003**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

A553fp

Andrade-Lopes, Alessandra de.

Formação e práticas de profissionais da saúde em
interação com pacientes oncológicos / Alessandra de
Andrade Lopes. -- São Carlos : UFSCar, 2003.
273 p.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos,
2003.

1. Desenvolvimento e aprendizagem profissional. 2.
Formação e práticas profissionais. 3. Formação continuada.
4. Interação profissional-paciente. I. Título.

CDD: 371.122 (20ª)

Com amor,

ao Jair e a Verônica
aos meus pais, Antônio e Marina
aos meus avós Francisco e Nadir (*in memoriam*)

Agradecimentos

Desejo muito poder retribuir a vocês que participaram da idealização e da concretização deste trabalho. Cada um, do seu modo, contribuiu para que eu pudesse desenvolver esta Tese de Doutorado. Por hora, posso apenas oferecer meus sinceros agradecimentos pelas sugestões dadas à pesquisa, pela formação profissional, pela confiança, pelo incentivo e pela manifestação de afeto.

Obrigada,

Ao Programa de Pós-graduação em Educação da UFSCar, em particular, a Profa. Maria da Graça Nicoletti Mizukami, a Profa. Regina Maria Simões Puccinelli Tancredi e a Secretária Maria Helena Ninelli.

Aos profissionais participantes do estudo.

A aluna e amiga Denise Stefanoni Combinato.

As professoras Maria Regina Cavalcante, Sueli Terezinha Ferreira Martins, Aida Victória Garcia Montrone e Norma Domingos.

Aos meus familiares, em especial, a minha irmã Valéria, meu cunhado Samir e afilhado Leonardo.

Aos amigos da UNESP e alunos do curso de Psicologia.

Aos colegas de doutorado, Andréa Coelho Lastória, Cláudia Aparecida Stefane, Filomena Maria de Arruda Monteiro, Ieda Harumi Higarashi, João dos Santos Carmo, Leila Leane Lopes Leal, Maria José Lenharo Morgado, Moacir Gigante e Ricardo Botta.

Ao Programa de Capacitação de Docentes – PROPP/UNESP.

A Profa. Aline Maria de Medeiros Rodrigues Reali pela orientação à pesquisa e pelo exemplo de educadora, respeitando e ajudando na construção de novos conhecimentos e caminhos profissionais e pessoais.

Lista de Quadros e Tabelas

Tabela 1. Número de profissionais convidados e entrevistados, por especialidade de formação.....	48
Quadro 1. Dados de caracterização dos participantes.....	49
Quadro 2. Objetivos de coleta de dados dos blocos temáticos da entrevista.....	49
Tabela 2. Número de participantes por encontro e percentual de frequência no curso de formação continuada.....	52
Quadro 3. Temas, objetivos e participantes do curso de formação continuada.....	56
Quadro 4. Atividades profissionais desenvolvidas pelos participantes do estudo.....	59
Quadro 5. O paciente e a paciente com câncer da mama.....	62
Quadro 6. Comportamentos difíceis e ideais dos pacientes.....	64
Quadro 7. Aspectos gratificantes e difíceis relacionados às práticas profissionais.....	67

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	01
CAPÍTULO I - Desenvolvimento e Aprendizagem Profissional de Agentes Educacionais: Aspectos Teóricos e Conceituais.....	13
CAPÍTULO II - A Formação do Profissional da Saúde.....	28
CAPÍTULO III - Profissionais da Saúde e Mulheres com Câncer da Mama: Para uma Prática Reflexiva e Educativa.....	35
CAPÍTULO IV - Elaboração e Desenvolvimento do Estudo: Aspectos Metodológicos.....	47
CAPÍTULO V - Formação e Práticas de Profissionais da Saúde em Interação com Pacientes Oncológicos	58
CAPÍTULO VI - Contribuições da Pesquisa - Intervenção.....	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS	115
Anexo 1 - Modelo da Carta aos Diretores dos Conselhos e das Associações	
Anexo 2 - Modelo de Carta Convite aos Profissionais	
Anexo 3 - Modelo do Termo de Consentimento	
Anexo 4 - Roteiro de Entrevista	
Anexo 5 - Sínteses das Entrevistas	
Anexo 6 - “Folder” do Curso	
Anexo 7 - Primeiro Encontro	
Anexo 8 - Segundo Encontro	
Anexo 9 - Terceiro Encontro	
Anexo 10 - Quarto Encontro	
Anexo 11 - Quinto Encontro	
Anexo 12 - Sexto Encontro	
Anexo 13 - Sétimo Encontro	
Anexo 14 - Oitavo Encontro	
Anexo 15 - Questionário de avaliação final do curso	

Formação e Práticas de Profissionais da Saúde em Interação com Pacientes Oncológicos. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos. Programa de Pós-Graduação em Educação - Área de Concentração em Metodologia de Ensino. 273 páginas, 2003.

RESUMO

Apoiados nos conhecimentos adquiridos na área da Educação – em particular, a respeito da formação de professores e de outros agentes educacionais – este objetivou investigar a interação de profissionais da saúde e pacientes oncológicos, em especial, mulheres com câncer da mama, e promover a reflexão a respeito da formação acadêmica e das práticas destes profissionais. Para a coleta de dados, este estudo recorreu a uma entrevista individual e a um curso de formação continuada desenvolvido em oito encontros, para dez profissionais inicialmente entrevistados, dentre estes: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeuta e psicólogo. Práticas usuais foram identificadas e em seguida relacionadas aos percursos de formação inicial, aos saberes da experiência, às características da clientela, da equipe, do local de trabalho e às políticas de saúde. Durante entrevista e curso os profissionais avaliaram que aprenderam na graduação a teoria da prática e a prática técnica, essenciais para remediar a doença, mas não o suficiente para promoção da saúde. Os participantes também reconheceram e discutiram a importância das práticas educativas, no entanto, avaliaram que as políticas de saúde vigentes apenas permitem, precariamente, o diagnóstico do problema e o encaminhamento aos diferentes tratamentos. Os relacionamentos interpessoais com os pacientes, familiares e equipe foram abordados como imprescindíveis, porém, dependentes de iniciativas pessoais, aprendidas fora do contexto de formação acadêmica e dos serviços de saúde. Ainda assim, para os participantes, o profissional valorizado por eles e pelos pacientes é aquele que melhor apresenta competência para curar. Cabe destacar, como conteúdo raramente verbalizado aos usuários e à equipe, que a satisfação do profissional está vinculada ao bem-estar dos pacientes e às trocas de experiências de vida com os mesmos. No que se refere ao relacionamento com as pacientes com câncer da mama, seus familiares e equipe, pôde-se identificar que os especialistas recorrem a valores morais e religiosos, visando minimizar o fracasso da cura, a escassez de recursos humanos e financeiros dos serviços de saúde e os conflitos entre os profissionais da equipe. Também como resultado da reflexão sobre suas práticas, os profissionais elaboraram projetos de intervenção com o objetivo de melhorar as condições de trabalho e sua interação com os pacientes e a equipe. Com a presente pesquisa pôde-se concluir que o desenvolvimento de conhecimentos e de habilidades técnicas, interpessoais, sociais e políticas da profissão devem ser abordados e igualmente valorizados nos cursos de formação inicial e continuada, bem como concluímos que a entrevista e o curso constituíram-se em ferramentas de investigação e de formação eficazes para o estudo e a reflexão das práticas dos participantes.

Palavras-chave: Desenvolvimento e aprendizagem profissional; Formação e práticas profissionais; Formação continuada; Interação profissional-paciente.

Formation et pratiques de professionnels de la santé en interaction avec les patients porteurs d'un cancer. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos. Programa de Pós-Graduação em Educação - Área de Concentração em Metodologia de Ensino. 273 páginas, 2003.

RÉSUMÉ

Appuyés sur les connaissances acquises dans la branche de l'Éducation – en particulier, sur celles de la formation de professeurs et d'autres agents éducationnels – et à la recherche d'une contribution aux investigations sur interaction entre des professionnels de la santé et leurs patients, cette recherche a eu le but de favoriser la réflexion sur formation et pratiques de professionnels en interaction avec les patients porteurs d'un cancer. Ainsi, on a identifié quelques pratiques usuelles et éducatives parmi des médecins, des infirmiers, des assistants sociaux, des spécialistes en réhabilitation physique et des psychologues, pour ensuite les associer aux parcours de formation professionnelle, aux expériences pratiques, aux caractéristiques de la clientèle, de l'équipe, du lieu de travail et aux politiques de santé en vigueur. Pour la récolte des données sur interaction en question, on a fait appel à des entretiens individuels et à un cours de formation continuée. On a pu constater que les participants de la recherche envisageaient surtout la solution des besoins premiers: diagnostic du problème et indication aux différents traitements. Tous les participants ont abordé les pratiques éducatives de prévention des maladies et de promotion de la santé, mais celles-ci sont conditionnées au lieu et à l'équipe de travail et aux politiques de santé en vigueur. La satisfaction professionnelle est déterminée par les résultats obtenus avec les patients. Les échanges d'expérience et d'apprentissages résultantes de l'interaction du professionnel sont perçus comme des gains personnels, pourtant, ces aspects positifs ne sont pas verbalisés aux bénéficiaires et à l'équipe. Le rapport interpersonnel avec le patient, sa famille et l'équipe joue un rôle primordial pour les professionnels, dépendant, néanmoins, d'efforts personnels acquis en dehors de la formation académique. Bien qu'il y ait une valorisation des rapports interpersonnels, les professionnels se préoccupent davantage du développement technique et spécialisé qui, à leur avis, représenterait un meilleur service aux patients. Les professionnels ont évalué que les cours de graduation apprennent la théorie de la pratique et la pratique technique essentielles pour remédier aux maladies, mais ils n'en donnent pas le nécessaire pour la promotion de la santé. En ce qui concerne l'interaction avec les femmes porteuses de cancer de seins, on a pu remarquer que les valeurs sociales, éthiques et religieuses des spécialistes minimisent les aspects émotionnels négatives par rapport à l'échec de la guérison, à l'insuffisance de moyens et d'équipements du service de santé et aux conflits entre les membres de l'équipe. Comme résultat de la réflexion sur leurs pratiques, les professionnels ont élaboré des projets d'intervention à l'objectif d'améliorer les conditions de travail et leur interaction avec les patients et l'équipe. Dans cette recherche, on a conclu que l'entretien et le cours développé ont servi d'outils d'investigation et de formation efficaces et que les cours de formation initiale et continuée doivent comprendre les dimensions interpersonnelles, sociales et politiques de la profession.

Mots-clés: Développement et apprentissage professionnel; Formation et pratiques

professionnels; Formation continuée; Interaction professionnel-patient.
Education and Practice of the Health Professional in their Interactions with cancer patients. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos. Programa de Pós-Graduação em Educação - Área de Concentração em Metodologia de Ensino. 273 páginas, 2003.

ABSTRACT

Based on acquired knowledge in the educational field – particularly the teacher education and other professionals – and in pursuit to produce contributions to an enlarged comprehension about interaction between health professionals and patients, the purpose of this study was to benefit reflections about professional practice. These reflections could and the development of favourable practices in treatment of cancer patients. Thus, teaching and other professional routines of doctors, nurses, social workers, physical therapists and psychologists were identified and related to their professional discipline, practical experience, patients profile and the nature of the interdisciplinary team within the health setting. Methods of data collection were personal interviews and a course of continuous professional education. It was observed that most of the interviews focused particularly on caring for the urgent needs of the patient including diagnosis of the problem and treatment. All the participants mentioned teaching process to prevent illnesses, and health promotion, but these were relative to the interdisciplinary team within the health setting. The professional satisfaction was related to patient condition. The change of different experiences and the acquired knowledge were regarded as personal growth. However, these positive aspects are not verbalized either to the customers or team. The interpersonal relationship among professionals, patients, relatives and interdisciplinary team was considered essential, but conditioned to personal endeavors acquired out of academic formation. Although the professionals valorize interpersonal relationship they think that high technology and specialization are more important to patients care. According to the health professionals, graduation courses were more occupied to teaching theory about professional and technical practices, essential to heal, but not enough to promote health. Dealing with breast cancer patients, the moral, ethical, and religious values of the specialists minimize the negative emotional aspects related to healing failure, to inefficient equipments and support, and to the conflicts in the interdisciplinary team. As a result of the reflections on more accepted methods used to facilitate learning and professional practice in their interactions dealing with cancer patients, the professionals elaborated projects to improve the health setting and a more effective interaction between health professionals and customers. According to the study the interviews and the professional courses were efficient tools to the investigations and to the learning and professional practice in their interactions dealing with cancer patients and the basic and continuous professional courses should involve interpersonal, social, and political dimensions of health professions.

Key words: Development and learning professional; Education and Practices Professionals; Continuous professional education; Professional-patient interaction.

"Os profissionais da saúde não choram. Infelizmente. A conclusão é que sentir tristeza não se destina a ajudar algum paciente específico. Sentimos tristeza porque isso nos ajuda. Permite-nos seguir em frente depois da perda. Cura-nos para que sejamos capazes de amar novamente. "Vamos ao próximo" é uma negação da humanidade comum, uma afirmação de que alguém pode morrer diante de nós sem nos comover. É uma rejeição da integridade, de uma conexão humana que é fundamental. Não tem sentido nenhum quando dizemos isso em voz alta".

Rachel Remen, 1998

Apresentação

“Toda obra é autobiográfica”. Esta frase foi escolhida para iniciar este texto porque antes de qualquer apresentação formal do estudo - com objetivos, referenciais teórico-metodológicos, resultados, análises e contribuições - ela traz o mais espontâneo e íntimo dos significados desta tese de doutorado. Sendo assim, nas pautas deste texto apresento fatos de vida, de formação escolar, da formação em Psicologia, da pós-graduação cursada na área de Educação e da docência em ensino superior.

Como este trabalho foi resultado de processos de aprendizagens pessoais e profissionais não poderia deixar de explicitar os eventos autobiográficos que, seguramente, revelam meu interesse de estudo no mestrado - pelos comportamentos de enfrentamento e pela adaptação psicossocial de mulheres com câncer da mama; e no doutorado – pela formação e práticas de profissionais da saúde¹ interagindo com pacientes oncológicos.

Enfim, fiz também deste texto de apresentação do estudo um registro de lembranças escolares que me ajudaram a compreender, mais claramente, os objetivos desta pesquisa, a opção pela produção de conhecimentos de interface entre as áreas da educação e da saúde e minhas práticas profissionais em interação com alunos graduandos, com profissionais da saúde, com pacientes oncológicos e familiares destes pacientes.

Somente foi possível persistir na reflexão desta trajetória pessoal e profissional por meio do resgate constante do interesse pelo conhecimento e pela aprendizagem, da paixão pelo relacionamento humano, das contribuições acadêmicas e sociais desenvolvendo a dissertação de mestrado e, principalmente, da compreensão e supervisão profissional de minha orientadora.

Considero atualmente que pensar, estudar e viver como aluna, pesquisadora, docente de universidade pública, mulher, filha, mãe, esposa, cidadã,

¹ Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, que prestam serviços em hospitais, ambulatórios, pronto atendimento, consultórios, unidades básicas e associações não governamentais.

paciente, dentre outros papéis que compõem nossa identidade, não é tarefa fácil, mas reconheço que estas existem em função do compromisso que temos com a vida, o desenvolvimento, a aprendizagem, a reflexão, a comunidade social e a acadêmica.

Quando evoco lembranças das escolas que freqüentei, desde os três anos de idade, emergem pensamentos e sentimentos bons de um lugar especial. Este lugar reuniu fantasia, poesia, amor, arte, amizade, conhecimento, responsabilidade, crescimento, limite e disciplina. Até meus quatorze anos, ao final do ensino fundamental, passei a maior parte de minha vida dentro da escola, tanto que desenvolvi com este “lugar” - seus atores, cenários, roteiros, atos, intervalos, bastidores, platéias - um forte vínculo de identificação pessoal e social, tornando-me uma criança que na família diziam: “esta gosta de ir à escola”.

Longe de ser a primeira aluna da turma, recebendo as melhores notas e os elogios de comportamento "A", consegui estabelecer com o ambiente escolar uma relação prazerosa. De certa forma, os resultados deste relacionamento foram positivos, pois passei pelas séries iniciais com facilidade e, mesmo não me ajustando ao esquema de um ensino médio apostilado, impessoal, sem meus livros e amigos de infância, ingressei na faculdade.

Em síntese, a educação escolar sempre foi, para mim, um patrimônio de muito valor, que se constituiu em alicerce para os planos profissionais, enfim, para os planos de vida. Na escola aprendi que o interesse por conhecer e experimentar era mais estimulante do que o próprio conteúdo aprendido, e, portanto, deveria ser este interesse constantemente renovado, por ser ele a essência de um lugar tão especial.

Os momentos, de insegurança e de desconforto, vividos durante o ensino médio e o pré-vestibular reafirmaram a convicção de que a profissão escolhida deveria estar vinculada a uma atividade que pudesse trazer de volta os pensamentos e os sentimentos bons daquela escola do ensino fundamental.

Escolher a profissão não foi tão difícil. As experiências em convívio familiar orientaram-me nesta tarefa. Como caçula de um contexto familiar de pessoas eloqüentes (de ascendência hispânica, nascidos em colônias, convivendo com avós, bisavós, tios e outros parentes que se agregavam), não tive muitas oportunidades de manifestar minhas opiniões, devido à concorrência. Em convívio familiar passei mais tempo observando do que falando. Observava as situações familiares de harmonia e de

conflito. Aprendi a escutar histórias, a respeitar diferenças de valores culturais e a acompanhar as gerações, os nascimentos e os funerais. Com isso foi se intensificando o interesse pela vida das pessoas e pelas relações humanas. Aos dezessete anos a profissão de psicólogo “me pareceu” compatível com esta disponibilidade interpessoal facilitada pelo contexto familiar.

Diferentemente do que imaginava ser o curso de Psicologia e a profissão de psicólogo, no decorrer da graduação pude conhecer a Ciência e a função deste profissional.

Durante o curso de graduação muitas inquietações emergiram como pontos de discussão permanentes entre os alunos. A exemplo, o excessivo conteúdo teórico do curso e as restritas experiências de aplicação colocadas nos estágios finais da graduação.

Nos dois primeiros anos do curso estudamos sobre os conhecimentos básicos da área, em interface com a Biologia, Sociologia, Filosofia, Antropologia, Matemática e Educação. No terceiro ano e no quarto ano, estudamos sobre os conhecimentos introdutórios de teorias e de técnicas específicas da área. No último ano, quinto ano, fizemos os estágios obrigatórios.

Hoje, depois de oito anos de formada, em contato com professores da pós-graduação que pesquisam a respeito da aprendizagem da docência, da formação e das práticas de professores e de outros agentes educacionais, consigo entender a pertinência de nossas queixas referentes à estrutura de um currículo de formação essencialmente teórico, bem como ao abismo entre a teoria e a prática profissional.

Desta forma pude compreender que esta formação básica seguiu a seqüência lógica da racionalidade técnica, considerada como uma concepção epistemológica da prática e, sobretudo, um paradigma de formação profissional. De acordo com o modelo da racionalidade técnica, necessariamente, a prática do profissional segue a aquisição prévia de conhecimentos científicos, dos quais também se originam as técnicas e os instrumentos utilizados no campo de atuação.

Especificamente, quando cursei a graduação em Psicologia, além das raras experiências de aplicação teórica, ouvíamos os alunos egressos relatarem que ao saírem da universidade se deparavam com questões complexas da prática profissional, sem respaldo científico e acadêmico, como por exemplo: Qual a atuação do psicólogo

em equipe multidisciplinar e interdisciplinar? Quais as diferentes abordagens, e se existem de acordo com diferentes sistemas teóricos, dos profissionais em interação com seus pacientes? Será que o posicionamento crítico às técnicas e aos instrumentos utilizados na área da psicologia, tais como os testes psicológicos, desobrigam-nos do domínio da aplicação e da avaliação dos mesmos?

Com relação às oportunidades que tivemos durante o curso de psicologia de aplicarmos os conhecimentos aprendidos (“praticar”), avalio que mesmo se tivéssemos uma carga horária maior para os estágios, executando-os desde os primeiros anos da graduação, ainda poderíamos ter um curso teórico e instrumental, buscando a aplicação da técnica, sustentada por teorias desvinculadas da práxis profissional.

Atualmente entendo que nosso primeiro estágio, e contínuo, deva ser o exercício de estabelecermos relações entre experiências pessoais (de desenvolvimento e aprendizagens diante do mundo, das pessoas, dos fatos, dos lugares, dos eventos) e os conhecimentos científicos que foram acumulados pela humanidade.

Podemos considerar que, raramente, os cursos de graduação consideram como conteúdos de formação profissional as experiências pessoais e os saberes da experiência. As vivências e atitudes cotidianas dos alunos, em diferentes contextos, não são utilizadas como conteúdo de referência para o exercício de nossas competências e desenvolvimento de habilidades profissionais, principalmente relacionadas às interpessoais.

É fato, portanto, que os cursos de formação básica freqüentemente desconsideram as experiências pessoais, assim como ensinam avaliar nosso desempenho profissional com base em esforços pessoais, intrínsecos e individuais. Conseqüentemente atribuímos o desempenho profissional às características pessoais, sem considerarmos os eventos, os procedimentos e os processos relacionados ao contexto de vida e ao curso de formação, que com alta probabilidade favoreceram o desenvolvimento de nossas atitudes, nossos valores e nossas concepções profissionais.

Ainda a respeito de minha graduação, nos últimos meses do quarto ano de psicologia escolhi fazer três estágios anuais: Psicologia Escolar, Psicologia Social e Psicologia Hospitalar.

Nos estágios de Psicologia Escolar e de Psicologia Social elaboramos e desenvolvemos dois projetos com o tema “Educação e Sexualidade”, com públicos

alvos na faixa etária de nove a onze anos e de quinze a dezessete anos. Com os estudantes mais jovens, de uma escola pública com orientação pedagógica de Freinet, o trabalho foi desenvolvido em um ateliê, intitulado como "Ateliê de Psicologia: desenvolvimento e sexualidade humana"; e com os estudantes mais velhos, de uma escola pública de segundo grau, o trabalho foi desenvolvido em "Oficinas de sexualidade humana". De modo geral, nosso objetivo foi atender às necessidades destes alunos, com relação à sexualidade - concebida como toda forma de expressão e de interação humana, seja por meio de vínculos fraternais, parentais, sexuais, de amizades, culturais e artísticos. Os pais e os professores, destes alunos, também participaram do projeto.

No estágio de Psicologia Hospitalar atendemos individualmente pacientes oncológicos e acompanhamos um grupo de mulheres mastectomizadas (retirada total da mama). Na época estas pacientes estavam de alta (intervalo livre da doença) e o principal objetivo era fazer uma avaliação da adaptação psicossocial destas mulheres e, se necessário, oferecer apoio, orientação e atendimento do serviço de psicologia da UNESP de Bauru.

Coordenando os encontros realizados deste grupo de pacientes, de mulheres mastectomizadas, pude constatar a diversidade dos relatos sobre as dimensões estressantes do câncer, bem como a variabilidade de modos de enfrentamento relacionados a diferentes etapas do tratamento. Destas constatações nasceram as primeiras idéias para elaboração da pesquisa que culminaria em uma dissertação de mestrado.

Antes de escrever sobre os resultados da dissertação de mestrado, gostaria de relatar que não foi no estágio de Psicologia Hospitalar que ocorreram minhas primeiras experiências com pessoas com câncer. Quando estava com oito anos de idade minha avó paterna recebeu o diagnóstico de câncer da mama. Esse fato me chamou atenção depois de ouvir uma conversa de meus pais. Eles lamentavam o acontecimento de mais uma fatalidade na vida de minha avó.

Minha avó casou aos doze anos de idade, teve cinco filhos, ficou viúva aos vinte e sete anos. Morava com dois filhos mais jovens (incluindo meu pai) e trabalhava como costureira. Aos trinta e oito anos apaixonou-se por uma pessoa já casada, com esposa em estágio terminal de câncer e com duas filhas adolescentes. Após

a morte da esposa, eles se casaram, mesmo sem aprovação dos filhos. Depois de casada, o marido não permitiu que meu tio, de dezoito anos de idade, fosse com eles morar. Meu tio fazia uso de drogas, tinha diagnóstico de depressão e aos vinte e cinco anos cometeu suicídio. No mesmo ano em que meu tio faleceu seu padrasto morreu. No ano seguinte foi diagnosticado que minha avó estava com câncer da mama.

Ela morava sozinha, mas após cirurgia e depois das aplicações de quimioterapia passava uns dias na casa de meus pais. Além de meus pais e minha irmã mais velha, meu bisavô espanhol (de oitenta e oito anos) morava conosco.

A aparência de minha avó sem cabelo e sem uma das mamas amedrontava minha irmã, que não queria dormir no mesmo quarto. Já para mim isso era indiferente, achava que minha avó ficava bem de turbante e achava muito interesse um sutiã com enchimento esconder a mutilação. Além do mais, era bom ficar sozinha com ela no quarto, assim, podia ouvir por mais tempo suas histórias.

Apesar das histórias que eram tristes, mais triste era vê-la sofrer com “aquela doença” que as pessoas mal falavam o nome. Após três anos, com reincidência do câncer no pulmão e na cabeça, ela faleceu.

Minha avó queria que eu fizesse faculdade de Serviço Social, ela gostava muito das assistentes sociais dos hospitais. Quando faleceu, senti raiva. Comecei a pensar o quanto ela foi egoísta, preterindo seus filhos para casar-se novamente. Comecei a lembrar que falava mal da minha mãe, julgando não ser boa dona de casa, pois se ocupava da função de enfermeira particular da família.

Minha mãe por três anos lhe acompanhou ao tratamento, além de cuidar por dezesseis anos de dois bisavôs e até hoje de seus pais e tias-avós. Cheguei até concluir o quanto minha avó foi fraca, deixando com que células anormais tomassem seu corpo, células que nem podíamos enxergar de tão pequenas.

Nestas condições, sentimentos de raiva e de revolta foram como um bom remédio para minimizar outros sentimentos e pensamentos piores, evocados com sua morte e ausência. Como "o tempo tudo cura", que nada mais é do que viver em contato com experiências positivas, minimizando e evitar eventos e lembranças que possam evocar pensamentos e sentimentos de mal estar. A triste vida de minha avó tornou-se uma linda história. E como "no final tudo acaba bem", a inevitável morte foi para todos um final confortante, o fim do sofrimento.

Depois de onze anos de sua morte, já no quarto ano de Psicologia, as lembranças da época em que convivi com o câncer, descongelaram-se com a notícia de que um professor do curso havia adoecido. Ele teve uma história diferente, ou melhor, um final diferente. Sua história com o câncer acabou, também, com um lindo desfecho, dando continuidade a sua história de vida. Mas minhas experiências com o câncer não terminaram por aí, no segundo ano do curso de mestrado minha mãe estava com câncer da mama. Na época, de primeiro impacto, esta notícia pareceu-me mais um relato de uma participante do estudo que na época realizava. Compreendi neste momento que o sofrimento pode produzir "calos", que aparentemente se comportam como tecido morto e enrijecido, mas quando tocados produzem muita dor. Vivi a história de minha mamãe de maneira sensível a seu sofrimento. Pude ajudá-la a compreender sobre o que estava acontecendo, com seu corpo e em sua vida, bem como me ajudei maximizando a convivência com ela, cultivando, como ainda não havia feito, os mais intensos sentimentos de compaixão, respeito e amor.

Como "tudo tem começo, meio e fim", a história de minha mãe terminou bem e há sete anos vive sem reincidivas. As marcas de uma quadrantectomia (retirada de um quadrante da mama) permaneceram, mas são avaliadas como insignificantes se comparadas a outras experiências estressantes já enfrentadas.

Somando estas experiências com o câncer aos estágios do último ano de graduação, o estudo de mestrado teve a proposta de realizar uma "Análise funcional comportamental descritiva de comportamentos de enfrentamento de mulheres com câncer da mama". Uma análise funcional comportamental constitui-se num procedimento de identificação e de descrição de elementos que se relacionam, estabelecendo e mantendo a emissão de respostas que produzem conseqüências e efeitos sobre o ambiente social (público) e sobre o próprio comportamento da pessoa (público e privado).

No caso de uma análise funcional descritiva de comportamentos de enfrentamento pressupõe-se a identificação e descrição das relações funcionais que se estabelecem entre a emissão de respostas de enfrentamento e a produção de conseqüências que poderiam evitar, terminar ou minimizar com estimulações aversivas.

Os comportamentos de enfrentamento relatados pelas pacientes poderiam ser emitidos em função de variáveis situacionais, tais como: momento e tempo de

exposição ao tratamento, estágio da doença, tipo de cirurgia, atendimento da equipe de saúde; bem como de variáveis pessoais, tais como idade, estado civil, dependentes, renda familiar, atividade profissional, história de contato com pacientes com câncer, comportamento da família após diagnóstico.

Na dissertação de mestrado quatro entrevistas serviram de referência para a realização da análise de comportamentos de enfrentamento de mulheres com câncer da mama. Além disso, a aplicação de uma análise funcional contribuiu para identificação das estimulações aversivas predominantes, que foram: os pensamentos e os sentimentos relacionados ao risco de morte, o tratamento cirúrgico mutilador e os comportamentos dos familiares em relação à condição de saúde das pacientes.

Em contraposição às estimulações aversivas identificadas como predominantes, pode-se constatar que as informações, os conselhos, o apoio e a disponibilidade de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros funcionários do mesmo serviço de atendimento, oferecido às pacientes entrevistadas, se constituíram em fontes poderosas de contenção, redução dos efeitos emocionais e sociais negativos, advindos do diagnóstico de câncer e ambiente social (ANDRADE-LOPES, 1997).

Dando continuidade ao estudo do mestrado, mais nove entrevistas de pacientes foram analisadas com objetivo de avaliar a adaptação psicossocial das pacientes em função da redução de estimulações aversivas, recuperação estimulações gratificantes e produção de novos reforçadores positivos (ANDRADE-LOPES, 2001).

Novamente, o contato das pacientes com a equipe de profissionais da saúde destacou-se como fonte de estimulação positiva para o enfrentamento das pacientes e para a adaptação às condições estressantes, vividas ao longo do tratamento e em fase de acompanhamento.

Com relação à equipe de profissionais, os pacientes relataram que todos os funcionários do serviço tinham conhecimento sobre as condições e as necessidades dos pacientes, os prejuízos e danos econômicos que poderiam ocasionar a doença e as condições emocionais dos pacientes e de seus acompanhantes.

Cabe mencionar que neste serviço público de atendimento o recepcionista atendia e orientava, desde as quatro horas da manhã, os pacientes que chegavam de longa distância ao hospital. A secretária frequentemente informava na sala

de espera a seqüência dos atendimentos e a ordem de chamada dos pacientes para exames prévios, consultas com o médico e encaminhamentos às sessões de quimioterapia. A psicóloga e assistente social faziam atendimento aos pacientes internados (acompanhamento pré e pós-cirúrgico) e os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem conversavam, acompanhavam e orientavam os pacientes internados e em quimioterapia.

As pacientes entrevistadas relataram que no hospital (apesar da presença dos eventos condicionados aversivos, tais como, a náusea, o vômito, o mal-estar, as palpitações, as sensações de desânimo e de tristeza, nas semanas que antecediam as consultas para tratamento e acompanhamento) podiam e conseguiam falar sobre suas expectativas, angústias, medos, dúvidas com outros pacientes da sala de espera, com a secretária do serviço, com o médico, com os enfermeiros, com os auxiliares de enfermagem, com a psicóloga e com a assistente social.

De modo diferente, as pacientes entrevistadas relataram que em casa, no ambiente familiar, se comportavam como "se nada estivesse acontecendo", tentando não preocupar os familiares e os ajudando a pensar que o "sacrifício do tratamento" resultaria na cura da doença.

A pesquisa de mestrado e sua continuidade - avaliando a adaptação psicossocial de mulheres com câncer da mama em diferentes momentos do tratamento - evidenciaram que o contato das pacientes com as experiências positivas de outras mulheres e com equipe de saúde preocupada com o seu bem-estar ajudava na emissão de respostas de enfrentamento, direcionadas a pensamentos e a sentimentos negativos referentes à possibilidade de não obterem a cura, à imagem da mama mutilada, à queda de cabelo temporária (alopecia), à manifestação de sentimentos de pena dos familiares (quando tomavam conhecimento de seu estado de saúde) e à limitação de movimentação do braço (por conta do esvaziamento axilar e do linfedema/inchaço).

Os dados obtidos neste dois trabalhos, resumidamente acima relatados, fomentaram a busca de outras referências bibliográficas que pudessem dizer mais sobre a importância do relacionamento do profissional da saúde com seus pacientes, em especial, de pacientes oncológicos, além de identificar eventos do contexto de vida, de formação e do trabalho que estivessem relacionados à caracterização desta interação.

Inicialmente duas questões de estudo orientaram a busca de dados, na

literatura da área da saúde, sobre a interação de profissionais e pacientes, foram elas:

- 1- Quais seriam as práticas profissionais responsáveis por interações satisfatórias e insatisfatórias, tanto para os profissionais quanto para os pacientes?
- 2- Quais seriam as condições de contexto relacionadas aos comportamentos dos profissionais da saúde em interação com os pacientes?

Pôde-se encontrar registros de que a manifestação de apoio e de incentivo de profissionais da saúde - tais como de médicos, de enfermeiros, de assistentes sociais, de fisioterapeutas e de psicólogos - exercem influência positiva na adesão do paciente ao tratamento, nas práticas de prevenção de doenças, no enfrentamento, no tempo de recuperação e de adaptação psicossocial (BIRD, 1978; GIMENES, 1994; MAMEDE, 1991; PORRO, 1987; SARANO, 1978; BELLODI, 2001; KAPLAN, SADOCK E GREBB, 1997; MASUR E ANDERSON, 1998; NOGUEIRA-MARTINS, 2001; NUNES, 1980; STEFANELLI, 1993).

Por outro lado, destacam BORGES & ATIÊ (1989) e MARSIGLIA (1994) que prevalece à constatação de que a interação profissional e paciente é caracterizada, tanto pelos profissionais quanto pelos pacientes, como difícil e insatisfatória.

Como leigos observadores ouvimos nas salas de esperas dos consultórios, nos corredores das enfermarias hospitalares e nos quartos dos pacientes, queixas dos usuários em relação ao atendimento dos profissionais da saúde e dos profissionais, em relação aos pacientes. Respectivamente, as queixas mais freqüentes são:

Pacientes: - “Nossa! Uma hora esperando pelo médico e ele me atende em cinco minutos!”; - “Vamos ver se o médico hoje está de bom humor e olha pra mim!”; - “Esta enfermeira tem uma mão pesada e uma cara fechada!”; - “Estou cansada desta conversa com o psicólogo que não resolve meu problema... não pede para o médico vir aqui?”; - “Cadê o assistente social com a ambulância e meus passes de ônibus?”; - “Este fisioterapeuta não me ouviu e quase me quebrou!”.

Profissionais: - “O paciente vem uma vez, eu consulto, médico, ele não volta para o retorno, não faz corretamente o tratamento, depois aparece aqui com o problema mais grave”; - “O paciente do SUS não se importa nem em saber o nome do médico que está atendendo”; - “Tem paciente que não sabe que sou a enfermeira e não o médico e vem reclamar dele para

mim”; - “Tem paciente que vem aqui só pra pegar o passe de ônibus, o preservativo e reclamar do serviço para o assistente social”.

Segundo BORGES & ATIÊ (1989) as queixas dos pacientes evidenciam que os profissionais da saúde se relacionam com sua clientela como se esta não apresentasse características e necessidades específicas, referentes aos recursos pessoais e financeiros disponíveis, aos tipos de diagnósticos apresentados e formas de tratamentos prescritos.

O estudo realizado por MARSIGLIA (1994), complementar as considerações de BORGES & ATIÊ (1989), traz uma análise da interação profissional e paciente, de acordo com a perspectiva do profissional. MARSIGLIA (1994) entrevistou funcionários de uma Unidade de Saúde Pública com o objetivo de identificar "o pensar" do profissional sobre seu trabalho. Em especial, sobre a clientela atendida, a maioria dos funcionários queixou-se dos usuários do serviço, caracterizando esta população como desinteressada pelos programas de prevenção e facultativos ao tratamento. Os funcionários entrevistados relataram que estes comportamentos da clientela estavam relacionados à carência econômica dos pacientes, ao baixo nível educacional e à desqualificação do serviço público. Ainda, segundo os funcionários, se os usuários tivessem recursos financeiros fariam atendimento fora do sistema de saúde pública.

Interessante acrescentar que em outubro do ano de 1999 o JORNAL DO CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) informou que entre janeiro de 1993 e agosto de 1999 o CRM-SP recebeu 11.466 denúncias, sendo que 612 referiam-se ao tratamento interpessoal dos médicos em contato com pacientes.

Os dados apresentados nos ESTUDOS DE BORGES & ATIÊ (1989), MARSIGLIA (1994) E ANDRADE-LOPES (1997; 2001), dentre outras referências anteriormente mencionadas, legitimam os benefícios e a deterioração do relacionamento entre profissionais da saúde e pacientes, suscitando o desenvolvimento de uma pesquisa que pudesse elucidar as condições e os aspectos envolvidos no estabelecimento desta interação.

Apoiados na literatura da área da educação que investiga sobre o desenvolvimento, as aprendizagens e a formação de professores e outros agentes educacionais, a presente tese buscou utilizar e testar como ferramentas de investigação e

de intervenção, a aplicação individual de um roteiro de entrevista semi-estruturada e de um curso, de curta duração com caráter de formação continuada, visando a produção de conhecimentos e a reflexão de profissionais da saúde sobre a formação e as práticas profissionais em interação com pacientes oncológicos.

Este estudo foi orientado pela seguinte questão de pesquisa: Quais as contribuições da aplicação de uma entrevista e de um curso de formação continuada, junto a profissionais da saúde, para identificar práticas profissionais e promover a reflexão (identificação, explicitação, avaliação e inovação) sobre sua formação e o atendimento dado a pacientes oncológicos?

Esta tese foi organizada em seis capítulos, sendo que os três primeiros (I, II e III) abordam, respectivamente, os seguintes temas: “Desenvolvimento e Aprendizagem Profissional de Agentes Educacionais: aspectos teóricos e conceituais”; “A formação do profissional da saúde”; “Profissionais da saúde em interação com mulheres com câncer da mama: para uma prática reflexiva e educativa”.

O primeiro tema apresenta os modelos de formação e as práticas de professores, correlacionadas à formação de profissionais da área da saúde, como outros agentes educacionais.

O segundo tema apresenta a forte influência da formação do médico sobre a formação dos profissionais da saúde, bem como alguns exemplos de programas de formação continuada na área.

O terceiro tema apresenta o desenvolvimento e aprendizagem de habilidades interpessoais como objetivo de formação do profissional da saúde, além da defesa pela prática reflexiva e educativa deste profissional.

O IV Capítulo - “Elaboração e desenvolvimento do estudo: aspectos metodológicos” - contextualiza a proposta da pesquisa-intervenção, além de apresentar os participantes do estudo e os procedimentos de planejamento, aplicação e avaliação da entrevista e do curso.

O V Capítulo - “Formação e práticas de profissionais da saúde em interação com pacientes oncológicos” – apresenta os dados da entrevista e do curso, analisados com base nos objetivos do estudo.

O VI Capítulo - “Contribuições da Pesquisa - Intervenção” – avalia os resultados da pesquisa, em termos, teórico, metodológico e aplicado.

I- Desenvolvimento e aprendizagem profissional de agentes educacionais: aspectos teóricos e conceituais

A partir do interesse sobre a história de formação e dos processos de aprendizagens relacionados às práticas de profissionais da saúde em interação com mulheres com câncer da mama, este estudo ganhou amplitude e riqueza com a produção de conhecimentos de pesquisadores das ciências humanas, investigando sobre o desenvolvimento profissional e intervindo sobre as aprendizagens de professores e de outros agentes educacionais.

De modo geral, os estudos desenvolvidos no campo da formação de professores vêm contribuir nesta pesquisa para melhor compreendermos e avaliarmos a formação e as práticas dos profissionais da saúde em interação com seus pacientes.

Podemos dizer que tanto quanto os professores, os profissionais da saúde são agentes educacionais responsáveis pela socialização de conhecimentos que orientam as pessoas a conhecerem sobre seu mundo, sobre si mesmas e a buscarem recursos adaptativos de natureza social, política, emocional, biológica e econômica.

Apesar das diferentes formações acadêmicas entre os profissionais da saúde e entre estes e os professores, os cursos universitários que formam estes profissionais têm como referência o mesmo modelo de ensino.

O modelo de ensino na formação de professores, e de outros agentes educacionais, é o da racionalidade técnica. Este modelo pressupõe que a prática profissional constitui-se da aplicação de regras e técnicas aprendidas e de situações pedagógicas idealizadas.

Sob o modelo da racionalidade técnica as atividades profissionais regulamentadas são aprendidas por meio de cursos profissionalizantes de nível médio e superior. Neste caso, a formação profissional corresponde a um veículo de transmissão de conhecimentos e de técnicas, aplicados ao contexto de trabalho, ou ainda, têm-se como prioridade de formação o domínio teórico e a aplicação de conhecimentos científicos, desvinculados das experiências pessoais e da prática profissional.

Devemos salientar que o modelo usual de formação, alicerçado na racionalidade técnica, trouxe muitas contribuições teóricas e tecnológicas para diferentes áreas de conhecimento, em diferentes campos de atuação. Então, por que questionarmos este referencial de formação? Por que não continuarmos reproduzindo esta concepção e esta estrutura de formação profissional? Afinal, muitos profissionais aprenderam suas profissões neste modelo de formação.

A formação teórica e instrumental desenvolvida por este modelo serviu como resolução de muitos problemas sociais imediatos, mas não poderia se sustentar exclusivamente pela transmissão e pelo consumo indiscriminados e não reflexivos de um conhecimento alheio ao dos profissionais – os sujeitos que colocam em prática estes conhecimentos.

Os profissionais que compreendem que suas práticas excedem as atividades aprendidas nos cursos, que seus saberes pessoais e práticos vão além dos conhecimentos teóricos e aplicados adquiridos na formação inicial, que estes saberes podem ser transmitidos por meio de práticas educativas - que orientam as pessoas, formam opiniões, modelam práticas sociais, de educação, saúde e de cidadania - esperam pelo fortalecimento e hegemonia do modelo prático e reflexivo de ensino, bem como por um modelo prático e reflexivo de atuação profissional.

Como pressuposto fundamental do modelo prático e reflexivo de ensino tem-se que o conhecimento de uma ação profissional deve ser adquirido no contexto de origem desta ação. Isso significa aprender praticando e refletindo sobre práticas individuais e coletivas (OLIVEIRA, 1997; PÉREZ-GÓMEZ, 1992).

No ensino prático e reflexivo a interação professor - aluno é colaborativa, sendo os alunos também responsáveis pela formação. Este tipo de interação favorece uma prática que valoriza a experiência e a construção pessoal do conhecimento (MOREIRA E ALARCÃO, 1997). Em acréscimo, o ensino prático e reflexivo é caracterizado pela investigação, reflexão, ação e reflexão diária, sistemática e transformadora que tem como princípio a preparação do profissional como investigador de sua prática (ZEICHNER, 1992).

No ensino prático e reflexivo ou reflexivo e artístico o profissional também aprende fazendo. Neste modelo a racionalidade técnica é incorporada à racionalidade prática. O profissional entende que ele é, contanto com os conhecimentos

teóricos e técnicos, produtor de seus saberes profissionais, interligados ao exercício da reflexão dos saberes da formação inicial, saberes da formação continuada e saberes da experiência.

O produto mais evidente de uma formação pautada pelo modelo prático e reflexivo está nas atitudes dos profissionais em situações de resolução de problemas complexos, instáveis, singulares e que possuem conflitos de valores. Em interação com outros profissionais e com as pessoas que precisam de seus serviços o profissional é capaz de integrar conhecimentos e técnicas conhecidas, além de testar hipóteses, elaborar, experimentar, modificar rotinas de trabalho e recriar estratégias e procedimentos de intervenção (PÉREZ-GÓMEZ, 1992).

Donald Schön estudou o desenvolvimento destas atitudes e habilidades que podem ser compreendidas, inicialmente, como consequência de um processo de *diálogo reflexivo* entre o profissional e a situação problemática. O modelo prático e reflexivo de formação profissional emerge a partir da década de 1980, contando com Donald Schön como difusor (GARCÍA, 1992; MOREIRA E ALARCÃO, 1997; OLIVEIRA, 1992; PÉREZ-GÓMEZ, 1992; SCHÖN, 1992; ZEICHNER, 1992).

A partir da década de 1980, o termo reflexão, além de ser um dos mais utilizados na área de formação de profissionais, foi concebido como instrumento de desenvolvimento de pensamentos e de ações, por meio do qual os profissionais aprendem analisando e interpretando sua prática (GARCÍA, 1992; SCHÖN, 1992).

Refletir implica, segundo PÉREZ-GÓMEZ, *imersão consciente do homem no mundo da sua experiência, um mundo carregado de conotações, valores, intercâmbios simbólicos, correspondências afetivas, interesses sociais e cenários políticos* (pág. 103; 1992). Em contato com o mundo da experiência (com o contexto de uma atividade profissional) é que se pode tomar consciência, identificar, reconhecer e recriar conhecimentos e práticas.

A reflexão sobre a ação e na ação é atividade essencial para que os profissionais possam organizar e sistematizar conhecimentos, relacionar e justificar suas ações no contexto de trabalho, identificar situações problemáticas, questionar convicções e crenças, incluindo a confrontação das mesmas com as práticas e referenciais teóricos de seus colegas (SCHÖN, 1992; MOREIRA E ALARCÃO, 1997).

Desta forma, PÉREZ-GÓMEZ (1992), baseado em Schön, destaca os conceitos de *conhecimento-na-ação*, *reflexão-na-ação* e *reflexão sobre a reflexão-na-ação*.

Se toda ação envolve conhecimento, ainda que seja uma ação automatizada, mecânica e de rotina, o *conhecimento-na-ação* é o saber fazer. Dando seguimento, a *reflexão-na-ação* ocorre no tempo da ação e, essencialmente, envolve a reorganização e intervenção sobre uma situação anteriormente planejada. O processo de *reflexão-na-ação* é movido pela confrontação de teorias, de convicções e de valores, assim como pode produzir esta confrontação, que pode sensibilizar o profissional para adesão e para a construção de novas teorias, conceitos e aprendizagens.

Mesmo considerando as dificuldades de descrição dos processos cognitivos que envolvem a reestruturação de ações planejadas, podemos caracterizar didaticamente a *reflexão-na-ação* em quatro momentos (SCHÖN, 1992). Transpondo para a prática do profissional da saúde estes momentos estariam relacionados: 1- ao contato inicial do profissional com os pacientes e suas queixas; 2- à identificação e à descrição de aspectos da demanda que mais chamaram à atenção do profissional da saúde; 3- à análise destes aspectos, estabelecendo relações entre eventos e acrescentando novos dados e hipóteses; 4- ao teste e à avaliação das análises anteriores e de novas questões introduzidas pela demanda.

A *reflexão sobre a ação e sobre a reflexão-na-ação* ocorre quando o profissional analisa o que faz, após o que fez. O profissional analisa as características e os processos de sua ação, implicando compreensão e reconstrução da própria prática.

Importante mencionar que no processo de reflexão sobre a ação e sobre a *reflexão-na-ação* são consideradas dimensões individuais e coletivas de análise, não apenas referentes às características da situação problemática, mas também referentes aos procedimentos utilizados na fase de diagnóstico, de definição do problema, de determinação de metas, de escolha de meios e, o mais importante para PERÉZ-GÓMEZ (1992), dos esquemas de pensamentos, teorias implícitas, convicções e formas de representar a realidade dos profissionais quando enfrentam situações problemáticas, incertas e conflituosas.

As considerações a seguir de PÉREZ-GÓMEZ (1992), acerca das características de um modelo reflexivo para formação de professores, também podem

orientar a formação de profissionais da saúde. O modelo reflexivo de formação caracteriza-se:

- 1- Pela prática como eixo central do currículo de formação. Característica oposta às formações que colocam as situações práticas no final do currículo de formação, visando a aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso. A prática não é compreendida aqui como reprodução de esquemas e rotinas acumuladas e transmitidas ao longo do tempo, e sim, como produto do processo de socialização profissional. Portanto, compreende-se que a partir da prática pode-se desenvolver teorias, técnicas, valores, rotinas, práticas educativas;
- 2- Pela negação da separação teoria e prática. Os conhecimentos teóricos, inquestionavelmente importantes, devem ser reconhecidos como úteis a partir dos problemas concretos da prática do profissional;
- 3- Pela aprendizagem de uma profissão no ambiente de trabalho real. As situações de trabalho devem ser concebidas como ambientes formativos, como uma comunidade de aprendizagem, visto que a socialização profissional ocorre dentro das organizações;
- 4- Por projetos colaborativos entre centros de desenvolvimento profissional e universidades;
- 5- Pela integração dos problemas da prática aos conhecimentos das ciências básicas e aplicadas. Para tanto, os métodos de investigação etnográficos e qualitativos podem servir de modo eficaz nos estudos de situações conflituosas da prática (como é o caso da interação profissional da saúde e paciente).

Podemos complementar as considerações de PÉREZ GÓMEZ (1992) com os escritos de GARCÍA (1992) a respeito das três atitudes essenciais de um profissional reflexivo:

- 1- Atitude de escuta e de respeito com diferentes perspectivas. Implica prestar atenção às alternativas disponíveis, indagar erros, investigar evidências conflituosas, procurar várias respostas para a mesma pergunta, refletir sobre a forma de melhorar o que já existe;

- 2- Atitude de responsabilidade. Evocadas como produto da avaliação das conseqüências de plano, de um projeto, considerando os propósitos educativos e éticos da profissão;
- 3- Atitude de entusiasmo e de disposição para exercer a atividade profissional. Caracterizada pela curiosidade, energia, voluntarismo, capacidade de renovação e de luta contra a inoperância produzida pela rotina e pela prática automatizada.

Ainda segundo GARCÍA (1992) três categorias de reflexão ou de análise podem ser descritas, a saber: reflexão técnica, reflexão prática e reflexão crítica. A reflexão técnica corresponde à análise das ações explícitas do profissional, passíveis de serem observadas por outros. A reflexão prática implica no planejamento do que se vai fazer e na reflexão do que foi feito. A reflexão crítica implica na análise ética e política da própria prática, bem como de suas repercussões contextuais, sendo considerada imprescindível para o desenvolvimento de uma consciência crítica das limitações impostas e de possibilidades de ações de ordem social, cultural e ideológica do sistema educativo.

PÉREZ GÓMEZ (1992) enfatiza a importância do diálogo reflexivo do profissional e sua prática. O autor destaca que quando a prática torna-se automatizada, pelo tempo, o comportamento do profissional torna-se também insensível às diferentes oportunidades de aprendizagens promovidas pela reflexão da prática.

Nas palavras de PÉREZ GÓMEZ (1992):

“O conhecimento prático vai se fossilizando (...), aplicando indiferentemente os mesmos esquemas a situações cada vez menos semelhantes. Fica incapaz de entabular o diálogo criativo com a complexa situação real. Empobrece-se o seu pensamento e a sua intervenção torna-se rígida. Progressivamente torna-se insensível às peculiaridades dos fenômenos que não se encaixam nas categorias do seu empobrecimento prático e cometerá erros que nem sequer conseguirá detectar” (pág. 105).

Mais do que um contexto de aplicação, a prática reflexiva é também concebida como um campo de investigação, ou ainda, como um processo de investigação e ação, favorecendo e produzindo novas aprendizagens profissionais (PÉREZ GÓMEZ, 1992).

O modelo prático e reflexivo, de ensino e de atuação, pode para a formação de profissionais na área da saúde abrir espaços a novos conhecimentos, experiências, descobertas, invenções, reflexões sobre os relacionamentos interpessoais estabelecidos entre profissionais e pacientes e entre profissionais e equipe de trabalho.

Segundo CORREIA (1997) seria impossível escrever a respeito da formação profissional sem estabelecer relações de recíproca influência com o “*mundo do trabalho*” e suas transformações.

Pelo trabalho e no trabalho as pessoas adquirirem recursos econômicos de subsistência, no entanto, e principalmente, exercitam práticas sociais responsáveis pela sobrevivência evolutiva da humanidade, tais como: a autonomia para produzir/criar, (re) produzir, transformar seu mundo físico, intelectual, emocional e interpessoal; e a cidadania para desenvolver e comprometer-se com regras e normas de convivência social (CANÁRIO, 1997; DUBAR, 1997).

Destacadas as funções essenciais da atividade laboral para a humanidade podemos apresentar as considerações de CORREIA (1997) que, historicamente, pontuou o surgimento e a coexistência de dois tipos de relações que se estabeleceram entre formação profissional e trabalho. A primeira relação, menos evidente e discutida no âmbito das políticas educacionais, mas permanentemente vigente, é a de “*regulação social*”; e a segunda, mais lembrada e menos exercida, é a de “*socialização dos saberes de uma profissão*”.

Adventos do início do século XX, como a escolaridade obrigatória e a planificação do sistema escolar, desempenharam papéis importantes de regulação social. Estes adventos tanto estabeleceram o fluxo de entrada dos jovens no trabalho, serviram de justificativa para o desemprego (falta de mão de obra qualificada) e fortaleceram modelos de produção padronizada, realizada por trabalhadores semiqualeificados e disciplinados que executavam suas atividades de maneira isolada (modelos *Taylorista e Fordista*); quanto abriram espaços para outras exigências sociais e econômicas do século XXI (CORREIA, 1997; HIRATA, 1997).

Segundo HIRATA (1997) as exigências sociais e econômicas do século XXI se contrapõem aos modelos do tipo *Taylorista e Fordista*. Estes modelos de produção padronizada foram substituídos por um modelo tecnológico, de alta produção e de alta qualidade. A reorganização do sistema de produção ocasionou,

necessariamente, mudanças de função e de qualificação dos trabalhadores, ou seja, da pessoa que opera diretamente sobre o produto ou sobre a máquina que o produz. A exemplo desta mudança de organização do trabalho, temos o operário japonês (operário *toyista*), um operário multifuncional, com capacidade de criar, intervir, propor e solucionar problemas; e as divisões de funções e atividades menos fragmentadas e mais integradas.

As mudanças nos modelos de produção, de acordo com a análise de HIRATA (1997), estendem-se para as relações interpessoais dos trabalhadores, influenciando na socialização familiar, educação, desenvolvimento e formação do profissional.

Podemos ainda salientar que a formação profissional, como função de socialização de saberes de uma profissão, caracteriza o trabalho como atividade que produz um bem comunitário de subsistência, além do reconhecimento social e financeiro do indivíduo. De outra forma, a formação profissional como função de regulação social se vincula ao trabalho de modo utilitário, para qualificação de mão de obra e de reserva de mercado.

No bojo das relações entre formação e trabalho, seja de caráter utilitário, para qualificação técnica do trabalhador, ou de caráter de socialização de saberes, duas formas de identidade profissional emergiram - uma voltada à valorização do diploma e a outra voltada à experiência do ofício (DUBAR, 1997).

A "*lógica do diploma*" exprime uma concepção escolar de formação, como meio de adquirir títulos socialmente valorizados. Neste caso, há predominância de saberes teóricos no processo de formação. A "*lógica do ofício*", na qual predomina os saberes técnicos, concebe a formação escolar como um aperfeiçoamento de uma especialidade. Principalmente porque as pessoas podem obter progressão na carreira com este aperfeiçoamento (DUBAR, 1997).

A "*lógica do ofício e a do diploma*" descrita por DUBAR (1997), aparecem com maior evidência nas décadas de 1960 e 1970, associadas, respectivamente, às pessoas sem qualificação universitária para o mercado de trabalho e às pessoas graduadas e pós-graduadas a procura de novos espaços no mercado de trabalho.

No Brasil, nas décadas de 1960 e 1970, dirigentes da ditadura militar

iniciaram obras e projetos com o objetivo de transformar o país em uma nação potência. Para tanto, era necessário o trabalhador qualificado, tornando-se foco de interesse elevar os índices de escolaridade da população, visando impulsionar o crescimento econômico. O país precisava de profissionais qualificados, cabendo às instituições de ensino superior formar esse contingente diplomado (SOBRINHO, 1998).

Na década de 1990, apesar da *"lógica do diploma"* ser ainda hegemônica, vem se fortalecendo uma nova concepção de formação profissional fundamentada em uma perspectiva interacionista de desenvolvimento humano, que objetiva integrar saberes científicos, técnicos e pessoais (DUBAR, 1997; TARDIF, LESSARD, LAHAYE, 1991; TAVARES, 1997).

No âmbito da formação de professores, o termo "desenvolvimento profissional" veio marcar o caráter permanente e processual da formação, implicando aquisição, construção e (re) construção de saberes científicos, teóricos, técnicos, curriculares, disciplinares e experienciais, produzidos dentro e fora do contexto de trabalho (CORREIA, 1997; DUBAR, 1997; GARCÍA, 1999; TARDIF, LESSARD, LAHAYE, 1991; TAVARES, 1997).

A concepção de formação vinculada ao desenvolvimento, além de transpor a tradicional cisão entre formação inicial e formação continuada, excedeu os limites da formação escolar e estendeu os contextos de aprendizagens - da sala de aula para o trabalho – abrindo espaço para investigações sobre aprendizagens profissionais integradas às experiências pessoais e organizacionais.

De acordo com uma perspectiva interacionista de desenvolvimento humano, que pressupõe influências recíprocas entre o indivíduo e ambiente físico e social, podemos considerar que as percepções, as concepções, as atitudes, as formas de apreender e de organizar conhecimentos, valores e crenças são resultantes da síntese de nossas experiências pessoais, em integração com o ambiente familiar, escolar e social (BRONFENBRENNER, 1996; SIMÕES & SIMÕES, 1997).

Sendo assim, a formação profissional também implica investimento pessoal, trabalho livre, criativo e projetos próprios de formação. Na base do percurso de formação profissional deveria estar o desenvolvimento da autonomia de pensamentos e de responsabilidade com a própria formação, reforçando a importância do saber da experiência pessoal e dos projetos de ação e transformação dos sistemas educativos.

Nesta perspectiva, a formação para o trabalho deve seguir os percursos e a dinâmica da vida, possibilitando o desenvolvimento e a construção de uma identidade profissional. Para tanto, devemos ressaltar que o exercício de conhecimento e de reconhecimento de quem somos, o que fazemos e das consequências pessoais e sociais que produzimos, em interação com outras pessoas, em diferentes contextos, tornam-se importantes elementos que caracterizam as práticas profissionais (SANTIAGO, ALARCÃO E OLIVEIRA, 1997; SIMÕES & SIMÕES, 1997; TAVARES, 1997).

Diferentemente de uma orientação formativa da profissão baseada na definição criteriosa da aquisição e aplicação do conhecimento científico, destaca-se a importância de uma concepção de formação centrada no referencial do profissional. As percepções pessoais e do outro, os significados e as representações das experiências, dos valores, das atitudes e das concepções são elementos que compõem o percurso da formação e da prática do profissional (SIMÕES & SIMÕES, 1997).

Defende-se portanto, neste estudo, uma abordagem de formação profissional que supera o caráter predominantemente individualista das atividades de formação inicial e continuada, valorizando o contexto no qual ocorrem as aprendizagens técnicas, interpessoais e organizacionais (CANÁRIO, 1997; DUBAR 1997).

Ressaltam ainda SIMÕES & SIMÕES (1997) que formação profissional não é produto de acumulação de cursos, tão pouco se restringe a um contexto, como por exemplo, o da escola. Segundo estes autores, a formação profissional é essencialmente constituída pelo exercício de reflexão crítica sobre as práticas profissionais.

Desta forma, os saberes científicos, pedagógicos e pessoais devem estar relacionados (TAVARES, 1997):

- 1- Às diferentes áreas de conhecimento e disciplinas, que buscam compreender fenômenos físicos, químicos, biológicos, psicológicos, educacionais, sociais, históricos, éticos, artísticos, religiosos e culturais. Pressupõe-se que, com o mesmo rigor científico, metodologias possam ser desenvolvidas para explicar e compreender, de modo sistemático, estes fenômenos;
- 2- Aos conteúdos que devem ser aplicados, transmitidos, comunicados por meio de processos e técnicas adequadas, em função do contexto de vida e desenvolvimento biológico, social, emocional das pessoas;

- 3- Às experiências individuais e coletivas vividas e constituídas em contextos familiares, comunitários e de trabalho. Estas experiências são importantes porque retratam a história de vida da pessoa, como também descrevem a história de aprendizagens, meio pelo qual podemos transformar, desenvolver e contribuir.

De acordo com esta perspectiva de integração de saberes, compreende-se que o desenvolvimento profissional, os cursos de formação e o contexto organizacional do trabalho concretizam-se em atitudes permanentes de investigação, de questionamento, de busca de soluções e de transformação, em qualquer área de conhecimento ou campo de atuação profissional.

Em síntese, espera-se que a integração dos saberes científicos-pedagógicos- e pessoais possibilitem que o processo formativo seja caracterizado por discussões sobre a profissão, sobre a prática do profissional e sobre as necessidades da sociedade (GARCÍA, 1999; SIMÕES E SIMÕES, 1997).

Na literatura da área da educação podemos também encontrar diferentes referências à formação que se estendem ao longo da vida, a saber: educação permanente, educação recorrente, educação contínua, educação continuada, formação permanente, formação contínua e formação continuada (DESTRO, 1995; GARCÍA, 1999; MARIN, 1995).

Subjacente a estas referências, que se apóiam em contextos e sistemas educativos² diversificados, está o compromisso de fazer da formação um movimento político e de cidadania, um ambiente de desenvolvimento do indivíduo e um instrumento de produção, de transmissão, de reflexão, de transformação, de socialização de conhecimentos e de atitudes (COLE E KNOWLES, 1993; CHANTRAINE-DEMALLI, 1992; DESTRO, 1995; GARCÍA, 1999; MARIN, 1995; OLIVEIRA, 1997; STROILI E GONÇALVES, 1995).

Estes compromissos não estão relacionados à expansão do ensino no

² DESTRO (1995) escreve sobre a existência de três sistemas educativos: a) formal - que é escolarizado, seriado e institucionalizado; b) não-formal – com atividades organizadas que são desenvolvidas fora do sistema escolar; c) informal – constituído espontaneamente ao longo da vida, por meio de experiências cotidianas e de recursos educativos procedentes do ambiente familiar, grupo social, mídia e trabalho.

século XX. A concepção predominante era de treinamento e de qualificação, visando, por exemplo, no caso da pós- formação, a compensação das deficiências e o preenchimento das lacunas do sistema escolar formal (CORREIA, 1997; DESTRO, 1995).

Podemos contrastar as concepções vigentes de formação por meio da revisão conceitual e da análise de MARIN (1995), acerca dos termos que se traduzem em procedimentos e objetivos de intervenção e junto à formação de profissionais. São os termos: treinamento, aperfeiçoamento, capacitação, educação permanente, educação contínua e formação continuada.

De um lado estão as propostas de reciclagem, de aperfeiçoamento, de treinamento e de capacitação. E de outro, as propostas de educação permanente, educação continuada e formação continuada (MARIN, 1995).

De acordo com a análise de MARIN (1995) pode-se constatar que os procedimentos de reciclagem, de treinamento, de aperfeiçoamento e de capacitação têm sido utilizados como instrumentos de manipulação e de reprodução de conteúdos teóricos, descomprometidos com a prática do profissional, porém bastante comprometidos com uma política de produção eficiente.

O termo reciclagem foi adotado para caracterizar todas as atividades que poderiam promover a atualização técnica dos profissionais em exercício, de modo rápido e direcionado a mudanças específicas. Para MARIN (1995), assim como para GARCÍA (1999), o verbo reciclar fere diretamente as qualificações do profissional, colocando seus conhecimentos na condição de obsoletos, descartáveis e ao mesmo tempo, se atualizados, passíveis de serem reaproveitados, com novas habilidades e funções (procedimento comparado à tecnologia de reciclagem de materiais).

O procedimento de treinamento enfatiza as habilidades que podem ser automatizadas, se colocarmos os profissionais da saúde em atividades de exposição intensivamente. Reconsidera MARIN (1995) que este procedimento produz parte importante dos comportamentos e das habilidades profissionais necessárias e básicas, porém não suficientes.

Assim como a reciclagem o procedimento de aperfeiçoamento traz implicitamente a noção de desqualificação dos conhecimentos, das habilidades e das práticas do profissional da saúde. A meta de perfeição colocada à prática profissional e

imune aos erros, contraria os princípios de desenvolvimento e de processo inerentes à concepção de educação e de formação profissional. Segundo MARIN (1995) o aperfeiçoamento pode ser válido se concebido como um processo de aprendizagem de ações e de atitudes, após identificação de equívocos e de erros cometidos na prática profissional.

Capacitar também é um dos principais objetivos da formação de profissionais, principalmente quando este termo se refere aos conhecimentos, as habilidades e as atitudes que podem ser aprendidas, e que não são consideradas inatas. Porém, MARIN (1995) critica o uso deste procedimento para impor idéias e vender propostas de atuação restritas e inquestionáveis, em nome da inovação.

MARIN (1995) reúne, em um mesmo bloco, os termos educação permanente, educação contínua e formação continuada por se tratarem de procedimentos de intervenção que partem do conhecimento dos profissionais e de todos os elementos pessoais, situacionais e sociais que contribuem para produção deste conhecimento, como pressuposto básico de formação.

Tanto a educação permanente quanto à educação continuada constituem-se, segundo MARIN (1995), em legítimas práticas sociais que mobilizam saberes profissionais, que se integram à vida, ao trabalho e ao lazer.

Em destaque, no Brasil a formação continuada é o procedimento de intervenção mais utilizado. Diz-se do conceito de formação continuada que é toda atividade em que o profissional (em exercício) se engaja, com a finalidade de conhecer e refletir sobre sua prática, buscando mudanças que possam produzir efeitos positivos de desenvolvimento pessoal e profissional (COLE E KNOWLES, 1993; GARCÍA, 1999, MARIN, 1995).

O procedimento de formação continuada, destaca CHANTRAINE-DEMAILLY (1992), pode ser classificado em duas categorias: formais e informais. De modo informal, a formação continuada pode ocorrer por meio de aprendizagens situacionais, adquiridas por contato, imitação e observação. De modo formal, a formação continuada ocorre por meio de procedimentos de aprendizagens sistematizadas e planejadas, independentes do tempo de duração ou lugar de realização.

Análise importante a ser considerada é feita por SSANTIAGO, ALARCÃO E OLIVEIRA (1997). Estes estudiosos escreveram que mudanças

individuais em relação à prática profissional não podem ser colocadas sob responsabilidade exclusiva da formação contínua. Os autores advogam que as mudanças na prática individual devem ser assumidas pelos profissionais em formação continuada e apoiadas pelo ambiente organizacional e educacional de trabalho. Complementam os autores que a formação continuada tem como objeto de mudança os sistemas sociais e organizacionais, que enquadram e que envolvem a formação do profissional. Para tanto, os recursos e os procedimentos de intervenção da formação continuada devem incidir sobre estes sistemas ou com vista a atingir os mesmos (SANTIAGO, ALARCÃO E OLIVEIRA, 1997).

Apoiados em SANTIAGO, ALARCÃO E OLIVEIRA (1997) podemos complementar que a formação continuada é campo de investigação dos saberes da prática profissional, além de ser campo de intervenção sobre as práticas estudadas. Além disso, um programa de formação continuada, com o objetivo de investigação e de intervenção, necessariamente, deve estar relacionado a uma prática profissional - ser situacional e contextualizado (de preferência realizado no ambiente de trabalho), ser colaborativo e participativo (profissionais pesquisadores/coordenadores e profissionais participantes), ser auto-avaliativo e em última análise, ser orientado por um interesse emancipatório que possa favorecer o pensamento reflexivo do profissional, direcionado a mudanças (COLE E KNOWLES, 1993; GARCÍA, 1999; MOREIRA E ALARCÃO, 1997; REALI, PERDIGÃO, BUENO E RODRIGUES DE MELO, 1995).

Cabe destacar que sob orientação das ciências da educação e das ciências humanas, a formação continuada como procedimentos de investigação e de intervenção, sobretudo, vêm buscando:

- 1- compreender e reduzir a dicotomia entre teoria e prática profissional;
- 2- desenvolver e capacitar o profissional como cidadão, consciente e engajado nos problemas de relevância coletiva;
- 3- promover a crítica, a autonomia e a criatividade, fundamentadas nos processos de ação - reflexão - ação;
- 4- manter o caráter duradouro e permanente dos programas que não se restringem a cursos de curta duração;
- 5- promover diferentes momentos e formas de reflexão sobre os conhecimentos historicamente acumulados, bem como promover o compromisso dos

- profissionais na co-construção de outros conhecimentos;
- 6- desenvolver o posicionamento de respeito e de flexibilidade do profissional diante da diversidade e desenvolver sua capacidade de tomada de decisão;
 - 7- fortalecer a identidade do profissional como sujeito do processo de formação e de desenvolvimento;
 - 8- orientar e encorajar o profissional à prática reflexiva;
 - 9- promover a troca de experiências, de diálogo e de colaboração entre profissionais e provedores dos programas de formação continuada (OLIVEIRA, 1997; STROILI E GONÇALVES, 1995).

Concordantes com os pressupostos e objetivos relacionados anteriormente e compartilhando com MAURICE TARDIF a respeito do conceito de Educação: “conjunto de processos de formação e de aprendizagem elaborados socialmente e destinados a instruir os membros da sociedade com base nesses saberes” (p.31, 2002), o presente estudo também objetivou promover, durante uma entrevista e um curso de formação continuada, um ambiente educacional, de reflexão e de aprendizagens de profissionais da saúde, com diferentes formações acadêmicas.

II- A formação do profissional da saúde

A partir do século XIX a medicina tornou-se representante oficial do pensamento científico produzido pelas ciências naturais e pelos pressupostos filosóficos do Positivismo Lógico. A profissão do médico, como uma das práticas profissionais mais antigas, tornou-se referência para o surgimento de outras profissões e para a formação de profissionais que poderiam atuar na área da saúde, dentre estes, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, biólogos e dentistas (CANÁRIO, 1999).

Do século XIX até a primeira metade do século XX a prática médica de investigação, diagnóstico e tratamento das doenças esteve exclusivamente relacionada ao modelo biomédico.

O modelo biomédico, principalmente no mundo ocidental, sobrepujou a prática da medicina popular (não especializada e caseira) e se fortaleceu nas descobertas de agentes causais das doenças, de instrumentos de diagnóstico e de medicamentos para o tratamento de enfermidades, que por séculos colocaram as pessoas acometidas em condição de estigma e de isolamento, como por exemplo, a hanseníase, o câncer, as deficiências e as doenças mentais (DEJOURS, 1986).

De acordo com a perspectiva deste modelo hegemônico o conceito de saúde foi vinculado à ausência de manifestações de disfunções orgânicas, bem como à prática médica baseada, prioritariamente, na eliminação da doença.

No contexto das descobertas e das inovações da área médica (contando com exames especializados, diferentes tipos de tratamentos cirúrgicos, medicações de última geração) a interação de médicos e pacientes configurou-se de modo impessoal e estereotipada. Para o médico, o paciente tornou-se o semblante da doença, um quadro nosológico (um número do Código Internacional de Doenças - CDI) e para o paciente, o médico tornou-se uma entidade de cura (PORRO, 1987; SARANO, 1978).

As contribuições do modelo biomédico para o tratamento das doenças da humanidade foram, e ainda são, inestimáveis. No entanto, a antiga perspectiva hipocrática foi despertada pela resistência de algumas doenças aos avanços da medicina,

aos altos custos de tratamento e às evidências de que curar não significa, necessariamente, restabelecer à saúde.

Nos escritos de Hipócrates, pai da medicina da antiguidade grega, saúde *“requer um estado de equilíbrio entre influências ambientais, modos de vida e os vários componentes da natureza humana (...) humores e paixões, que têm de estar em equilíbrio”* (CAPRA, 1982, pág. 305).

No estatuto da Organização Mundial da Saúde (OMS) a saúde é definida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e portanto, mais do que a ausência de doenças (CAPRA, 1982; DEJOURS, 1986).

Apesar da definição da OMS suscitar críticas, por atribuir significado estático e perfeito à saúde, apenas destacaremos a importância do conceito amplo e ecológico, evidenciados pela organização e nos prescritos de Hipócrates, que consolidam o modelo biopsicossocial de compreensão, investigação e intervenção na saúde.

No modelo biopsicossocial aspectos emocionais e sociais passam a ser considerados na avaliação das condições de vida das pessoas, bem como relacionados à etiologia e ao desenvolvimento de uma enfermidade. Neste modelo os termos saúde e doença são considerados binômios (saúde-doença), inter-relacionados às dimensões biológicas, emocionais e sociais dos indivíduos (DEJOURS, 1986; GIMENES, 1994; SPINK, 1992).

O modelo emergente mobilizou pesquisadores e profissionais preocupados amplamente com a qualidade de vida humana³ e, particularmente, com os recursos psicossociais adaptativos dos pacientes, disponíveis para minimizar, terminar ou mesmo evitar condições adversas (GIMENES, 1994).

Ao final do século XX e início do século XXI podemos constatar o fortalecimento do modelo biopsicossocial, ampliando sua influência nos questionamentos e nas avaliações dos serviços prestados, nas políticas sociais e educativas providas e, sobretudo, nos objetivos da formação e da prática dos profissionais (CANÁRIO, 1997).

Mesmo com o fortalecimento do modelo emergente - biopsicossocial, na

³ O termo qualidade de vida expressa as condições de acesso a diferentes recursos que são necessários para garantir o desenvolvimento humano, bem como garantir a aprendizagem de atitudes que favorecem sua sobrevivência física e social, levando em conta o contexto cultural e os sistemas de valores

prática ainda constatamos que prevalece o modelo de interação profissional-paciente, reduzido ao relato de sintomas disfuncionais e à prescrição de medicação. Por que esta prática prevalece? E quais os elementos que poderiam estar relacionados a uma prática imune às dimensões emocionais, sociais, culturais, educativas da vida dos pacientes?

Como possível resposta temos que o modelo biomédico está historicamente sedimentado no conhecimento racional e científico de saúde, baseado na observação objetiva e nos dados clínicos atestados por diferentes exames de laboratórios. Além disso, é predominante o posicionamento do profissional, orientado pelo princípio cartesiano, de que o homem é uma “máquina corporal” que necessita de reparos, de consertos, de intervenção médica e/ou medicamentosa. Enfim, neste contexto, aspectos emocionais, sociais e ambientais, envolvidos na manifestação da enfermidade, são negligenciados.

Segundo CANÁRIO (1997) a formação do profissional da saúde favorece diretamente o estabelecimento e a manutenção de práticas de interação que colocam para o profissional a exclusiva responsabilidade sobre a saúde do paciente. Acrescenta o autor que o *ponto nevrálgico* da prática do profissional da saúde é colocar o relacionamento interpessoal (profissional-paciente), em nível inferior à intervenção técnica.

Esta “neuralgia” também advém do modelo biomédico, legitimando que conhecimentos acadêmicos estão acima de qualquer necessidade do senso comum, no caso, os sintomas são mais relevantes do que qualquer informação apresentada pelo paciente, de seu estado emocional, de sua história familiar ou de sua situação social.

Nos cursos de formação inicial de profissionais da saúde, temas como "Interação Humana e Relacionamentos Interpessoais" são avaliados como menos importante, se comparados à aprendizagem de procedimentos de diagnóstico e de intervenção, orientados exclusivamente à cura das doenças (BELLODI, 2001, KLAFKE, 1991; KOVÁCS, 1995; NOGUEIRA-MARTINS, 2001; RODRIGUES & BRAGA, 1998).

A formação básica dos profissionais da saúde é identificada como estritamente escolarizada, orientada para a capacitação individual, com objetivo explícito – o domínio de saberes científicos que podem ser diretamente aplicáveis. Além

disso, como característica desta formação há a valorização excessiva da qualificação do profissional (disciplinas, cursos, estágios) em detrimento do desenvolvimento de habilidades importantes para o exercício pleno de uma profissão científica e técnica, mas também interpessoal (CANÁRIO, 1997).

O percurso da formação do profissional da saúde tem sido; 1- o curso universitário (básico), constituído de um conjunto de informações, de conhecimentos e de saberes prévios, muitas vezes disfuncionais em relação ao contexto real do exercício profissional; 2- os cursos de formação continuada, que se constituem em suplementos, ainda que teóricos e técnicos, que mais se aproximam das necessidades que emergem da prática imediata dos profissionais em interação com a clientela atendida.

Podemos ainda considerar que na maioria das organizações de saúde pública ou privada não existe um momento ou espaço institucionalizado (como por exemplo, se tem na área da educação - “Horas de Trabalhos Pedagógicos Coordenados – HTPCs”) para discussão e reflexão de práticas multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares dos profissionais⁴.

Nas instituições que reúnem seus profissionais periodicamente, o fazem com o objetivo de discutir a doença do paciente, como cada especialidade pode ajudá-lo, de acordo com seus conhecimentos específicos (teóricos e técnicos). Em casos de enfermidades graves, como câncer, a equipe de especialistas se reúne para constituição de uma rede de apoio para enfrentar as condições difíceis de sofrimento do paciente e de sua família.

No Brasil tem-se o registro de programas desenvolvidos com equipes de saúde que atendem pacientes oncológicos, a saber: "Programa Cuidando do Cuidador", realizado no Hospital Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (RODRIGUES & BRAGA, 1998); o atendimento psicossocial à equipe do Serviço de Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein (VEIT, CHWARTZMANN E BARROS, 1998); o serviço de assistência e apoio técnico - psicológico à equipe de saúde da Unidade

⁴ A prática multidisciplinar é caracterizada pela atenção dada ao paciente por diferentes especialistas, por exemplo, numa unidade básica de saúde o paciente tem uma equipe mínima para atendê-lo, composta de médicos, de enfermeiros, de assistente social, de nutricionista e de psicólogo. A prática interdisciplinar engloba a prática multidisciplinar, acrescida pelas discussões, avaliações, encaminhamentos e acompanhamentos dos casos atendidos pelos profissionais da equipe. A prática interdisciplinar, das três modalidades de atuação em equipe, é a mais complexa, porque além do atendimento multidisciplinar e interdisciplinar, esta prática pressupõe o reconhecimento da interface entre as diferentes atuações profissionais, o rompimento das supostas fronteiras disciplinares do conhecimento e o trânsito das

Oncológica Dr. Mauá Cavalcante Sávio de Anápolis - Goiás (COSTA NETO, 1998); estudos de caso e mesas - redondas do Serviço de Psico - Oncologia do Hospital Araújo Jorge (OLIVEIRA, 1998) e o grupo "Cuidar de quem cuida" do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (MASSETI, 1999).

O Programa “Cuidando do Cuidador” do Hospital Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará é desenvolvido pela equipe do Núcleo de Estudos em Psico-Oncologia. Este programa surgiu a partir da necessidade de discutir questões como o estresse e a qualidade de vida dos profissionais da saúde, que vivem rotinas de dor, sofrimento e angústia (RODRIGUES & BRAGA, 1998). Do programa participam enfermeiras, nutricionistas, psicólogas e assistentes sociais. O programa é dividido em quatro módulos: 1) Conscientização e sensibilização na descoberta do estresse – neste módulo o objetivo é discutir sobre o estresse (como cada um o compreende, como acontecem as repercussões no corpo e no comportamento social, quais os aspectos que o aumentam), a fim de melhor compreender as emoções e proporcionar interações saudáveis; 2) Transformando o estresse: a comunicação do corpo – profissional da saúde/equipe/paciente – neste módulo objetiva-se refletir sobre a dimensão de como é cuidar e sentir-se cuidado, a fim de capacitar o profissional da saúde para lidar melhor com as situações causadoras do estresse, tanto de si como para os outros; 3) Uma história que se oculta do corpo – saúde *versus* doença – neste módulo são discutidos os seguintes temas: saúde e doença, o processo de adoecer e sua recuperação e a doença e suas metáforas; com o objetivo de proporcionar orientação, apoio psicossocial e a proximidade afetiva entre profissional da saúde – equipe – paciente; 4) Vivendo e morrendo no hospital – a morte como experiência de vida – neste módulo discute-se a representação que os profissionais da saúde têm de suas mortes e de seu morrer, com o objetivo de possibilitar maior compreensão sobre o processo de perda e separação.

O programa CREIO (Centro de Reforço, Esclarecimento e Informação Oncológica) realizado no Hospital Israelita Albert Einstein, tem desenvolvido a orientação a pacientes e/ou familiares; as intervenções psicossociais para pacientes (psicoterapia breve); os atendimentos familiares; as discussões de casos clínicos para a equipe profissional da saúde; os grupos de vivência; os grupos para pacientes oncológicos em radio e quimioterapia; o grupo aberto em sala de espera; a produção de

material educativo e terapêutico, além de projetos de pesquisa e estudos científicos (VEIT, CHWARTZMANN E BARROS, 1998). Especificamente, o objetivo principal do atendimento psicossocial à equipe está na resolução de conflitos e de dificuldades relacionadas ao trabalho com pacientes oncológicos. Para tanto, são apresentadas as experiências vividas no cotidiano do profissional da saúde; os papéis e as funções desempenhadas em cada especialidade; e as relações de cooperação, de respeito e de cumplicidade da equipe. Os encontros são realizados quinzenalmente, durante o expediente, e aberto a todos os profissionais da saúde interessados.

A Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG) é uma entidade privada, sem fins lucrativos e de natureza filantrópica. A associação é composta por seis unidades, dentre elas a Unidade Oncológica Dr. Mauá Cavalcante Sávio de Anápolis. A ACCG desenvolve: projetos de prevenção primária do câncer (Programa Latino-Americano Contra o Câncer e Grupo Interdisciplinar Anti Tabaco); serviços de preparação psicológica para consulta de prevenção global, avaliação, orientação e apoio psicológico antes e após diagnóstico aos pacientes; orientação sexual individual e de casal; pesquisas realizadas durante as campanhas de prevenção secundária (visando identificação e diagnóstico precoce do câncer); atendimento psicológico ao paciente em tratamento quimioterápico; intervenção psicológica no tratamento radioterápico; reabilitação e cuidados paliativos de pacientes com câncer de cabeça e pescoço; o serviço de assistência e apoio técnico - psicológico à equipe de saúde da Unidade Oncológica e do Hospital Araújo Jorge (COSTA NETO, 1998; OLIVEIRA, 1998).

No Hospital Araújo Jorge existe um trabalho que promove uma visão global do paciente oncológico e possibilita à assistência e o apoio técnico-psicológico à equipe profissional. Na Unidade Oncológica deste hospital existem quatro modalidades de trabalho em equipe: 1- interconsultas - troca de informações e orientações entre profissionais da saúde; 2- “mesa-redonda” - reunião semanal de médicos, residentes, odontólogos, fonoaudiólogos e psicólogos para discussão de casos clínicos encaminhados para a cirurgia; 3- estudos de caso - com dois ou mais profissionais da saúde, analisando o desenvolvimento do tratamento do paciente; 4- visitas coletivas às enfermarias.

De maneira geral, estes programas objetivam proporcionar encontros formais entre a equipe, para que possam discutir e analisar casos clínicos, proporcionar uma atuação integrada e lidar com dificuldades relacionadas ao trabalho na área da oncologia, apoiados nas diferentes conhecimentos e experiências pessoais.

Em síntese, podemos avaliar que projetos e programas de formação continuada são de fundamental importância, visto que o exercício de reflexão sobre a formação do profissional, relacionada às práticas na área da saúde, não faz parte do cotidiano de seu trabalho, tão pouco fez do curso de formação inicial.

III- Profissionais da saúde e mulheres com câncer da mama: para uma prática reflexiva e educativa

A interação humana, concebida pelo encontro e pela influência recíproca das pessoas envolvidas, pode ocorrer em diferentes ambientes e contextos, pois, as pessoas se comunicam produzindo e respondendo a informações, por meio da expressão de ações, de pensamentos e de sentimentos.

Segundo MOSCOVICI (1998) constitui-se em um parâmetro de avaliação positiva de relacionamento interpessoal a “*habilidade de lidar (...) com outras pessoas de forma adequada às necessidades de cada uma (...)*” (p.36). Esta habilidade é referida pela autora como *competência interpessoal*.

Quando e como aprendemos a ser competentes interpessoais? E quais as implicações de não sermos competentes interpessoais?

Nossa aprendizagem sobre interação humana inicia no processo de socialização, ocorrendo desde o estabelecimento do vínculo materno, ampliando-se para os núcleos familiares, ambientes comunitários, escolares e profissionais.

O processo de socialização, assim como nossa aprendizagem sobre interação humana, começa nos primeiros conhecimentos da existência do outro, compartilhando e vivendo no mesmo mundo. Nosso processo de socialização é longo e contínuo, porque a cada exposição a uma nova situação interpessoal, dada em diferentes contextos, exige novas aprendizagens ou mudanças de comportamentos.

A respeito das implicações de não sermos competentes interpessoais podemos lançar mão dos exemplos de conflitos sociais e econômicos de nossa realidade nacional e mundial, que ocasionam a fome, a pobreza, a guerra e a destruição da humanidade.

Nossa compreensão de competência interpessoal - base da interação humana positiva, deveria ser pautada pela *ética da diversidade* e por *atitudes transdisciplinares*, como descreve D’ AMBRÓSIO (1997).

A ética da diversidade pressupõe o respeito, a solidariedade e a cooperação. O respeito pelas diferenças, a solidariedade para a sobrevivência e a

cooperação na preservação do patrimônio natural e cultural comum. De modo complementar, o exercício da transdisciplinaridade pressupõe *“uma atitude aberta, de respeito mútuo e humildade em relação a mitos, religiões, sistemas de explicações e conhecimento, rejeitando qualquer tipo de arrogância ou prepotência.”* (D’AMBRÓSIO, 1997, p. 9).

Visto que nosso interesse de estudo é sobre o profissional da saúde em interação com mulheres com câncer da mama, podemos conceber a ética da diversidade e o exercício da transdisciplinaridade como fundamentos ideais e compatíveis com uma atuação profissional competente, que busca a promoção da saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Ao longo da história da humanidade o diagnóstico de câncer foi sinônimo de dor, vergonha e castigo divino. No início do século XX o câncer foi publicamente associado à pobreza e à sujeira. Sua causa era atribuída à falta de limpeza do corpo e da alma. O câncer era tido como transmissível em lugares sujos, pouco higiênicos ou ainda em lugares onde existiam *“organismos amantes dos excessos de prazer”* (SANT’ANNA, 1997, p.46).

As pessoas que tinham câncer carregavam o estigma de uma doença corrosiva, tomada como um castigo. Enfrentar o câncer significava suportar todo o sofrimento em silêncio até a morte. Nesta época, era proibido, principalmente para as mulheres, tanto falar do próprio corpo, quanto de uma doença anti-higiênica, suja e vergonhosa.

As mulheres com câncer da mama, por exemplo, sofriam caladas. O sofrimento silenciado era aceito e admirado pela sociedade por demonstrar que a natureza feminina lhe tornava apta e capaz de suportar esta condição. O sofrimento da mulher era concebido como purificação do corpo e da alma.

Somente quando a moral higiênica revelou-se ineficaz para prevenir a doença é que esta deixou de ser velada e silenciada e passou a ser reconhecida, por autoridades do governo e por instituições de caridade, como um evento de gravidade social.

Na área médica mudanças qualitativas ocorreram no que se refere à detecção e ao tratamento do câncer. Novas técnicas cirúrgicas e métodos de tratamento adjuvantes (radioterapia e quimioterapia) permitiram que o diagnóstico de câncer não

fosse marcado pela condenação à morte, ao castigo e à vergonha.

No caso do câncer da mama exames preventivos contribuíram para a detecção precoce da doença, tornando possível a cura em estágio inicial e o aumento da sobrevivência das pacientes em estágios mais avançados da doença. Desta forma, a assistência a mulheres com câncer da mama foi ampliada por profissionais do Serviço Social e da Psicologia, consolidando o modelo biopsicossocial de atenção à saúde (GIMENES, 1994; MALZYNER, CAPONERO & DONATO, 1997; SANT'ANNA, 1997).

Embora tenha ocorrido o avanço no tratamento e na atenção aos pacientes oncológicos, o câncer da mama feminino ainda ocupa o primeiro posto na categoria de incidência e o segundo de mortalidade, levando ao óbito mais de sete mil mulheres por ano no Brasil (INCA, 2001). Além disso, esta enfermidade é frequentemente relacionada, tanto pelo paciente quanto pela família do paciente, à condição de intenso sofrimento físico e emocional (MALZYNER, CAPONERO & DONATO, 1997).

Estudos realizados no Brasil e em outros países salientam que o câncer da mama e suas modalidades de tratamento são eventos que ocasionam reações emocionais negativas nas pacientes acometidas pela enfermidade. Outros estudos apontam que após diagnóstico positivo e em curso do tratamento tornam-se mais proeminentes, no relato destas mulheres, temas como o da morte, dor, abandono, lamentações sobre a perda da mama ligada à perda de um símbolo de maternidade e de feminilidade (GIMENES, 1997; HOLLAND & ROWLAND, 1990; MAMEDE, 1991; MEYROWITZ, 1981; SANT'ANNA, 1997; WANDERLEY, 1994).

Diante deste quadro, o acompanhamento e o apoio dos profissionais da saúde, a esta demanda, tem sido apontado como de extrema importância nas diferentes etapas do tratamento da mulher com câncer da mama e nos diferentes quadros clínicos que se estabelecem (GIMENES, 1997; GIMENES & QUEIRÓZ, 1997; ANDRADE-LOPES, 1997; YAMAGUCHI, 1994).

No entanto, assim como o paciente vive condições difíceis, para o profissional da saúde "*o contato com o câncer e a morte são tarefas altamente ansiogênicas*" (MORAES, 1994; p.59).

Diariamente os profissionais vivem situações de sofrimento emocional ao

desempenharem tarefas que não são simples, como por exemplo, comunicar o diagnóstico de câncer, acompanhar o paciente nas diversas etapas do tratamento e em estágio terminal da doença (LIPP, 1999).

Devemos considerar que de um lado temos o paciente com o diagnóstico de uma doença grave que temporariamente o impedirá, pelas condições de tratamento cirúrgico e/ou quimioterápico, de realizar atividades positivas, como por exemplo, trabalhar, engajar-se em tarefas domésticas, ter filhos. Conseqüentemente, o paciente reage de diferentes maneiras, expressando passividade, agressividade, descontrole emocional, inoperância e, muitas vezes, satisfação em função dos ganhos secundários, ocasionados pela condição de enfermidade, por exemplo, maior atenção da família, redução de compromissos e de responsabilidades. De outro lado temos o profissional da saúde que ao entrar em contato com o paciente que pode morrer, também reage emocionalmente a esta situação.

Ao contrário do que se constata por meio do relato dos profissionais que preferem o “não envolvimento pessoal” com os pacientes, na tentativa de melhor desenvolverem seu trabalho e minimizarem sofrimentos (ANGERAMI-CAMON, 1998), quanto mais impessoal é esta relação, maior o desconhecimento sobre o paciente, sobre o próprio trabalho e maior a probabilidade de ficarem vulneráveis às condições avaliadas por eles como danosas a sua saúde.

A respeito do posicionamento geral dos profissionais da saúde em interação com o paciente, ANGERAMI-CAMON (1998) agrupou em quatro categorias os comportamentos mais observados por ele ao longo de sua experiência, são eles: *calosidade profissional*, *distanciamento crítico*, *empatia genuína* e *profissionalismo afetivo*.

O posicionamento denominado de *calosidade profissional* agrupa os comportamentos dos profissionais da saúde que evidenciam indiferença para a dor e o sofrimento do paciente, por exemplo, fazer uma prescrição de quimioterapia como se estivesse oferecendo um produto a ser consumido pelo paciente. O *distanciamento crítico* agrupa os comportamentos dos profissionais da saúde que evidenciam distanciamento justificado para que possam compreender melhor a queixa do paciente. *Empatia genuína* agrupa os comportamentos dos profissionais da saúde que se relacionam sem restrições, explorando e conhecendo a privacidade do paciente (sua

história, sua família, a história de sua queixa) e expondo a sua privacidade. O *profissionalismo afetivo* agrupa os comportamentos dos profissionais da saúde que evidenciam respeito pela dor e sofrimento do paciente, expressando amabilidade, alegria, preocupação, entre outros afetos pelo paciente.

Segundo ANGERAMI-CAMON (1998) estas são categorias que não descrevem todas as variações de posicionamentos dos profissionais da saúde, mas servem como elementos de discussão sobre a qualidade da interação profissional e paciente.

Embora seja difícil o contato com paciente que corre risco de vida, podemos analisar que os cursos de formação inicial não vêm contribuindo para minimizar as conseqüências negativas deste contato. Pelo contrário, vêm favorecendo o conteúdo teórico/aplicado, a prática técnica desvinculada de situações adversas, polêmicas e conflituosas, e vêm ignorando que o desenvolvimento de habilidades interpessoais deva ser objetivo de formação.

Como abordado no capítulo anterior, a formação do profissional da saúde foi consolidada sob o modelo biomédico de compreensão, diagnóstico e tratamento das doenças, influenciando de maneira determinante no modo como os profissionais da saúde interagem com seus pacientes.

Cabe ressaltar que a defesa pelo desenvolvimento de habilidades interpessoais do profissional da saúde não coloca em segundo plano as habilidades técnicas dos mesmos, tão pouco o direito do uso de seus serviços pelo paciente. Apenas esta defesa pretende fortalecer a dimensão interpessoal não mencionada pela perspectiva do modelo biomédico e pela formação do profissional.

Em contraposição ao modelo biomédico, o modelo biopsicossocial vem defender o paradigma da promoção da saúde e vem priorizar as práticas educativas dos profissionais atuantes na área. Diferentemente de uma prática instrumental a prática educativa pode proporcionar efeitos positivos tanto ao paciente, quanto ao profissional.

No contexto de trabalho dos profissionais da saúde a prática educativa pressupõe o desenvolvimento de atividades de investigação, identificação e avaliação dos modos de vida, hábitos, estilos e padrões de comportamento dos pacientes, referentes aos cuidados com a própria saúde, da história de ocorrência de doenças na família, existência de rede de apoio social, condições econômicas. Pressupõe também o

planejamento de intervenções (orientações, aconselhamentos, acompanhamentos, formação de grupos de apoio) - com base nos saberes dos pacientes e a partir das condições de desenvolvimento de práticas de saúde. Pressupõe ainda, a reavaliação, o acompanhamento e o (re) planejamento das intervenções.

Na medida em que o profissional se volta para estas questões e as envolve em seu trabalho pode refletir sobre sua prática. Desta forma, as experiências profissionais e pessoais podem se integrar como ponto de partida para uma prática reflexiva e para aprendizagens refletidas.

Segundo OLIVEIRA (1997) a prática reflexiva tem como objetivo promover o questionamento, a reflexão individual e coletiva, sob o confronto e a integração entre práticas individuais, práticas dos colegas e teorias de especialistas das áreas do saber em estudo. Salienta o autor que estes objetivos não deixarão de promover o processo de reestruturação dos quadros de referência e, deste modo, facilitar a mudança de suas atitudes e práticas educativas.

Uma prática reflexiva ajuda o profissional desligar-se de comportamentos rotineiros, possibilitando o desenvolvimento do maior potencial humano que é o da racionalidade (controle e domínio sobre as ações humanas) - instruída e orientada pela prática e pela reflexão (MOREIRA E ALARCÃO, 1997).

Acrescentam MOREIRA E ALARCÃO (1997) que uma abordagem reflexiva da prática valoriza a construção pessoal do conhecimento e legitima o valor epistemológico da prática. A prática surge como elemento de análise e reflexão do profissional, valorizada enquanto fonte de conhecimento, por meio da experimentação e da reflexão – um momento privilegiado de integração de competências.

Da parte do profissional da saúde podemos considerar que tão importante quanto à competência técnica é necessário que ele saiba: ser empático⁵; observar uma mesma situação de vários aspectos, atuando de maneira adequada às exigências dessa situação; elaborar formas criativas de solucionar problemas; comunicar-se com o paciente, respondendo de maneira coerente e compreensível, demonstrando interesse e evitando julgamentos ou acusações prévias (MINICUCCI, 1980; MIRANDA &

⁵ O profissional empático sabe identificar o que o paciente está sentindo e pensando a respeito de sua condição de saúde, para então poder avaliar como poderá ajudá-lo. Ser empático difere de ser simpático. Na simpatia há afinidades pessoais, semelhanças de idéias e de sentimentos, uma pessoa que simpatiza com a outra reconhece no outro, si mesmo. Já na empatia, existe a compreensão do modo como o outro se sente e age, mas não quer dizer que você percebe ou pensa como o outro (MINICUCCI, 1980).

MIRANDA, 1996; MOSCOVICI, 1998).

Cabe ressaltar que o referencial de formação teórico e técnico, que orienta a prática da maioria dos profissionais da área da saúde, vem ignorando a experiência pessoal, a dimensão social e coletiva do exercício do trabalho e a relação complexa entre saberes científicos (teóricos e técnicos) e saberes construídos na ação. Os saberes científicos e técnicos, apesar de indispensáveis, se somam aos saberes da experiência pessoal, desenvolvida e aprendida em interação com os pacientes e com outros profissionais da saúde.

A formação do profissional da saúde estruturada sobre um modelo exclusivamente teórico e técnico está condenada à ineficácia, se considerarmos a estrutura organizacional das situações de exercício profissional, os processos de socialização que se desenvolvem neste ambiente e a biográfica de cada pessoa.

O que se revela como fato é a necessidade do domínio de conhecimento e de técnicas de intervenção que atinjam o foco "doença", porém este domínio apresenta-se insuficiente quando se trata de interação humana. Exames, remédios, exercícios, informações, palavras de conforto são insuficientes quando o profissional da saúde desconsidera o contexto de vida mais amplo da pessoa que está doente – que tem seu trabalho, sua família, seus dependentes, sua sexualidade, seus sonhos e expectativas. Assim como, quando o paciente e o próprio profissional desconsideram também sua vida pessoal e desenvolvimento profissional: sua formação, seu trabalho, sua família, seus sonhos e expectativas.

NOGUEIRA–MARTINS (2001) ressalta que o paciente deve ser compreendido e respeitado pelo profissional da saúde, assim como o profissional deve estar consciente do modo como interage com sua clientela - identificando e analisando qual o efeito desta interação sobre seus pacientes e o efeito do comportamento dos pacientes sobre sua atuação profissional. Acrescenta a autora, que a humanização na área da saúde corresponde essencialmente à interação profissional e paciente, estabelecida e sustentada pela formação inicial e contínua dos profissionais, pelo número suficiente de funcionários contratados, pelos equipamentos disponíveis e por um local de atendimento adequado.

Com objetivo de enriquecer as propostas que fomentam uma prática reflexiva e educativa de profissionais da saúde, devemos destacar que a interface

estabelecida no presente estudo, entre as áreas da Educação e da Saúde, foi intencionalmente buscada pelos inúmeros movimentos da área da educação, quanto à formação de professores, que servem de correlatos para área da saúde.

Os estudos de TAVARES (1997), SIMÕES E SIMÕES (1997) e PERRENOUD (2000), assim como de outros autores apresentados ao longo dos capítulos anteriores, são exemplo pertinentes da correlação que se pode estabelecer entre as competências, descritas pelos autores, relativas aos professores, e às competências idealizadas para uma prática educativa e reflexiva do profissional da saúde.

Segundo TAVARES (1997), três tipos de competências se articulam: a científica, a pedagógica e a pessoal. A competência científica constitui-se no conhecimento e no domínio de conteúdos relacionados a uma determinada especialidade. A competência pedagógica constitui-se no saber fazer, executar, comunicar os conhecimentos relativos a diferentes especialidades. A competência pessoal constitui-se no desenvolvimento pessoal e interpessoal do profissional da saúde.

Outras quatro competências são apresentadas por SIMÕES E SIMÕES (1997) e estão inter-relacionadas às anteriores, são elas: técnica; clínica, crítica e pessoal. A dimensão técnica prevê antecipadamente como será a intervenção - o que será dito, aprendido, as estratégias dispostas e os critérios que serão utilizados para avaliar o efeito da intervenção. A dimensão clínica traz a reflexão sobre a ação e no decurso dela, apresenta-se essencialmente como a solucionadora de problemas não previstos. A dimensão crítica tem uma posição explícita como um agente de mudança, revelando e criticando estereótipos, ideologias, relações coercitivas e autoritárias, desigualdades de acesso ou de oportunidades e formas de controle social repreensivos. E por último, a dimensão pessoal favorece o autoconhecimento do profissional e seu conhecimento sobre o outro, também é concebida como uma dimensão solucionadora de problemas, por meio da ação reflexiva e da investigação permanente (SIMÕES & SIMÕES, 1997).

O trabalho de PERRENOUD (2000) se diferencia pela apresentação detalhada de um rol de dez competências. Sua obra intitulada de “10 Novas Competências para Ensinar” foi elaborada com base no documento Genebra, que apresenta diretrizes para a formação continuada de professores. Justifica o autor que

este documento, publicado em 1996, foi seu “guia”, pela participação ativa que teve em sua elaboração e por ele contar com a representação paritária de muitas instituições de ensino público.

Antes de apresentar a definição de “competências”, o autor tenta minimizar as impressões e as avaliações negativas, construídas no decorrer da implantação de diferentes diretrizes e políticas na educação. Inicialmente, salienta que as competências devem ser concebidas como um “horizonte”, mais do que “um conhecimento consolidado”; como um “fio condutor” construído de forma a servir coerentemente com a evolução das funções da profissão e orientar práticas inovadoras; como “prioridades” – base de novos papéis na profissão, compatíveis o movimento da profissão e com as renovações da escola. São as renovações:

“(...) individualizar e diversificar os percursos de formação, produzir ciclos de aprendizagem, diferenciar a pedagogia, direcionar-se para uma avaliação mais formativa do que normativa, conduzir projetos de estabelecimento, desenvolver o trabalho em equipe docente e responsabilizar-se coletivamente pelos alunos, colocar as crianças no centro da ação pedagógica, recorrer a métodos ativos, aos procedimentos de projetos, ao trabalho por problemas abertos e por situações problemas, desenvolver as competências, as transferências de conhecimentos e educar para a cidadania” (pág.14).

Segundo PERRENOUD (2000) as competências não são os conhecimentos e as ações dos professores, mas sim, mobilizam e integram os conhecimentos e as ações dos professores (o saber e saber-fazer), para uma situação singular de ensino que os tornam pertinentes. Explica ainda, que as competências estão submetidas a complexas operações cognitivas (pensamentos, percepções, avaliações, decisões) que determinam e possibilitam a realização de uma ação relacionada à situação de ensino (do contexto de ensino). E que estas competências se constroem ao longo da formação profissional e das situações reais de trabalho do professor.

Destarte, o termo “competência” designa a “*capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situação*” (pág 15), sendo que as dez competências, apresentadas a seguir, podem, de acordo com PHILIPPE PERRENOUD, servir como “*um inventário das competências que contribuem para redelinear a atividade docente*” (pág.12). São elas: 1- Organizar e dirigir situações de

aprendizagem; 2- Administrar a progressão das aprendizagens; 3- Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação; 4- envolver os alunos em sua aprendizagem e em seu trabalho; 5- trabalhar em equipe; 6- Participar da administração da escola; 7- Informar e envolver os pais; 8- Utilizar novas tecnologias; 9- Enfrentar os deveres e dilemas éticos da profissão; 10- Administrar sua própria formação contínua.

Prosseguindo as correlações estabelecidas com a área da educação, podemos pensar as competências apresentadas por PERRENOUD (2000) como parâmetros de orientação na prática de profissionais da saúde. Por exemplo:

- 1- Organizar e dirigir situações de aprendizagem. Quais os objetivos do serviço? A quem atende? Como se caracteriza a clientela (qualidade de vida)? Quais os programas de saúde que estão em funcionamento? Em quais referenciais teóricos e pedagógicos estão fundamentados? Quais os objetivos destes programas? Quais os resultados, avaliações dos profissionais envolvidos, a respeito dos programas? O que e como os profissionais querem ensinar, considerando a população atendida (seus recursos) e as funções do serviço de saúde.
- 2- Administrar a progressão das aprendizagens. Quais são os resultados dos programas de educação, vinculados ao serviço? Como identificamos estes resultados, como são coletados e discutidos? Existem situações problemáticas vivenciadas pelos pacientes, que estariam impedindo a adesão ao tratamento e a práticas de saúde, por exemplo?
- 3- Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação. Implica identificar e administrar às diferentes características pessoais dos pacientes, promover o contato entre os mesmos e fornecer apoio da equipe.
- 4- Envolver os pacientes em práticas de saúde e no tratamento. Implica suscitar o interesse do paciente pelo conhecimento, pela aprendizagem e pela avaliação de sua condição geral de saúde e de vida; sugerir a confecção de um projeto pessoal (objetivos, metas a serem avaliadas com o profissional da saúde da saúde, a

curto, médio e longo prazo); instruir a advogar seus direitos particulares e comuns (enquanto grupo de pacientes oncológicos). Corresponde também em apresentar opções de tratamento e estabelecimento de um contrato de interação profissional da saúde-paciente, baseado em sentimentos de confiança e de afeto.

- 5- Informar e envolver os familiares do paciente. Implica dirigir, promover reuniões de informação e debate, entrevistar, dialogar, identificar expectativas em relação à condição de saúde do paciente, formas de enfrentamento, características das interações familiares estabelecidas, promovendo o envolvimento da família.
- 6- Trabalhar em equipe. Implica em elaborar um projeto da equipe (interesses comuns); conduzir reuniões; discutir aspectos pedagógicos das intervenções técnicas e interpessoais da equipe com a clientela; identificar, analisar e administrar crises e conflitos interpessoais (profissional da saúde – paciente e profissional da saúde - profissional da saúde).
- 7- Participar da administração do serviço. Implica elaborar, negociar, implementar um projeto institucional; administrar os recursos do serviço; estabelecer objetivos a serem alcançados pela equipe, em interação com os paciente e entre os profissionais da saúde.
- 8- Enfrentar os deveres e dilemas éticos da profissão. Implica evitar danos; preservar a autonomia do paciente; lutar contra os preconceitos e discriminações; promover ações de prevenção de doenças; identificar e avaliar as relações de autoridade que se estabelecem; desenvolver o senso de responsabilidade, solidariedade e justiça.
- 9- Administrar sua própria formação contínua. Implica saber explicitar as próprias práticas, buscar, estabelecer e avaliar o programa pessoal de formação contínua, além de acolher a formação dos colegas e participar dela.

10- Buscar conhecer e utilizar novas tecnologias. Implica investimento na área da saúde de novas técnicas de intervenção e de recursos e equipamentos, tais como, editores de texto, programas didáticos, telemática e ferramentas de multimídia.

Em conclusão, devemos salvaguardar que as competências apresentadas e transpostas a prática do profissional da saúde não deve servir de objetivos de políticas de saúde, já identificadas na área da educação, que exigem o profissional polivalente sem oferecer recursos de formação e de trabalho para que estas aprendizagens ocorram e conseqüentemente, ocorram práticas inovadoras.

Segundo TORRES (1998), a respeito das políticas de educação que passaram a exigir profissionais polivalentes, o profissional idealizado é aquele competente, agente de mudança, prático, reflexivo, investigador, intelectual crítico e transformador, bem como, discordante de uma adesão inquestionável aos pressupostos de globalização do conhecimento e de tecnologias, por meio da manipulação de recursos humanos que tenham que responder às exigências do mercado consumidor de produtos de qualidade e de faturamento rápido.

O Capítulo IV apresenta a organização e desenvolvimento deste estudo que também buscou, dentre muitos objetivos idealizados e respaldados pela literatura da área da educação, promover a prática reflexiva e educativa de profissionais da saúde.

IV- Elaboração e Desenvolvimento do Estudo: aspectos metodológicos

Na área da educação estudos vêm atestando que professores engajados em atividades de investigação e de reflexão de suas ações podem produzir ambientes que facilitam a prevenção e a identificação de situações problemáticas da prática, bem como a produção de conhecimentos e de estratégias de resolução destes problemas (REALI et.al., 1995; OLIVEIRA, 1997; MIZUKAMI, REALI, REYES, MARTUCCI, DE LIMA, TANCREDI, DE MELLO, 2002; REALI E TANCREDI, 2002).

Os profissionais da saúde, assim como acontece com os professores, podem se beneficiar com a investigação e a reflexão de suas práticas, aprendendo a organizar e a sistematizar seus saberes; a tomar consciência das teorias que justificam suas decisões e atitudes no contexto real de trabalho; a explicitar histórias (sagradas, secretas e de fachada⁶), que revelam crenças e hipóteses que orientam suas práticas profissionais; a questionar convicções, incluindo a confrontação e socialização das mesmas com a equipe.

Deste modo, esta pesquisa objetivou identificar e investigar sobre a formação e as práticas de profissionais em interação com mulheres com câncer da mama, bem como promover a reflexão sobre estas dimensões, utilizando como ferramentas: a entrevista individual e um programa de ensino, apresentado como um curso de formação continuada para profissionais da área da saúde.

Iniciamos o desenvolvimento deste estudo solicitando informações a respeito dos profissionais da cidade que atendiam pacientes oncológicos, em especial, mulheres com câncer da mama. Cartas foram enviadas a Associações e aos Conselhos locais, dentre estes: Associação Paulista de Medicina, Associação Brasileira de

⁶ As histórias sagradas são constituídas por percepções pessoais da prática e relacionadas a teorias partilhadas pelos pares. As histórias secretas correspondem às práticas cotidianas dos profissionais, vividas sem crivo de julgamento externo e aparentemente desvinculadas de referenciais teóricos. Por meio da revelação das histórias secretas podemos conhecer as práticas orientadas por conhecimentos tácitos. As histórias de fachada constituem-se em relatos de práticas e valores que são congruentes com as regras da instituição, com os valores da maioria dos pares, com as políticas educacionais e de aceitação pública -alunos, pais e comunidade (MIZUKAMI ET AL, 2002).

Enfermagem, Conselho Regional de Psicologia e Conselho Federal de Assistente Social (Anexo 1)⁷.

Apenas a Associação Paulista de Medicina forneceu o cadastro dos profissionais da saúde, de acordo com a área de atuação. Os outros pedidos foram negados por motivo de inexistência deste tipo de cadastro ou por não ser permitido a divulgação via órgão representativo da profissão.

Por meio de informações da Secretaria de Saúde do Município foram localizadas três unidades públicas responsáveis, respectivamente, pelo diagnóstico, pelo tratamento e pela hospitalização dos pacientes oncológicos.

Após identificação dos serviços, dezesseis profissionais foram contatados. Destes, seis manifestaram interesse em participar de uma entrevista. A Tabela 1 apresenta, por especialidade de formação, o número de profissionais convidados e os que foram entrevistados.

Tabela 1. Número de profissionais convidados e entrevistados, por especialidade de formação

Profissionais da Saúde	Convidados	Entrevistados
Assistente Social	03	03
Enfermeiro	04	03
Fisioterapeuta	01	01
Médico	05	02
Nutricionista	01	-
Psicólogo	02	01
Total	16	10

Dos dez profissionais que foram entrevistados, três eram formados em serviço social - A1, A2 e A3, três em enfermagem - E1, E2 e E3; uma em fisioterapia – F1; dois em medicina – M1 e M2; e uma em psicologia – P1.

Após contato por telefone, uma entrevista foi agendada no local de trabalho do profissional, em sala reservada. No dia da entrevista uma carta convite foi entregue, explicando a natureza e objetivos do estudo (Anexo 2). Além disso, todos os profissionais permitiram que a entrevista fosse gravada e que os relatos fossem

⁷ Dada a inexistência dos Conselhos de Fisioterapia e de Nutrição na cidade de Bauru consultamos alguns profissionais da área que nos informaram que os cadastros não os identificam pela população que atendem, como no caso de mulheres com câncer da mama.

utilizados para efeito de divulgação científica do estudo (Anexo 3). Cada entrevista durou, em média, duas horas.

O Quadro 1 apresenta os dados que caracterizam os profissionais entrevistados.

	Sexo	Idade	Formação	Local de Trabalho	Tempo de Serviço
A1	Feminino	49	Serviço Social	Unidade pública	25 anos
A2	Feminino	32	Serviço Social	Unidade pública	06 anos
A3	Feminino	38	Serviço Social	Associação não governamental	18 anos
E1	Feminino	39	Enfermagem	Unidade pública	16 anos
E2	Feminino	45	Enfermagem	Unidade pública	18 anos
E3	Feminino	30	Enfermagem	Unidade pública	06 anos
F1	Feminino	38	Fisioterapia	Clínica particular	16 anos
M1	Masculino	47	Medicina	Unidade pública e clínica particular	19 anos
M2	Masculino	32	Medicina	Unidade pública e clínica particular	08 anos
P1	Feminino	29	Psicologia	Clínica particular	04 anos

Quadro 1: Dados de caracterização dos participantes.

4.1- A entrevista

Composto de seis blocos temáticos, o roteiro de entrevista foi o mesmo para todos os participantes (Anexo 4), a saber: 1) Dados de identificação; 2) Escolha e formação profissional; 3) Câncer e Interação profissional-paciente-equipe; 4) Avaliação da atuação do profissional e da entrevista.

O Quadro 2 apresenta as principais informações a serem coletadas e discutidas em cada bloco temático do roteiro da entrevista aplicada.

BLOCOS	TEMAS	OBJETIVOS DE COLETA DE DADOS
1	Dados de identificação	Composição familiar, recursos econômicos, escolaridade, formação acadêmica e tempo de experiência profissional.
2	Escolha e formação profissional	Escolha profissional e trajetória de formação do entrevistado.
3	Câncer e interação profissional- paciente	Concepções pessoais e profissionais do entrevistado no que se refere ao câncer e ao relacionamento profissional, paciente e equipe.
4	Avaliação da atuação profissional e final da entrevista	Satisfação do profissional no exercício de sua profissão; avaliação do momento da entrevista e coleta sugestões para o curso .

Quadro 2. Objetivos de coleta de dados dos blocos temáticos da entrevista.

De modo geral, aos blocos temáticos foram atribuídos objetivos de coleta de informações referentes: às atitudes, aos pensamentos e aos sentimentos dos profissionais em interação com os pacientes, familiares dos pacientes e equipe de trabalho; ao percurso de formação do profissional da saúde, desde a escolha da profissão, passando pela formação básica, até a formação continuada (cursos, especializações e pós-graduação); às experiências da prática do profissional na área da oncologia; às experiências pessoais relacionadas a questões de saúde e doença; ao local de trabalho; às características da população atendida (gênero, tipos de tratamento, conseqüências temporárias e permanentes da enfermidade); à rede de apoio ao profissional, formada por outros profissionais (colegas de profissão e equipe de trabalho) e por familiares dos profissionais (valorização profissional quanto à dedicação e ao empenho); às concepções e aos valores religiosos, morais e sociais.

Após transcrição integral das dez entrevistas foram feitas leituras do material coletado para a composição de uma síntese do conteúdo do que foi relatado por cada profissional, de acordo com os blocos temáticos da entrevista (Anexo 5).

Por meio das sínteses pode-se reunir dados das entrevistas referentes:

1. Ao modo como os profissionais caracterizam a clientela atendida: quem é o paciente, quem é o paciente com câncer da mama, quem é o paciente difícil e quem é o paciente ideal;
2. Aos aspectos considerados gratificantes e difíceis desta interação: respectivamente, satisfação e aprendizado proporcionados pelo trabalho e pela interação com a clientela atendida; dificuldades em momentos específicos de interação com os pacientes;
3. Às Atividades e atitudes em interação com os pacientes: caracterização das atividades e/ou atitudes dos profissionais na interação com a clientela.

Com base nestas sínteses pode-se identificar e descrever as possíveis relações estabelecidas entre a escolha da profissão, a formação básica e continuada, as condições de trabalho, as crenças religiosas do profissional e seu conhecimento sobre as políticas no sistema de saúde pública.

No final da entrevista foi acordado que os participantes teriam acesso à tese, em sua versão final. Neste mesmo dia, os profissionais foram consultados a

respeito do interesse em participar de encontros com outros profissionais. Todos aceitaram o convite, sugerindo que as questões abordadas na entrevista fizessem parte das discussões do grupo.

Importante mencionar que a realização da entrevista no ambiente de trabalho dos participantes não foi impedimento para que avaliassem suas práticas profissionais. Pelo contrário, pôde-se constatar que neste ambiente os participantes buscaram estimulações presentes (exemplos e casos atendidos naquele dia) para identificação, explicitação, reconhecimento e avaliação de suas práticas. Segundo os relatos dos participantes, a entrevista possibilitou um momento de avaliação das práticas atuais dos profissionais. As falas de A2, A3 e E1 podem ilustrar o efeito do momento da entrevista

“(...) é bom estes momentos que a gente pode conversar sobre o trabalho, para poder pensar sobre o que não se está fazendo e o que a gente pode fazer. Para a gente não ficar naquele atendimento rotineiro, se bem que aqui não tem rotina... mas para gente pensar no que mais além a gente pode fazer. Hoje eu descobri o que me frustra.... Saber que eu tenho que fazer as visitas domiciliares, os grupos, as visitas hospitalares e não tenho como fazer, não consigo fazer... então foi ótimo ter respondido esta entrevista” (A2).

“Foi ótimo. Adorei. É sempre bom a gente repensar” (A3).

“Eu gosto disso, falta isso na saúde... da gente conversar, por pra fora nossas vontades presas dentro da gente, isso não tem. Não tem espaço para falar o que você pensa, como você gostaria que fossem as coisas, isso me angustia”(E1)

4.2- O curso

Depois de dois meses da entrevista um resumo dos principais dados coletados foi elaborado e entregue aos participantes. Na entrega deste documento fizemos uma consulta dos horários livres dos profissionais, para a realização do curso. A princípio todos os participantes entrevistados indicaram que haveria disponibilidade às sextas-feiras, sendo que cinco podiam no período da manhã e os outros cinco, no período noturno.

Dos dez entrevistados, seis profissionais estiveram presentes em, no mínimo, cinco encontros (70% de frequência), dos oito planejados para realização do

curso de formação continuada, a saber: A1, A2, E1, E2, F1 e P1.

A Tabela 2 apresenta a frequência de participação dos profissionais nos encontros do curso.

Tabela 2. Número de participantes por encontro e percentual de frequência no curso de formação continuada.

	A1	A2	E1	E2	F1	M1	P1
1º Encontro	X	X	X	X	-	X	X
2º Encontro	X	X	X	X	X	-	X
3º Encontro	X	X	X	X	X	-	X
4º Encontro	X	X	X	X	X	-	X
5º Encontro	X	X	X	X	X	X	X
6º Encontro	X	X	X	X	X	X	-
7º Encontro	X	X	X	X	X	-	X
8º Encontro	-	X	X	X	X	-	X
Número e Percentual de frequência	07 87,5%	08 100,0%	08 100,0%	08 100,0%	07 87,5%	03 36,5%	07 87,5%

Intitulado de "**FORMAÇÃO CONTINUADA NA ÁREA DA SAÚDE: INTERAÇÃO PROFISSIONAL E MULHERES COM CÂNCER DA MAMA**", o curso foi elaborado com base nas informações coletadas nas entrevistas.

Durante o curso foram abordados os seguintes temas:

- Mulheres com câncer da mama: gênero, sexualidade e doença;
- Enfrentamento de mulheres com câncer da mama;
- Identidade profissional;
- Interação profissional da saúde e paciente;
- Profissional da saúde diante de situações estressantes;
- Competências interpessoais;
- Trabalho em equipe.

Antes do início do curso foi confeccionado um *folder* (Anexo 6) contendo:

- Apresentação - justificativa e objetivos do curso;
- Programa - datas e temas a cada encontro;
- Ficha de inscrição – nome, profissão, endereço, telefone, e-mail;
- Orientação e coordenação do curso.

Para cada tema foi elaborado um plano geral do encontro, contemplando os seguintes itens:

- Tema do encontro;
- Objetivo geral do encontro;
- Objetivos específicos de cada atividade;
- Procedimentos de cada atividade;
- Instrumentos técnicos;
- Materiais;
- Modo de avaliação;
- Estimativa de duração de cada atividade.

Aos participantes foi também explicitado que a proposta do curso estava vinculada ao Programa de Pós Graduação em Educação – Metodologia de Ensino, sob supervisão Profa. Dra. Aline Maria de Medeiros Rodrigues Reali e sob coordenação da discente doutoranda, Alessandra de Andrade Lopes (C1) e da discente, Denise Stefanoni Combinato (C2), graduanda em Psicologia na UNESP/Bauru e bolsista do Programa Iniciação Científica - PIBIC/CNPq/Faculdade de Ciências.

O curso foi dividido em oito encontros, um por semana, com duração média de três horas e meia. De acordo com a disponibilidade dos participantes dois grupos se formaram, cada um com cinco profissionais e duas coordenadoras (C1 e C2). Todos os encontros foram gravados em fita cassete para efeito de registro e análise de dados.

O curso de formação continuada foi realizado no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da UNESP/ Câmpus de Bauru. A sala utilizada no CPA foi uma sala de grupos, equipada com: ar condicionado, aparelho de som, bebedouro, lousa, tela branca para projeção de imagens, cadeiras individuais e uma mesa de 1m².

Para cada encontro foi selecionado um tema de estudo, com o objetivo de organizar o curso de modo que os profissionais fossem estimulados a participarem de diferentes discussões. Como solicitado pelos profissionais, os temas selecionados foram, em síntese, os mesmos abordados nos blocos temáticos do roteiro de entrevista, considerando, porém, que no curso as discussões foram incrementadas pelas diferentes

experiências e opiniões dos participantes e pelas atividades propostas pela coordenação do curso.

A partir do segundo dia, no início de cada encontro um resumo do anterior era apresentado, seguido de comentários, perguntas, informações e avaliações registradas. O resumo do encontro anterior era feito com base nas gravações. Na seqüência fazia-se a leitura do plano de atividades que seria desenvolvido naquele dia. Após realização das atividades, e de um breve intervalo, os participantes faziam a avaliação do encontro.

No primeiro encontro os participantes se conheceram e após apresentação do programa do curso puderam manifestar e comparar suas expectativas iniciais em relação à proposta de trabalho (Anexo 7 – Síntese do Primeiro Encontro).

No segundo encontro foram temas de estudo: as condições históricas, sociais e emocionais de mulheres com câncer da mama, os procedimentos de tratamento prescritos e as relações entre pacientes, familiares e equipe de atendimento (Anexo 8 – Síntese do Segundo Encontro).

No terceiro encontro os profissionais conheceram e discutiram, por meio de exemplos de relatos registrados em entrevistas já transcritas de mulheres com câncer da mama, os modos pelos quais as pacientes enfrentam o câncer e outros eventos aversivos que acompanham o diagnóstico (Anexo 9 – Síntese do Terceiro Encontro).

No quarto encontro os participantes relataram sobre suas atitudes, suas atividades, os eventos, os fatos e as concepções que os identificam pessoalmente e profissionalmente. Além disso, avaliaram suas aprendizagens profissionais durante os cursos de formação básica, em interação com os pacientes e com profissionais da equipe de trabalho (Anexo 10 – Síntese do Quarto Encontro).

No quinto encontro a apresentação resumida dos dados da entrevista inicial favoreceu a identificação e a avaliação do modo como os profissionais vêm interagindo com a clientela atendida (Anexo 11 – Síntese do Quinto Encontro).

No sexto encontro as situações estressantes das práticas cotidianas dos profissionais foram evidenciadas em grupo e pôde-se discutir sobre o enfrentamento do profissional frente a estas situações (Anexo 12 – Síntese do Sexto Encontro).

No sétimo encontro os profissionais participantes relacionaram as conseqüências de seus comportamentos em interação com os pacientes, familiares dos pacientes e com equipe de trabalho. O trabalho em equipe, mais especificamente, a interação com a equipe de trabalho foi mencionada, por todos, como a dimensão mais desgastante e desafiante das práticas profissionais desenvolvidas (Anexo 13 – Síntese do Sétimo Encontro).

No oitavo encontro a discussão sobre o trabalho em equipe foi retomada e finalizada com a apresentação de projetos idealizados e que poderiam ser desenvolvidos nos locais de trabalho (Anexo 14 – Síntese do Oitavo Encontro).

Embora o programa geral do curso estivesse pronto no primeiro encontro, todas as sugestões iniciais, discussões e avaliações posteriores dos participantes foram consideradas, implicando alterações na seleção do material bibliográfico e metodologias empregadas, tais como: dinâmicas de grupo, instruções para estudos de casos de pacientes com câncer da mama e questões que orientaram as discussões e as avaliações dos temas dos encontros.

Ao término de cada encontro os participantes avaliaram oralmente ou por escrito às atividades e às discussões do dia. Foram utilizados diferentes instrumentos de coleta de dados relacionados aos temas dos encontros, entre estes: dinâmicas de grupo, instruções para estudos de casos de pacientes com câncer da mama, questões que orientaram as discussões e as avaliações dos temas dos encontros.

De acordo com a necessidade para o desenvolvimento dos temas em discussão, os seguintes materiais foram utilizados: papel sulfite, lápis de cor, giz de cera, canetas hidrográficas, pincéis atômicos, slides, equipamento de multimídia pertencente à Biblioteca do Câmpus da Unesp/ Bauru, artigos especializados, textos resumos elaborados pelas coordenadoras, entrevistas com mulheres com câncer da mama, gravador e fita cassete.

O Quadro 3 resume os temas, os objetivos e os participantes dos encontros, bem como indica os profissionais que responderam à avaliação final da pesquisa (entrevista e curso).

Temas	Objetivos das atividades desenvolvidas pela coordenação do curso	Objetivos relacionados à participação dos profissionais	Participantes
1º Encontro Expectativas iniciais e integração	Apresentação do grupo, manifestação e discussão das expectativas iniciais em relação ao curso.	Identificar expectativas iniciais e compará-las com a dos outros participantes.	A1, A2, E1, E2, M1, P1
2º Encontro Mulheres com câncer da mama: gênero, sexualidade e doença	Manifestação e discussão das características mais eminentes das pacientes com câncer da mama.	Identificar características da clientela, bem como suas atitudes, pensamentos e sentimentos diante da mesma.	A1, A2, E1, E2, F1, P1
3º Encontro Enfrentamento de mulheres com câncer da mama	Apresentação de procedimento de identificação e de análise de comportamentos de enfrentamento de mulheres com câncer da mama.	Identificar comportamentos de enfrentamento e relatar possíveis intervenções junto aos pacientes.	A1, A2, E1, E2, F1, P1
4º Encontro Identidade Profissional	Manifestação de características que personalizam os participantes em diferentes ambientes e contextos.	Identificar características pessoais e profissionais relacionadas ao modo como interagem com os pacientes; Identificar situações estressantes da interação profissional e paciente, bem as condições que podem estar favorecendo estas situações ou que possam minimizá-las.	A1, A2, E1, E2, F1, P1
5º Encontro Interação profissional da saúde e paciente	Apresentação e discussão dos diferentes comportamentos de profissionais da saúde em interação com seus pacientes.		A1, A2, E1, E2, F1, M1, P1
6º Encontro O profissional da saúde diante de situações estressantes	Apresentação e discussão de diferentes eventos estressantes.		A1, A2, E1, E2, F1, M1
7º Encontro Competências interpessoais	Manifestação e discussão de quais deveriam ser as habilidades interpessoais de profissionais da saúde em interação com pacientes oncológicos.	Identificar e definir quais deveriam ser as habilidades interpessoais, de profissionais da saúde em interação com pacientes, bem como os elementos e as condições que poderiam estabelecê-las.	A1, A2, E1, E2, F1, P1
8º Encontro Trabalho em equipe	Apresentação e discussão dos projetos de intervenção elaborados, contando com o envolvimento de equipe.	Identificar a função do trabalho em equipe na interação com o paciente e relacioná-lo à satisfação do profissional no trabalho.	A2, E1, E2, F1, P1
Responderam ao questionário de avaliação final da pesquisa			A2, E1, E2, F1, P1

Quadro 3. Temas, objetivos e participantes dos encontros.

Todos os documentos produzidos pelos participantes ao longo dos encontros foram organizados e analisados (registros cursivos referentes às dinâmicas de grupo propostas e às avaliações por escrito).

Os dados do curso, juntamente com os coletados na entrevista, foram analisados de acordo com os seguintes passos:

- Passo 1: Releitura do conteúdo das dez entrevistas realizadas e do material produzido ao longo dos oito encontros: planos dos encontros, textos de referência bibliográfica, material por escrito produzido pelos participantes durante o desenvolvimento das atividades propostas e mediante solicitação de avaliação das atividades;
- Passo 2: Categorização e análise dos conteúdos das entrevistas e dos encontros entre os profissionais. Os relatos dos participantes foram organizados em cinco categorias, que serviram de recurso para analisar os dados relacionados à formação e às práticas dos profissionais: 1- Motivações relacionadas à escolha da profissão e pela área de oncologia; 2- A interação profissional e paciente: características da clientela, situações gratificantes e difíceis; 3 - A formação do profissional da saúde: teoria *versus* prática, competência técnica *versus* competência interpessoal; 4- A interação de profissionais da saúde: trabalho de equipe; 5- A interação profissional e políticas de saúde pública: o Sistema Único de Saúde.

Após dois meses do último encontro foi entregue aos participantes um questionário de avaliação final da pesquisa (Anexo 15).

Nos próximos e dois últimos capítulos serão apresentados os resultados, a análise dos dados e as considerações finais deste estudo: Capítulo V - ***Formação e Práticas de Profissionais da Saúde em Interação com Pacientes Oncológicos*** e Capítulo VI - ***Contribuições da Pesquisa - Intervenção***.

V- Formação e Práticas de Profissionais da Saúde em Interação com Pacientes Oncológicos

Devemos inicialmente salientar, como resultados desta pesquisa e foco de estudo, que as práticas dos profissionais participantes, em interação com pacientes oncológicos, foram identificadas a partir das atividades desenvolvidas em serviço, das qualificações atribuídas à clientela atendida (para os profissionais quem são seus pacientes, o que eles buscam no atendimento, como se comportam em interação com os profissionais e como deveriam se comportar?) e dos apontamentos sobre os aspectos difíceis e gratificantes em interação com os pacientes.

Com base nestas informações, que identificam as práticas dos profissionais, foi possível caracterizar a interação dos participantes com os pacientes e relacionar as práticas e as interações estabelecidas com elementos da formação básica do profissional, suas experiências profissionais e pessoais (saberes da experiência, valores morais e religiosos) e seu ambiente físico, social e político de trabalho na área da saúde.

O presente capítulo foi dividido em quatro tópicos que, respectivamente, apresentam: 5.1- os dados referentes à identificação das práticas dos profissionais em interação com os pacientes; 5.2- a caracterização das interações entre profissionais e pacientes, com base na história de aprendizagens pessoais e profissionais; 5.3- as características da formação básica do profissional da saúde; 5.4- as políticas de saúde e os desafios da prática profissional.

5.1- Práticas profissionais: atividades desenvolvidas, clientela atendida e aspectos gratificantes e difíceis da interação com os pacientes.

Os profissionais relataram de modo organizado e sistemático as atividades profissionais que freqüentemente desenvolvem no dia a dia - tanto os profissionais que fizeram somente a entrevista -A3, E3 e M2, quanto os que também

participaram do curso -A1, A2, E1, E2, F1, M1 e P1. O Quadro 4 apresenta a seleção destas atividades comuns de no mínimo dois profissionais.

ATIVIDADES	PROFISSIONAIS									
	A1	A2	A3	E1	E2	E3	F1	M1	M2	P1
1- Realizam entrevista inicial, com o objetivo de conhecerem de modo integral os pacientes: seu organismo, suas emoções, seus vínculos afetivos, seus valores morais e religiosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2- Utilizam-se de termos e de linguagem que possam ser compreendidos pelo paciente.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3- Fazem visitas domiciliares.	X	X	X	X	X	X	X			X
4- Fazem visitas hospitalares.	X	X			X	X		X	X	X
5- Orientam os pacientes desde a biópsia, durante tratamentos, alta e pós-alta.	X	X		X	X			X	X	
6- Orientam as famílias dos pacientes das etapas do tratamento, das dificuldades, das limitações, das possibilidades e da gravidade do problema.	X	X	X		X			X		X
7- Estimulam os pacientes a pensarem nos resultados positivos do tratamento.		X	X	X	X					
8- Organizam o ambiente de atendimento (sala, cadeiras, revistas, cartazes, água, café).			X				X		X	X
9- Orientam os pacientes sobre prevenção e diagnóstico precoce, para a cura do câncer e de outras doenças.			X	X	X					
10- Orientam sobre exames e tratamentos pelo SUS, além dos direitos trabalhistas do paciente: aposentadorias e pensões.	X	X	X							
11- Buscam recursos comunitários para os pacientes: prótese mamária, peruca, cesta básica, remédios.	X	X	X							
12- Orientam os pacientes para alta, ressaltando a importância do acompanhamento.		X	X				X			
13- Escutam o paciente, antes de orientá-lo.		X	X							X
14- Tranqüilizam os pacientes quando chegam irritados no serviço, porque o atendimento no SUS é demorado.		X		X	X					
15- Acompanham as pacientes no atendimento médico.				X	X					
16- Realizam pré e pós consulta.				X	X					
17- Orientam os pacientes do SUS a reivindicarem seus direitos.	X		X							
18- Comunicam o diagnóstico								X	X	

Quadro 4. Atividades profissionais desenvolvidas pelos participantes do estudo.

Visto que a maior parte das atividades relatadas, relacionadas no Quadro 3, foram de orientação e acompanhamento ao paciente, e considerando que algumas competem somente a um profissional, como por exemplo, aos médicos – a comunicação

do diagnóstico, às enfermeiras – pré e pós consulta, as que apresentaram unanimidade de realização foram às voltadas ao contato inicial com o paciente e acompanhamento ao longo do tratamento.

Atividades de orientação para prevenção do câncer ou de outras doenças foram mencionadas apenas por A3, E1 e E2. O relato de A3 registra a importância do trabalho educativo com o paciente.

“O tempo todo o nosso trabalho é educativo. Essa parte assistencialista é necessária, é imprescindível, hoje do jeito que a situação financeira tá. Eu era até contra. Mas é necessária. É uma forma de você colocar, de trabalhar com a pessoa para que ela consiga, dentro da situação dela, do contexto dela, passar por aquele caminhão. Então... não é só a parte física, tem a parte previdenciária, a parte habitacional, a parte trabalhista... A gente procura trabalhar com a família toda, que esteja envolvida nisso”. (A3)

A preocupação com a dimensão educativa constatada nos relatos de E1 e E2 pode estar relacionada à história de formação no magistério e licenciatura em enfermagem.

Pela minoria dos participantes também foram abordadas atitudes como de escuta ao paciente e de incentivo a sua recuperação (A2, A3 e P1; A2, A3, E1 e E2). Destacaram-se também as seguintes atividades relatadas: A1 acompanha os pacientes na cirurgia quando os familiares não podem ir; A3 pede aos pacientes que não pensem de modo negativo sobre os resultados do tratamento e os orienta a refletir sobre a vida, os valores, o relacionamento familiar, pede para que sejam pessoas informadas, que leiam e assistam jornal, ao invés de novelas; M1 orienta os pacientes sobre a importância dos serviços de enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição e fisioterapia, além de primar pela verdade do diagnóstico, sem aterrorizar o paciente e sua família; M2, prima pela verdade do diagnóstico, porém fala do mesmo por meio de eufemismos; P1 ajuda a paciente com câncer da mama a redefinir papéis sociais após o câncer (como mulher, uma mulher sem a mama, como esposa, como mãe e como ser social).

Exceto os médicos, que são os profissionais responsáveis pela comunicação do diagnóstico ao paciente, e E3, os demais profissionais relataram que conversam sobre o diagnóstico com os pacientes, quando os mesmos pedem para falar sobre isso. E3 relatou que nunca fala sobre o diagnóstico com seus pacientes e quando

estes solicitam, pede que recorram aos médicos. E3 manifesta sua preocupação com as delimitações de atuação da enfermagem e do médico, bem como do receio de não saber o que responder ao paciente: *“ir além do que deveria dizer como enfermeira”*.

Os profissionais mencionaram que atendem os pacientes levando em conta seus valores e necessidades. Porém A1, A2, E1, E2 e P1 explicitaram que suas intervenções têm como objetivo principal favorecer o paciente e não aos valores pessoais (do profissional), mesmo que seja para aceitar que o paciente queira morrer. Sob ótica diferente, M1 e M2 disseram que o tratamento é discutido e realizado com o consentimento dos pacientes, porém, a medicina é uma profissão de *“decisão”*.

A1, A2, A3, E1, E2 e F1 declararam que a investigação acerca da condição sócio-econômica do paciente é de fundamental importância, pois, a partir desta, irão conhecer os recursos que a demanda dispõe e estabelecer uma comunicação adequada. A2 acrescentou que interage com os pacientes com base no conceito que os mesmos têm sobre saúde e doença. A experiência de A2 tem demonstrado que se não considerados estes valores e indicativos de estilos de vida, os resultados de adesão ao tratamento são negativos:

“(...) não adianta o profissional jogar muitas informações no paciente, sem considerar o que ele traz. O que a gente percebe é isso... não adianta a gente informar sem ter uma base do paciente, você não souber quem é o paciente, como ele viveu, quais são seus conceitos de vida... se você não souber isso dele e começar passar muitas informações, ele não vai seguir suas orientações se não estiver consciente de que são importantes”
(A2).

A3, F1, M2 e P1 falaram da importância de se preparar o ambiente físico para receberem os pacientes: *“tornar o ambiente humanizado”*, com *“calor humano”* e como são as *“salas quentes do SUS”*, com *“biombos furados”* e *“cadeirinhas horríveis”*.

Relatou A3:

“(...) por exemplo, um café que a pessoa tenha... e se sinta bem; a televisão é nova; as revistas a gente procura deixar de várias maneiras – porque é horrível você ir em consultório médico e pegar revista só de médico, ninguém está interessado só nisso. Tem um mal gosto em alguns consultórios, que eu vou te contar... a gente sente até mal. Só vê propaganda de remédio. Não é isso que eu quero ver... Eu quero ver gente bonita... não é verdade?”

O Quadro 5 destaca as seguintes informações: quem é o paciente para os profissionais e quem é a paciente com câncer da mama.

O paciente	A paciente com câncer da mama
Pessoa que precisa de ajuda e vem buscar orientação, tratamento e resposta para seu problema - A1, A2, A3, E1, E2, E3, F1, M1, M2 e P1.	Pessoa que precisa de atenção especial, visto que o tratamento é longo e mutilador - A1, A2, E1, E2, E3, F1, M1 e P1.
Pessoa que precisa ser paciente diante da morosidade do tratamento e, em particular, do SUS. Pessoa que precisa de compreensão, de solidariedade, de respeito e que deve ser atendida e escutada, pois está vulnerável – A1, A2, A3, E1, E2, E3, F1 e P1.	Pessoa que precisa do atendimento de uma equipe de profissionais - M1.
M2- O paciente não deve ser tratado como alguém que está vulnerável e fragilizado, deve ser tratado como uma pessoa “normal”.	Pessoa que tem uma doença curável e que pode ter qualidade e expectativa de vida - M2.

Quadro 5. O paciente e a paciente com câncer da mama.

Os dados apresentados no Quadro 5 evidenciam que o paciente é identificado, pelo profissional, por sua solicitação, ou seja, pelo problema que o leva a procurar atendimento, tratamento e orientação. Exceto M1 e M2 os demais profissionais relataram que os pacientes necessitam, além das informações, encaminhamentos para resolução de um problema de saúde e atenção especial - exemplificada por meio de atitudes como de solidariedade, de respeito, de amor e de compreensão.

A respeito da “mulher com câncer da mama”, com exceção de M2, os profissionais ressaltaram as consequências negativas da cirurgia e do longo período de tratamento, de no mínimo oito meses. As profissionais participantes acrescentaram que no caso do câncer da mama feminino, elas se identificam constantemente com as pacientes, por estarem expostas aos mesmos riscos. Para A1, A2, A3, E1, E2, E3, F1 e P1 o câncer é uma doença triste, difícil, que traz limitação, mutilação, carências e que afeta negativamente a sexualidade feminina. A2 exemplifica:

“Tem a parte cultural que para a mulher a mama é sagrado, se a mulher perder um braço ou um dedo que é algo funcional (usa para escrever, cozinhar), às vezes não é tão difícil para ela quanto perder uma mama, que é um órgão que está ali para servir para amamentação, ele não tem outra função além da estética e da amamentação. E para mim, pessoalmente é assim também”. (A2)

Apesar de M2 enfatizar que o paciente não deve ser tratado como uma pessoa vulnerável e que a paciente com câncer da mama é alguém que tem uma doença curável, quando se colocou na posição de paciente passou a considerar que o diagnóstico e o tratamento não são eventos tão rotineiros. O relato a seguir ilustra as considerações deste profissional:

“... quando você fala em paciente com câncer da mama ou paciente com gripe, dá na mesma, a intenção é que ele viva com qualidade, tendo vontade de viver, tendo esperança de viver (...) Eu acho que eu não consigo encarar como eu falei pra você. Se você falar pra mim que eu estou com uma pneumonia ou com um câncer, eu ia preferir ouvir que eu estava com pneumonia (risos).” (M2)

A1, P1 e M2 descrevem haver diferenças entre os paciente atendidos pelo SUS e os de convênios particulares. A1 e P1 relatam que os pacientes atendidos pelo SUS são *“carentes e humildes”* e cumprem o tratamento *“mesmo sem entender o que têm”*. No entanto, avaliam A1 e P1 de modo negativo, estes são pessoas que aceitam passivamente o que lhes é imposto.

Por outro lado, os pacientes atendidos por convênios particulares são pessoas que questionam, que buscam informações, diferentes opiniões de profissionais e acabam demorando mais para aderir ao tratamento.

Para M2 a diferença está no modo como ele (profissional) é tratado por um ou outro paciente e não no modo como ele os atende: *“o atendimento costuma ser o mesmo”*. A diferença, na opinião de M2, consiste na opção ou não opção do paciente pelo médico. No caso do paciente do SUS, ele procura *“o médico do Posto”*, seja ele qual for; e no caso do paciente particular, ele procura *“o M2”*.

“É, a gente está falando de alguns tipos diferentes de pacientes, né? Existe a paciente que me procura no posto de saúde, ela me procura porque tem um médico lá, e não importa quem está lá. (...) E existe a paciente que vem aqui (no consultório particular) por opção dela, quer dizer... aí já é uma situação bem diferente (...) A gente percebe que o tipo de relação é diferente. (...) o paciente lá (no posto) não está interessado em querer conversar um pouquinho... ‘Ah, como é que a senhora está? Tudo bem? Como está sua família?’ Não. Você chega lá, ela conta o problema dela, você quer arrumar uma solução pra

ela e ela quer saber quais os exames que tem que fazer, tal, tal (...) Quer dizer, no fim das contas, o tratamento é praticamente o mesmo, só que aqui (no consultório), como a gente dá um intervalo maior entre uma consulta e outra e conversa mais com as pacientes (...) Então é bem mais interessante. Mas a parte técnica em si é a mesma” (M2).

O Quadro 6 traz a indicação dos comportamentos dos pacientes que são considerados “difíceis” e dos comportamentos que seriam os “ideais” na interação profissional e paciente.

Para A1, A3, E1, E2, E3, M2 e P1	
O paciente difícil	O paciente ideal
Pacientes que não seguem orientações, não aceitam as limitações do tratamento e precisam de mais atenção, além da que é dada pelos profissionais da saúde -A1, A3, E2, E3, M2 e P1.	Pacientes que seguem orientações, fazem o tratamento e aceitam as limitações da doença - A1, A3, E2, M2, e P1
Para A2, F1 e M1	
Pacientes difíceis e ideais não existem, o câncer deve ser considerado uma doença que modifica a rotina de vida de qualquer pessoa e que as diferentes reações dos pacientes, ao diagnóstico e às conseqüências do tratamento, devem ser respeitadas pelos profissionais, buscando ajuda-los.	

Quadro 6. Comportamentos difíceis e ideais dos pacientes.

A respeito da indicação de comportamentos ou pacientes “difíceis” e “ideais”, os profissionais se dividiram em dois grupos: os que relataram que existem pacientes com comportamentos difíceis e ideais e os que relataram que não existem pacientes com comportamentos difíceis e tão pouco ideais. Os relatos, respectivamente, de E3 e A2, representam os dois grupos de opiniões a respeito da existência ou não do paciente difícil e do ideal.

“Se você vai colocar um soro, ela acha ruim porque vai pegar veia no braço e não na mão; se o soro está um pouco mais rápido, ele quer discutir o porquê do soro estar mais rápido... E daí você fala - Menos, pára, vamos começar tudo de novo. Você tem problemas, nós também temos; é complicado pra você, pra gente também é. Então a gente tem que ser um pouco mais dura, não dá pra ir com denço que não dá certo, porque também esses pacientes mais difíceis, se você vai com muito denço, aí eles querem aproveitar, eles se sentem donos do hospital, donos da unidade em que estão internados, tudo tem que ser feito do jeito que eles querem. Por mais que você trate bem, por mais que você queira ser meiga, por mais que você

queira... chega uma hora que não dá. Eu acho que isso é de qualquer ser humano. Você tem um limite pra conversar, um limite pra estar aceitando. Agora, quando começa, você está tratando bem, e de repente, você só recebe não, não, não. Aí chega uma hora em que você perde a paciência. E isso é com todo mundo. Não é só o enfermeiro, não sou só eu. Acho que é a maioria, todos os funcionários, todo profissional ligado à saúde. Eu acho que assim, chega uma hora que não dá. Você é obrigada a ser grossa, você é obrigada a ser arredia... Não, espera aí. Nós estamos aqui pra te ajudar, e não tem necessidade de você estar tratando a gente desse jeito. Aí a gente chega, conversa: Tem alguma coisa? Pode te ajudar? Você está bravo, irritado, nervoso, por quê? É o problema da doença? É algum problema em casa? Ora é porque tem família que vem trazer problema aqui dentro, né? As vezes, o paciente está super calmo, super bem, e vem gente de fora trazer problema aqui dentro. Ora porque quer ir embora, porque isso, aquilo”.(E3)

“O paciente passa por muitas mudanças, de acordo com o tratamento. Então, vem a suspeita, o diagnóstico, o tratamento que não é fácil, vem a questão da perda da autonomia dos pacientes que passam a ficar dependentes de outras pessoas da família para fazer coisas que antes faziam sozinhos... e isso é complicado. Agora, o paciente ideal não existe, porque seria aquele que recebe o diagnóstico, aceita e começa a fazer o tratamento sem resistência... esta pessoa não existe. Este seria o paciente ideal para gente... porque seria ideal para gente lidar com ele. Todos os pacientes precisam de acompanhamento... de nutricionista para orientá-lo na sua alimentação, depois que começarem as quimioterapias, ele vai precisar da orientação da psicologia, por que sua vida vai mudar, ele vai precisar das orientações do serviço social em cada fase do tratamento ou prognóstico (quitação de imóveis, INSS), também tem as orientações para a família... tem pacientes que são os provedores da família e não são registrados, outros são provedores autônomos que não têm outras pessoas que possam assumir seu papel”.(A2)

Em acréscimo às considerações do grupo que relatou que não existem pacientes difíceis e ideais, F1 abordou a questão dizendo as interações com os pacientes devem ser tomadas como “*desafiantes*” e não difíceis. M1 enfatiza que não existem estes tipos de pacientes, mas existem profissionais “*competentes e incompetentes*” para lidar com os usuários. Vale também mencionar que E2 e P1, quando se referiam aos comportamentos ideais, ressaltaram a participação ativa dos pacientes, buscando informações sobre o problema, questionando profissionais e outros pacientes.

Ainda fazendo referência ao paciente difícil e ideal, todos os profissionais, mesmo os que assim os qualificam, relacionaram as reações emocionais e negativas dos pacientes às condições adversas que o câncer impõe: falta de medicamentos, de cirurgiões, de cotas de exames, morosidade do SUS, cirurgias mutiladoras e tratamentos invasivos. Todos os profissionais relataram que diante destes comportamentos – irritação, impaciência, exigências – tentam compreendê-los e orientá-los da melhor forma possível.

Apesar dos profissionais terem relatado sobre a atenção especial dada ao paciente em condições adversas, não foram identificados relatos em que eles relacionaram seus comportamentos influenciando (produzindo ou favorecendo) na manifestação dos comportamentos difíceis, ideais, especiais e desafiantes dos pacientes. Pois, além do tratamento ser longo e complexo, devemos considerar também que os aspectos relacionados à interação profissional e paciente podem dificultar na adesão do paciente. Por exemplo, explicações rápidas sobre o tratamento ou sobre as consequências da recusa do tratamento; indisponibilidade em repetir, quantas vezes preciso, até que se tenha garantido que o paciente compreendeu as orientações sobre o diagnóstico, tratamento e encaminhamentos; comunicação exclusivamente oral, sem utilização de estratégias que podem facilitar novamente o acesso à informação, como o uso de anotações, por escrito e legíveis; desconsideração da presença de outros agentes estressores na vida do paciente, tais como, situação econômica ruim, desemprego, ausência de apoio familiar, dentre outros (NEDER, 1992; PETRILLI, 2000; STEFANELLI, 1993).

O Quadro 7 vem complementar e concluir as informações sobre as práticas profissionais de todos os participantes deste estudo, apresentando os aspectos gratificantes e difíceis da interação com o paciente e da profissão.

	Aspectos gratificantes	Aspectos difíceis
Interação Profissional - Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o paciente • Sentir-se útil • Avaliar que pode contribuir com seu trabalho • Informar, orientar, aconselhar, agendar, encaminhar, cuidar, reabilitar, curar, resolver problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Não poder ajudar paciente porque o serviço não possui recursos • Interagir com pacientes em fase terminal e suas famílias • Comunicar a morte do paciente à família • Morte do paciente
Atividades da Profissão (de modo geral)	<ul style="list-style-type: none"> • Exercer suas profissão, porque os colocam em contato com pessoas 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercer atividades burocráticas e sem objetivo educativo

Quadro 7. Aspectos gratificantes e difíceis relacionados às práticas profissionais.

As principais situações difíceis vivenciadas pelos profissionais da saúde em interação com os pacientes foram relacionadas ao impedimento de poder ajudá-lo, seja porque não possui recursos (exames, vagas hospitalares, cirurgiões) ou porque sua condição de saúde é irreversível (fase terminal e morte). E2 e E3 apontaram que comunicar o falecimento do paciente à família é uma das situações mais difíceis da profissão de enfermeira. E3 retratou este momento da seguinte forma:

“Olha, é complicado porque a gente que dá a notícia pra família quando a paciente vai a óbito. É difícil falar porque parece que está sendo com alguém de sua família, né? Você tem que saber dividir muito. Às vezes, você fica pensando -Meu Deus, já pensou se... olha, está aí, a gente não pode fazer nada, está indo. Então, você se coloca, já pensou se fosse meu pai?! minha mãe?!... Eu pelo menos penso assim. E a maioria do pessoal que trabalha aqui – os auxiliares, os enfermeiros – também pensam assim. E é difícil”. (E3)

Os profissionais também mencionaram que, em contato com as pacientes com câncer da mama, compadecem do sofrimento da mulher que fez a mastectomia, que está perdendo seu cabelo por conta do tratamento quimioterápico e que foi informada sobre a possibilidade de reincidiva. As participantes (mulheres) ressaltaram a

comparação inevitável que fazem da própria condição de vida com a das pacientes (esposa, filha, mãe, mulher).

M1 destacou que “testemunhar erros médicos” também faz parte das situações negativas de sua prática profissional.

Considerando, principalmente, as situações que não podem ser totalmente evitadas, mesmo com práticas de prevenção, condições favoráveis de vida, tecnologias da medicina, como é o caso da morte, da comunicação de um falecimento, da queda do cabelo, da perda da mama, os profissionais manifestaram que nestas situações ainda podem viver experiências gratificantes, exercendo, em contato com pessoas, a máxima de suas profissões – ajudar o outro. Os relatos de E2, P1 e M1 ilustram estas experiências gratificantes.

“Já vi pacientes graves aqui, em fase terminal que você acha ele lindo, porque ele está muito preparado para sair deste mundo, para ir para outro. Com isso você aprende a ter humildade para aceitar as coisas, para crescer neste plano espiritual, de ter humildade para aceitar a doença e até a dor. Eu gosto muito da minha profissão, ela não dá dinheiro, mas me dá uma satisfação interior muito grande. Eu acho que neste mundo nós temos que ter o suficiente para sobreviver com dignidade... ter condições de se alimentar e educar seus filhos, conseguindo isso está ótimo”. (E2)

“Eu pude observar pessoas lutando e valorizando a vida e eu pude observar pessoas menosprezando a vida. E assim, eu pude ver a referência de vida que eu tinha, e observar a minha vida, o que eu valorizo, o que eu não valorizo (...).foi muito positivo pra eu valorizar a minha vida. (...) além de valorizar, conduzir a minha vida, ver que eu tenho possibilidade de conduzir, direcionar a minha vida para um lado positivo, um lado agradável(...)” P2

“Eu me considero (...) privilegiado em poder compartilhar com os meus pacientes situações tão essenciais, tão verdadeiras, né? E que... tão poucas pessoas se prontificam a viver e... compartilhar e... aprender. E na medida em que eu não me omito das necessidades dos meus pacientes, isso me provê um crescimento contínuo, do ponto de vista espiritual, intelectual, emocional, religioso... a pessoa cresce como um todo”. (M1)

As gratificações ligadas às intervenções de caráter educativo, novamente, aparecem nos relatos dos profissionais, especialmente de A1, A2, E1 e E2. A insatisfação com o serviço público foi retomada, revelando rotinas avaliadas como

ineficazes, como por exemplo: distribuição de preservativos e de passes de ônibus sem orientação educativa e por meio de campanhas “relâmpagos” de um dia - contra tabagismo, diabetes e colesterol.

5.2- Caracterização e a análise dos comportamentos dos profissionais da saúde em interação com seus pacientes.

Com base nos dados até então apresentados podemos dizer que os participantes estabelecem com os pacientes uma relação de ajuda, constatada por meio da manifestação de interesse e de disposição dos mesmos (diante de situações avaliadas como difíceis ou gratificantes) em suprir as necessidades dos pacientes, nas diferentes dimensões de suas vidas - saúde, trabalho, relacionamentos interpessoais.

Embora a relação de ajuda estivesse presente nos conteúdos do que foi relatado pelos participantes, alguns aspectos poderiam diferenciá-la quanto ao relacionamento interpessoal: profissional e paciente.

De acordo com a caracterização de relacionamentos interpessoais (profissionais da saúde e paciente), descrita por ANGERAMI-CAMON (1998), foi possível constatar que A1 e E2 se relacionam com EMPATIA GENUÍNA.

Este posicionamento implica reconhecer e compreender a condição de fragilidade dos pacientes e compartilhar valores e sentimentos pessoais. A exemplo, seguem os relatos de A1 e E2.

“A gente aprende na faculdade que a gente não pode se envolver com as experiências negativas da profissão, que a gente não pode chorar... mas não tem jeito, eu me envolvo mesmo. Depois do óbito do paciente (...) ia visitar a família, ia orientar com relação à pensão, à colocação dos filhos, a gente se envolvia mesmo, não a ponto de viver só estes momentos, mas a gente se envolvia de maneira positiva, para auxiliar a família. Este tipo de envolvimento ajudava a família do paciente e a gente também” (A1).

“Tem gente que acha que a gente tem que separar por que se não a gente acaba assimilando o sofrimento dos pacientes. Eu não assimilo o sofrimento dos outros...EU SINTO e é isso, e você precisa sentir para que sua atividade técnica seja humana, se não ela passa a ser muito máquina que é o que está acontecendo no nosso meio profissional” (E2).

A2, A3, E1, E3, e P1 mantêm um posicionamento, denominado pelo autor de PROFISSIONALISMO AFETIVO, implicando expressão de afeto, sensibilidade e compreensão da condição do paciente, resguardando os objetivos de suas funções profissionais. Os trechos dos relatos abaixo evidenciam o PROFISSIONALISMO AFETIVO de A2, A3, E1 e E3.

“Não é fácil conversar com uma mulher que fez a cirurgia, ela pode pensar que é fácil falar quando se tem duas mamas. A gente não tem que ficar preocupada em colocar um enchimento, ver se ficou do mesmo tamanho, se uma mama ficou mais para lá ou para cá. A gente não consegue encarar como ela. Porque não adianta dizer para ela pensar em outras coisas, não pensar nisso. É preciso falar com a paciente de outra forma... dar apoio dizendo o quanto foi importante fazer a cirurgia e que isso faz parte do tratamento” (A2).

“É difícil quando eu atendo uma mulher na minha idade, com crianças – como eu tenho – e com câncer avançado. Eu me coloco no lugar. (...) minha parte emotiva fica mais frágil nesta situação. Quando ela tem a sua idade, quando ela tem características parecidas em algumas coisas, parecidas com você. Eu ajo com ela da mesma forma. Agora comigo, eu procuro trabalhar melhor (risos). Diferenciar que o que tá acontecendo com ela não vai acontecer comigo, você entendeu? Porque por mais profissional que você seja, você é humano, não é verdade? Então você tem... tem dias que você não tá tão bem, tá mais ansiosa, que você tá mais fragilizada; tem dia que você discute com o marido, não traz pro serviço, mas fica, né? (risos), Eu procuro agir com ela da forma que eu tenho que agir, mas eu tenho que trabalhar melhor comigo. Eu penso, eu penso. Eu fico analisando, eu volto... Não. Não é comigo (...) não posso pensar desse jeito” (A3).

Então (...) infelizmente o que vem em minha mente sobre o câncer é a morte (...) Mas depende muito da postura do profissional, você encarar o problema, ter coragem de encarar, encorajar o paciente a ir enfrente. Se o profissional fizer desta maneira o paciente vai fazer também, você encoraja o paciente. Depois, quando o paciente sai do consultório, a gente faz algumas orientações, como funciona o serviço, os encaminhamentos, encaminhamos para assistente social, para a psicóloga... tentando conduzir a situação de maneira natural, para a pessoa não ficar muito estressada com a situação (...)” E1.

(quando tem que comunicar à família que o paciente está para morrer) “A gente procura fazer o possível pra estar adiando isso, eu acredito até que seja egoísmo da nossa parte... Às

vezes, o Dr. R. fala pra gente: “Olha, (o paciente) vai descansar.” Então a gente fala: “Como você é frio”. “Não é questão de ser frio, mas olha como ele está sofrendo!” E ele sofre. Tem paciente que pede pra morrer, porque são dores horríveis, e não adianta a gente nem querer, assim, é... tentar pensar o nível da dor. Então, é complicado. E no fim, a gente acaba falando pra família... “Olha, seria melhor que... sabe... chegasse a hora dele, pelo menos, pára de sofrer”. Então, a gente acaba tendo que conformar a família desse jeito. Mas é difícil. E olha que a gente convive com isso diariamente. O maior índice de óbito que a gente tem aqui é de pacientes de oncologia”(E3).

(em visita a uma paciente mastectomizada) “... minha maior dificuldade foi ir ao hospital e encontrá-la. (...) ela ligou várias vezes, pediu pro filho ligar, tal. Eu entendi que eu deveria ir, mas chegando no hospital, vê-la de dreno, o corte... e ela queria mostrar a cicatriz, tudo!... já é uma dificuldade minha de ver... não é a minha praia, né? Dá aflição! Mas ela queria, era importante pra ela mostrar os pontos e contar que arrancou assim, assado, que o médico falou... Então, eu escutei normalmente, porque era importante e tudo bem – no aspecto concreto, prático, né? Agora, no aspecto emocional, eu me questionava bastante...Puxa vida, realmente não ter um seio e se relacionar com um homem, com alguém, tem que ter uma reestruturação muito grande, né? Então, me comoveu, me fez questionar bastante essa situação” (P1).

O DISTANCIAMENTO CRÍTICO, relacionado aos comportamentos relatados por F1 e M1, baseia-se em argumentações consistentes para omitir sentimentos e emoções semelhantes as dos pacientes, sob a justificativa de que o “distanciamento” tem a função de melhor compreender as queixas da clientela. Vejamos os relatos de F1, M1 e M2.

“Às vezes os pacientes me perguntam assim: “F1, você nunca tem problema na vida? Sua vida é um mar de rosas?” Não, não é um mar de rosas. Existem todos os problemas que todo mundo tem.... mas ...quando eu entro na minha clínica – isso é uma dádiva (...) eu consigo realmente discernir, eu consigo separar e realmente tentar me doar pra aquilo que eu estou fazendo. Então, o paciente geralmente não percebe que eu não estou bem (...) Eu acho assim, eu não tenho direito de estar passando mais uma carga negativa pra ele, sendo que ele já está com tantas, Não é esse o meu objetivo.(...) Eu posso até chegar em casa e me arrebetar de chorar com o meu marido, eu falo o que eu sinto, mas pro paciente eu acho que eu tenho que ser um apoio. Então eu, por enquanto, eu tô conseguindo

discernir, assim, separar a minha postura enquanto profissional” (F1).

(em relação à morte do paciente) “É uma coisa tão cotidiana na minha vida que na verdade eu procuro não estar ausente às necessidades da família em relação a um momento tão especial da vida dele, né, tentar minimizar a questão conjuntural que torna a morte um ritual frio e por aí vai... É... procuro exercer esse conhecimento dessa forma. Do ponto de vista pessoal, emocional meu, pouco me afeta. Não que seja frieza, mas... a minha função é essa. Se eu me envolver emocionalmente de forma a perder a serenidade, perder a consciência crítica que me move em termos desses conteúdos, eu deixo de um médico e passo ser alguém da família que se norteia pelo afeto da perda de um ente querido” (M1).

O posicionamento de M2 se diferencia pela relação que estabelece com seus pacientes. O posicionamento de M2 foi identificado como CALOSIDADE PROFISSIONAL. Com base no exemplo de dois de seus relatos, M1 expressa indiferença ao sofrimento do paciente, justificando ter que priorizar a intervenção médica necessária para curá-lo:

“A gente costuma formar uma auto-proteção, mais ou menos assim... O problema é dela, não é meu. Se está mal pra mim, imagina pra ela. Então você encara dessa maneira para conseguir lidar com a coisa, você não tenta comprar o problema dela. Você quer ajudar resolver da melhor maneira possível. Se você levar o problema pra casa, você não dorme. Sabe quando você está com uma pessoa doente que você fica com aquele mal estar o tempo todo? Quando tem alguma coisa incomodando no dia-a-dia que você não sabe o que é? Se você começar a se envolver demais com a paciente, você acaba ficando meio maluco. Por exemplo, eu sou sair daqui agora e vou fazer uma cesariana. Como é que eu vou querer fazer uma cesariana, uma criancinha que vai nascer, pensando na mulher que fez a cirurgia de câncer da mama ontem?! Não dá, né? São situações completamente diferentes. Então, você tem que ser outro, outra pessoa. Não tem jeito. Não dá!” (M2).

(em relação à cirurgia da mama) “Tecnicamente é fácil, não é muito complicado. A não ser que eu vá comprar o problema dela pra mim (...) Você tem que olhar aquilo com uma cicatriz e mais nada, né? Você tem que fazer isso, você tem que tratar como uma cicatriz – está machucado aqui, conserta aqui, limpa aqui, troca o curativo aqui... porque não dá pra você ficar ‘Meu Deus, essa mulher está sem mama, e agora?! O que vai ser da vida dela?!’ (...) Você vai ficando meio alheio a isso daí... um pouco” (M2).

Anterior aos posicionamentos identificados com base no artigo de ANGERAMI-CAMON (1998), mencionamos que todos os profissionais manifestaram interesse e disposição em atender às necessidades dos pacientes, independente da formação profissional. Em relação a esta constatação podemos analisar que valores morais e religiosos e experiências pessoais com pessoas doentes na família apresentam influência sobre o interesse e a disposição, manifestados por todos os profissionais, em ajudar o paciente.

De modo geral, os participantes relataram que têm como objetivos de vida: o desenvolvimento pessoal (moral – caráter, honestidade, franqueza) e espiritual (religioso - fé), o trabalho em prol das outras pessoas, o amor e o respeito pelo outro e o amor pela família. Estes objetivos foram aprendidos em convívio social, durante a infância e a adolescência dos participantes, e considerados como idéias, pensamentos e atitudes imutáveis.

“ (...) se você ama o teu próximo você quer o melhor para ele. Então, você aprendendo estas coisas desde pequenininho, quando você crescer não vai se desviar disso. Por isso que eu acho que a gente tem que ensinar a criança este lado de amor ao seu próximo, e as religiões procuram mostrar isso, muitas religiões não só a minha. Se a criança desenvolve isso, a tendência é ser um adulto mais preocupado com o outro”. (E2)

Cabe destacar que os participantes deste estudo relataram e discutiram também sobre o momento da escolha da profissão. Nestes relatos aparecem os valores morais e religiosos pessoais como elementos que exerceram influência na escolha da profissão. Dado que merece ser destacado é que os interesses pessoais atribuídos à escolha da profissão também estavam relacionados ao modo como os participantes interagem com seus pacientes. Por exemplo, M2, relatou que gostava de estudar Biologia e por isso escolheu medicina, foi algo natural, simples, normal:

"Eu me interessava muito pela parte técnica da Medicina, como uma coisa natural... normal, como eu gostava de cinema, eu gostava de Medicina. Eu acho que é mais a parte técnica da Biologia em si que me atraía, mas não de ... 'eu quero ser médico para ser ginecologista ou cardiologista', ou para ser isso ou aquilo" (M2).

Para M2 a paciente com câncer da mama deve ser tratada como ele trata de modo geral seus outros pacientes - sem levar em conta sua vulnerabilidade e fragilidade, sempre cuidando para que o sofrimento do paciente não afete seu desempenho profissional.

Informações referentes às experiências pessoais com pessoas doentes na família (câncer e outras patologias) foram também investigadas e relacionadas às práticas profissionais em interação com pacientes. Todos relataram casos de doenças graves na família (vividos antes, durante e depois da faculdade), dos quais tiveram participação direta nos cuidados dos enfermos (pais, irmãos, avós e dos próprios profissionais). Estas experiências suscitaram o desejo de poder ajudar outras pessoas, por meio do exercício profissional e, em particular, pelo contato com pacientes oncológicos. Respectivamente, os relatos de E1 e A1 atestam a relação de influência analisada.

*“(...) Nunca tinha pensado antes em ser enfermeira, antes da doença do meu pai. (...) meu pai ficou doente e ficou internado, fez cirurgia no estômago e ficou, quinze dias, no CTI Então, nesta situação, ao invés de ficar traumatizada eu gostei, acompanhei meu pai, me envolvi, porque eu ajudei, participei.”
(E1)*

“(...) meu pai teve uma suspeita de câncer. Ele desmaiou no supermercado, nós fomos para o PS, o médico falou que poderia ser câncer e eu me senti tão desprotegida... não sabia quem procurar, trabalhando na saúde. O problema do meu pai não era câncer, mas eu voltei na Secretaria e falei eu quero trabalhar com pacientes com câncer. Eu me senti muito desamparada, mesmo trabalhando na saúde e com nível superior de instrução, imagina estas pessoas sem recursos, coitados!” (A1).

Por meio da fala de alguns profissionais, principalmente dos que participaram no curso de formação continuada, visto que esta condição permitiu que mais informações sobre as práticas fossem apresentadas e registradas, também constatamos a influência de valores pessoais determinando seus posicionamentos em interação com os pacientes.

Por exemplo, A1 e E2 - especialmente em situações nas quais o paciente apresenta dúvidas, receios, sofrimento e solicita o profissional - expressam e avaliam

seus sentimentos, se colocam no lugar do paciente, voltam para o lugar do profissional, ou melhor, nem se preocupam com esses lugares, pois o foco de atenção está no paciente e não em quem são, ou em quem devem ser quando estão com eles. Nos relatos a seguir, A1 manifesta seus sentimentos em relação aos pacientes e E3 ilustra como dois casos como conduz suas intervenções com mulheres que fizeram a mastectomia e pais que perderam filhos com o câncer.

"Tem paciente... a C. por exemplo era de índole ruim. O próprio marido se referia a ela como 'aquela defunta viva', e no fim foi ele quem morreu primeiro. Ele teve um AVC e morreu . Ela tinha uma filha adotiva que não a suportava de tanto que ela judiava da menina. Ela era insuportável. Os hospitais não davam vaga para ela. Verdade! Ela era ciumenta, não podíamos dar atenção para o outro paciente. Quando ela morreu, eu não fui, não era porque ela morreu que eu vou falar que ela era boa. Agora também... de vez em quando a gente pega o arquivo morto pra matar saudades de alguns pacientes que já tinham morrido. Verdade! (A1)

"Muitas mulheres escutam de outras que depois da cirurgia o marido não vai gostar mais dela e que vai ter interesse por outra. Nestes casos eu falo assim: Não tem nada disso... (eu procuro mostrar para elas) porque o amor verdadeiro não está baseado na sua mama, o amor quando é verdadeiro gosta da sua essência, não só do seu físico, porque quando seu marido casou com você, você era uma bela jovem de 20 anos e então, quando a gente tiver 50 o marido não vai amar mais? Será que ele não acompanha o envelhecimento dele ou as doenças que poderão surgir na vida? Então não... o seu marido te ama e vai te acompanhar direitinho, não se preocupe com isso, porque se ele te amar realmente ele não vai te abandonar porque você retirou uma mama". (E2)

"Quando estamos num jardim, não queremos pegar uma rosa bonita? Então, Deus também quer ao seu lado pessoas jovens e bonitas como o meu filho (...) os filhos não são nossos, não nos pertence. Deus nos deu, mas eles não nos pertencem. O dia que Deus quiser, ele vem buscar. Por isso eu valorizo cada momento na nossa vida. O dia que eles deixarem de existir, você tem que ter uma lembrança boa que justifique o seu presente e que ele seja tão bom que te garanta um futuro melhor. Se a gente trabalhar com as pessoas dessa forma, a gente ajuda as pessoas a vencerem esse momento de dor"(E2).

Adquiridas no exercício da profissão, as experiências profissionais também foram identificadas como elementos de significativa influência sobre o

posicionamento dos participantes em interação com pacientes oncológicos.

Em serviço os profissionais passam a conhecer melhor sua clientela (o paciente), suas características comuns e divergentes, as situações de rotinas e as adversas, bem como podem testar diferentes recursos de interação pessoal. Os relatos de A2 e E2 evidenciam que o exercício profissional possibilita, além do conhecimento da clientela, melhor atender o paciente e mais satisfação com o trabalho.

“Eu entrei aqui eu não conhecia nada, depois a gente começa aprender com a equipe, com o próprio paciente, até hoje a gente aprende. Quanto mais a gente trabalha num determinado local, com determinado problema, mais você conhece mais você interage. Hoje eu faço perguntas para o paciente que antes eu não perguntava, antes passava despercebido e hoje eu sei que são coisas importantes. Então, hoje eu atendo melhor, porque a gente conhece mais... a gente conversa mais com os pacientes. As histórias que eles vão trazendo servem para que a gente fique alerta e passe a considerar aqueles aspectos da vida do paciente que a gente não levava em conta”. (A2)

“É difícil para o paciente, por exemplo, que trabalha e sustentava a família ficar numa cama... gera aquela situação difícil. Mas a gente como tem uma experiência de conviver com as pessoas durante muito tempo, tem um jeito muito especial de saber ouvir. Quando os pacientes estão bastante nervosos, exigentes, começam a exigir coisas que nem se justificam. A gente entende que é uma forma de jogar para fora aquilo que está perturbando. Como eles não têm uma forma correta... porque não foram orientados, passam a te agredir, cobrar... daí você ouve, vai lidando com jeitinho até eles caírem na real e vêem que a situação é outra e que eles podem passar por esta dificuldade, sem reagirem desta maneira”. (E2)

A experiência profissional pode também ocasionar mudanças de concepções pessoais em relação aos pacientes e às situações de trabalho. Juntas, as experiências pessoais e profissionais podem promover novas formas de interagir com os pacientes e novas práticas profissionais. No relato de A2 a experiência com o câncer do pai trouxe algumas preocupações pessimistas em relação ao trabalho com pacientes oncológicos. No entanto, no serviço, em contato com os usuários e outros profissionais foi observando as possibilidades de prevenção, de tratamento, de cura e de qualidade de vida. Atualmente sua experiência pessoal orienta sua atenção e preocupação integral com o paciente, inclusive após o tratamento, e sua experiência profissional, orienta seu empenho em ajudar o paciente a se recuperar.

“Quando eu fui colocada aqui eu não queria vir, porque eu tinha um caso de câncer na família e estava um pouco receosa. Agora a gente conhecendo um pouco mais a patologia a gente tem condições de orientar melhor, de apoiar melhor... com o conhecimento as coisas ficam mais fáceis. O câncer, não sei se o médico vai concordar comigo... mas ele para mim é uma doença enganosa, pela experiência que a gente tem aqui, às vezes o paciente está muito bem... ele teve o câncer, operou, fez o tratamento, está em acompanhamento, está ótimo... de repente ele tem uma metástase e começa tudo de novo. Então, quando fala em câncer para mim eu fico atenta, eu não abandono os pacientes que estão em acompanhamento, que vem aqui de seis em seis meses e a cada um ano, porque eu não sei... de vez em quando eu chamo para conversar para saber o que está acontecendo. Às vezes o problema do paciente não é uma reincidiva, mas um outro problema que a agente também pode ajudar”. (A2)

Importante mencionar, na caracterização e análise das práticas de profissionais da saúde - em especial, da interação estabelecida com pacientes oncológicos, que os valores religiosos aparecem como podemos ver nos relatos de A2, A3, F1, M1 e P1, relacionados às situações difíceis do exercício da profissão.

“Quem tem uma religião tem esperança, espera em alguma coisa além das suas forças. Então, eu acho que isso é importante. Se você for uma pessoa que não crê em nada... que acredita que a vida é só aquele cotidiano... uma série de fatos que acontecem e que você não pode esperar nada além de seguir aquela seqüência... o que você vai poder passar de bom para uma pessoa que está atravessando um momento difícil?” (A2)

“Porque o dia a dia vai endurecendo a gente aqui. Você trabalhar, vamos dizer, com a miséria... porque é. É o lado não tão bonito da vida, te deixa... vai modificando seus valores, a sua maneira de ver. A religião preenche. Eu trabalho muito com a morte... Eu trabalho com perdas, o tempo todo eu trabalho com perdas, e isso, como ser humano é difícil pra gente. É muito difícil você estar com uma pessoa e ir perdendo... é uma somatória de perdas” (A3).

“A Fisioterapia, de uma maneira geral, ela acaba fazendo com que o profissional se doe muito até pelo tato... a gente coloca muito a mão no paciente. No fim, o paciente acaba sugando demais. Então eu acredito que se o profissional não tiver uma estrutura embasada numa espiritualidade... eu acredito que a espiritualidade tá muito ligada à religião, né? Eu acho que ele

não consegue se manter, assim, numa integridade pra tá passando isso pro paciente. Porque principalmente o paciente com o câncer, ele tem a fase de não aceitação, ele tem a fase do medo, do desconhecido, e tudo isso você tem que tá passando pra ele. Eu acho que a religião te embasa, de uma certa maneira, como ser humano, como pessoa – porque todos nós temos as nossas carências” (F1).

“(...) a religião pode representar um conforto no momento tão adverso na vida das pessoas, tendo esse referencial bem definido me ajuda a interagir com os pacientes” (M1).

“Então, eu acho que essa fé em Deus, em algo, me ajudou a achar que as coisas têm possibilidades e, com isso, quando eu tenho alguma situação nas mãos, que eu não tenho conhecimento suficiente ou me sinto perdida pra estar resolvendo, eu procuro algum... eu procuro a resposta” (P2).

Podemos notar, a partir dos relatos acima descritos, que a fé e as crenças religiosas foram verbalizadas como base do enfrentamento para minimizar ou lidar com situações difíceis para os profissionais em contato com os pacientes: situações de morte, sofrimento, dor. Os profissionais, quando se referiram a estas situações, não mencionaram as aprendizagens profissionais decorrentes da formação básica, das experiências profissionais e da formação continuada como subsídio para minimizar, reduzir, evitar, terminar com situações difíceis ou com os efeitos emocionais produzidos por elas, pelo contrário, como apontou E1, os valores familiares e religiosos, vêm suprir “as falhas da graduação”: *“Então eu poderia ter saído da universidade um profissional frio e técnico. E por que isso não aconteceu? Porque eu tive uma bagagem familiar, eu tenho uma religiosidade e isso que me ajudou a crescer um pouco mais”.*

O próximo tópico tratará sobre este tema, identificando, discutindo e analisando a formação básica dos participantes e as políticas públicas de saúde, relacionadas às práticas de profissionais em interação com pacientes oncológicos.

5.3- Caracterização da formação básica do profissional da saúde

Durante o curso de formação continuada, a discussão sobre o papel da formação básica se destacou nos relatos dos profissionais, em dois aspectos: quando se referiram à formação do médico, em especial, influenciando na formação de outros

profissionais na área da saúde e no trabalho de equipe; e quando se referiram ao distanciamento entre o que foi aprendido no curso de graduação e às exigências do exercício da profissão, em termos de habilidades interpessoais importantes na interação com os pacientes.

Qual a influência da formação do médico sobre a formação de outros profissionais da saúde? Segundo CANÁRIO (1997) a formação do médico é ainda uma forte referência para a formação de outros profissionais da área. Além de referência, ocupam um poder hierárquico sobre as outras profissões da área.

Historicamente os médicos são considerados os representantes dos deuses, são responsáveis por salvar a pessoa da dor e da punição da doença e responsáveis por vencer a morte (BELLODI, 2001; PORRO, 1987). Exemplificam M1 e M2:

“Se a massagem do ego do médico é resolver problemas dos outros, eu estou no céu! (risos)”. (M2)

“Somos formados para sermos herói, mas isso acontece de maneira explícita: “Você deve ser, você é o todo poderoso”; mas, de maneira implícita, com a concepção do que é fazer medicina - curar as pessoas” (M1).

Segundo KOVÁCS (1991) o avanço técnico-científico associado aos valores sociais reforçam o desejo e o papel do médico como herói, como o vencedor da morte. A autora afirma que:

“No primeiro ano do curso, os futuros médicos entram em contato com a morte despersonalizada, sem identidade e sem história. São ossos, músculos e nervos que são cortados e examinados com frieza e objetividade. Quaisquer sensações de repulsa, nojo ou desespero devem ser reprimidas. Muitas vezes, para ocultar esse sofrimento, a defesa é fazer piadas, gozações ou banalizar” (p.182).

De maneira geral, nos currículos dos cursos de medicina são raras as disciplinas que abordam o aspecto emocional do paciente ou tratam dos aspectos emocionais do próprio estudante, em contato com o paciente (KLAFKE, 1991, KOVÁCS, 1991; MILAN, DE MARCO, ROSSI & DE ARRUDA, 1999; NOGUEIRA – MARTINS, 2001).

Para M1 “o médico exerce o monopólio do saber – isso é histórico”:
Complementou ainda:

"ao médico cabe a busca da imortalidade, ele é o guerreiro que luta contra a morte. O câncer mata muita gente. O câncer é uma forma de morrer. A cura do câncer, na verdade, é um entendimento gênico da vida. Quando você curar o câncer, você consegue a imortalidade. E isso é reforçado pela sociedade. A sociedade precisa de herói (...) ninguém questiona o médico. As crianças aprendem que não podem chorar perante a consulta médica. Ai você aprende que você deve ter uma postura de submissão frente ao médico (...) Então, interagir com pessoas que vão morrer é um grande privilégio. E a aceitação da morte me parece a chave de tudo."(M1).

M1 sugere que a “aceitação” da morte pela humanidade poderá modificar concepções e posicionamentos (de pacientes e de profissionais), historicamente construídos em relação à profissão do médico.

O relato de M1 pode ser fundamentado na obra de MARANHÃO (1996) que contextualiza o tema “morte” na atualidade.

Ao longo dos tempos “a morte” deixou de fazer parte de um processo natural de nossas vidas e passou a ser algo extremamente temido, combatido e distante de nosso dia-a-dia. Nossa sociedade ocidental e utilitária discriminou como negativo os rituais de passagem, transformando todas nossas reações emocionais, que poderiam nos ajudar a minimizar o sofrimento de perda (compartilhando publicamente de sentimentos) em manifestações vergonhosas de descontrole emocional e de fraqueza humana. Nossa sociedade que corre em busca de avanços tecnológicos deu a nossa morte um sentido e significado de estado desqualificado, por ser opositor a produtividade (MARANHÃO, 1996).

Podemos ainda analisar que ao aprendermos temer a morte e a evitar “perder tempo” com rituais de luto, com discussões e conversas a respeito de nossa finitude, aprendemos também a evitar a vida. Em nossa cultura ocidental “falar de coisas ruins, atrai coisas ruins” e “pensar em doença, atrai doença”. Por isso, não precisamos de exames periódicos, de cuidados permanentes com a saúde, porque estas práticas nos remetem a possibilidade de ficarmos doentes, nos remetem a pensamentos de que estamos evitando doenças e que as doenças existem. A reversão ou a modificação desta prática evitativa e nociva à promoção da saúde, baseia-se em tornar

nossos comportamentos mais sensíveis a nossa finitude, mais vulneráveis à morte humana e à perdas, de modo geral. Esta sensibilização poderia promover maior adesão, participação e responsabilidade nas práticas de saúde, e deixarmos de delegar nossas vidas e condição de saúde-doença à medicina curativa e aos heróis da medicina.

Segundo KOVÁCS (1991), na formação acadêmica do profissional da saúde, o aluno deveria pensar e refletir sobre seu próprio luto e sobre o luto do paciente. Com este pressuposto, a autora discute sobre a importância da criação de espaços de estudos e reflexões acerca do tema num contexto universitário, para todos os cursos da área da saúde e social. Deste modo, a equipe profissional seria beneficiada se tivesse momentos de discussão de casos clínicos, estudos e reflexões sobre suas práticas profissionais no contexto direto de trabalho.

Com base neste perfil de formação, os participantes deste estudo fizeram considerações a respeito da formação do médico, influenciando seu posicionamento em interação com os paciente e equipe multidisciplinar.

Na opinião de A2 *"os médicos são menos preparados, no que se refere ao conhecimento de Psicologia, que os outros profissionais da área da saúde"*. Por isso, A2 relatou que procura "ajudá-los" no desenvolvimento de habilidades interpessoais, visando também promover o "bom atendimento ao paciente":

"Eu tenho pra mim que para fazer um paciente feliz basta ouvi-lo. O profissional não precisa ser um "expert" em tudo, mas se ele sabe ouvir o paciente e dar um pouco de sua atenção à família do paciente... E às vezes o profissional é um excelente técnico e nesta parte é um desastre. Vocês sabiam que eu cutuco eles? Eu sempre tenho problemas no hospital para resolver e aí eu tenho que cobrar deles. Quando eu tenho queixas mais graves dos médicos eu levo para o diretor administrativo. Agora, quando eu tenho mais intimidade com alguns deles e sei que não vou melindrá-los, eu peço para o médico conversar um pouquinho mais com o paciente dizendo: 'O paciente está mais ansioso do que outra coisa, é o senhor que é o santo da devoção dele ir até lá. Se eu pudesse intermediar e satisfazê-lo eu faria, mas ele quer o senhor, ele está carente de sua presença. Mesmo que o senhor não fizer nada, só receitar uma água destilada, isso vai fazer efeito. Então, vai lá!" (E2).

Complementaram E2 e A2 que os médicos, a pretexto de não terem tempo, não conversam com seus pacientes, ou melhor, não sabem o que dizer:

"O médico leva pronto para o paciente a solução técnica para seu problema. Eles conversam muito pouco com o paciente. Eu observo isso no hospital... no consultório eles conversam mais, quando é particular um pouco mais ainda, porque são obrigados a engolir o paciente. Quando eles passam visita no hospital é rápido, eu ouço queixas da família, do próprio paciente. Eu ouço assim: ele passou aqui rapidinho e nem deixou eu falar".(E2)

"Eu questiono com o paciente: Você falou isso para o médico? O paciente responde: Eu falei! E o que ele falou? O paciente responde que não sabe, que não entendeu".(A2)

Seja na prática médica ou de outros profissionais da saúde, podemos considerar que existem múltiplos fatores envolvidos na aprendizagem de uma profissão, dentre eles, estão as expectativas pessoais e familiares que se cruzam com as oportunidades institucionais e sociais, quando escolhemos uma profissão; as tensões e os sentimentos que acompanham as primeiras experiências profissionais; as relações estabelecidas com a clientela, com os colegas de trabalho, com o conhecimento e com a própria profissão, exercida dentro de um contexto cultural e organizacional (CAVACO, 1996).

A estes fatores podemos acrescentar à prática do profissional da saúde, que a formação básica tem-se mostrado como elemento determinante.

No presente estudo, embora os valores familiares, morais e religiosos, bem como as experiências pessoais e às adquiridas com a prática profissional foram importantes fontes de aprendizagens para os participantes, a relação interpessoal profissional da saúde e paciente, têm se pautado nos pressupostos de um modelo técnico de formação (CANÁRIO, 1997).

Os participantes deste estudo enfatizam em seus relatos que a formação dos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistente sociais, psicólogos) "é técnica". O relato de E1 pode representar a opinião dos demais participantes:

"(...) a gente fica muito com aquela visão de prescrição de enfermagem, só, mais técnica. Não que a gente não tenha outra prescrição... a gente faz o levantamento das expectativas do paciente, mas não é alguma coisa mais trabalhada, é meio pincelada e então na hora da prática você esquece e nem pergunta, principalmente quando você não está seguindo o

roteiro de entrevista em enfermagem aí então que você esquece, passa por cima".(E1)

As críticas a este modelo de formação se fazem pertinentes, para a formação do profissional da saúde, sobretudo, porque torna sua prática predominantemente instrumental, ou seja, dirigida para solução de problemas mediante a aplicação rigorosa de técnicas científicas.

Cabe destacar que os participantes deste estudo consideraram as contribuições do modelo de formação técnica para as práticas profissionais. No entanto, segundo PÉREZ-GOMÉZ (1992), uma abordagem unívoca pode ser limitada para uma prática social, visto que o profissional é chamado diariamente a enfrentar problemas de grande complexidade e incerteza.

O modelo de ensino e de formação, sob a perspectiva técnica tem como característica principal, a seqüência hierárquica de três níveis de conhecimento: da ciência básica que dá suporte à prática; da ciência aplicada que dela deriva os procedimentos cotidianos de diagnóstico e de solução de problemas; das competências e atitudes que se relacionam com a intervenção e atuação ao serviço do cliente, utilizando o conhecimento básico e aplicado que lhes está subjacente (GARCÍA, 1992; MOREIRA E ALARCÃO, 1997; OLIVEIRA, 1992; PÉREZ GÓMEZ, 1992; SCHÖN, 1992; ZEICHNER, 1992).

Uma das dificuldades encontradas pelos profissionais e produto do modelo técnico de formação, está na aprendizagem teórica sem referência à prática profissional. P1 relatou que antes dos estágios questionava a seguinte teoria: *“Como o estado emocional podia provocar reações no organismo? Eu ficava questionando isso. Eu lia sobre isso. Só na prática, em contato com os pacientes, fui vendo que não dava para separar corpo, emoção, pensamento”*.

M1 também manifestou que o modelo de formação universitária se distancia da realidade e das necessidades dos usuários. Questionou que os estagiários de outras áreas atendem apenas no ano letivo e *“perspectiva do doente, como fica? Prioriza-se a formação do aluno e o paciente é esquecido nos meses de férias?”*.

As reformas curriculares foram mencionadas e discutidas pelos participantes do curso, destacando que o papel da universidade deveria tanto promover a produção de conhecimento, quanto formar um profissional criativo, crítico e reflexivo.

Segundo MASSETO (1996) a formação profissional deveria estar centrada no desenvolvimento e na aprendizagem de conhecimentos, de habilidades pessoais/profissionais e de atitudes, sendo, respectivamente, tais requisitos: adquirir informações, relacioná-las, contrapor a outras, criticá-las, produzir conhecimento, buscar novas informações, sintetizar e organizar informações, inferir conclusões, generalizar; aprender a pesquisar, a trabalhar em equipe, comunicar-se com diferentes públicos, relacionar-se com clientes, entrevistar pessoas, aprender a aprender, dominar línguas estrangeiras, recursos da informática e demais especificidade de cada profissão; desenvolvendo a consciência da cidadania e seu compromisso com ela, discutindo os valores atuais e emergentes, aprendendo a fazer suas opções e tomar posição frente as mesmas, valorizando a pesquisa e produção do conhecimento, desenvolvendo uma atitude crítica frente ao exercício de sua profissão, numa sociedade brasileira contemporânea.

O autor ainda enfatiza que o profissional, em especial o professor, deveria priorizar o modo como o aluno aprende e não a aprendizagem do aluno sobre um conteúdo. Neste artigo, MASSETO (1998) exemplifica quais são as questões que orientam o ensino do conteúdo: “O que acho que vou ensinar? Como vou ensinar? Como gosto ou prefiro ensinar? Como me é mais fácil ensinar?”. De modo diferente, o autor propõe outras questões direcionadas à aprendizagem do aluno: “O que o aluno precisa aprender para se formar como um profissional cidadão? como o aluno aprenderá melhor? Que técnicas favorecerão sua aprendizagem? Como será feita a avaliação de forma a incentivá-lo a aprender?”

A título de exemplo, podemos mencionar alguns comportamentos esperados dos professores, segundo uma perspectiva inovadora do ensino superior (FERNANDES, 1996; MASSETTO, 1998), ou do ensino prático reflexivo (PÉREZ GÓMEZ, 1992): a) promover e incentivar a participação dos alunos no processo de aprendizagem; b) valorizar a experiência e a contribuição dos participantes; c) desenvolver uma aprendizagem significativa; d) definir juntamente com os alunos, objetivos e metas; estabelecer recursos adequados, eficientes e avaliáveis; e) criar um sistema de avaliação contínuo; f) desenvolver uma reflexão crítica; g) estabelecer um contrato psicológico em negociação contínua; e h) adaptar os comportamentos do professor a um processo de aprendizagem de adultos.

Um dos principais objetivos de uma perspectiva inovadora de ensino, ou perspectiva de ensino prático e reflexivo está na valorização do professor sobre a capacidade que o aluno tem para produzir conhecimento, tornando-o sujeito da construção do conhecimento (FERNANDEZ, 1996; GARCÍA, 1999).

Mediante questionamento de uma perspectiva usual e técnica de ensino, SCHÖN (2000) aponta as dificuldades de se introduzir um *practicum* reflexivo na universidade, pela epistemologia dominante e pelo currículo profissional normativo – primeiro ensina-se os princípios científicos relevantes, depois a aplicação destes princípios e, por último, tem-se um *practicum* cujo objetivo é aplicar à prática quotidiana, os princípios da ciência aplicada.

Podemos analisar que a formação centrada nos pressupostos da racionalidade técnica pode formar, na área da saúde, um profissional com competências técnicas sedimentadas e com deficiências de habilidades interpessoais, bem como, com a mesma probabilidade, formar um profissional tanto deficiente de técnicas e de habilidades interpessoais. Estes profissionais ora podem bem saber o que na prática tem que ser feito, ora podem não saber o que fazer, como relata a seguir P1:

“É importante o conhecimento teórico – técnico, sem dúvida nenhuma, sem ele a gente não chega a lugar nenhum. Às vezes, a universidade deveria dar alguns estágios que nos coloquem em situações de reflexão e não de tortura que, às vezes, se confundem com punições da educação. Eu acho que quando você sai da faculdade, o conhecimento teórico, técnico, se você não tem todos ali na cabeça, na hora, você vai num livro, sempre encontra. Agora, e depois que você saiu? Onde você vai encontrar estrutura (...)? Experiência pra ver uma lágrima escorrer? Olha, é uma coisa tão simples ver uma lágrima escorrer, mas é a coisa mais difícil de lidar porque não tem livro que diga que palavra usar nessa hora. Vem do seu conhecimento pessoal. Se você põe a mão aqui ou ali quando alguém chora, é do seu conhecimento pessoal, da sua experiência de vida, é da sua memória que quando você chorou um dia”(P1).

Neste contexto, pressupõe-se que o exercício do “pensamento reflexivo” sobre a prática (PÉREZ GÓMEZ, 1992) possa proporcionar ao profissional, e por consequência ao paciente, seu desenvolvimento pessoal, uma identidade menos refratária às dimensões emocionais da qual é exposto e o autoconhecimento e conhecimento sobre o outro. F1 o papel da universidade com estes objetivos:

" (...) a universidade tem exatamente esta função, de desenvolver, de fazer uma reflexão além da parte teórica e técnica, enfim, este é o papel da universidade. (...) não importa se a pessoa entrou com 17, 18, 23 anos de idade, em qualquer idade, o papel da universidade é sempre esse...o de desenvolver, criar, proporcionar a maturidade, a autoexpressão, o conhecimento, e não seguitar como se a ciência, o conhecimento fossem apenas teoria e prática, ou apenas a parte técnica" (F1).

E1 complementou o relato de F1 dizendo que no curso de graduação de enfermagem foram poucos os momentos nos quais os alunos puderam falar sobre a interação com o paciente. Portanto, E1 conclui que os profissionais acabam interagindo de acordo com o aprendizado pessoal:

"No tempo que eu me formei, eu tive dificuldade, porque só me era cobrado aquilo que é técnico e eu não tinha liberdade para falar: "eu não sei", "eu não tô lembrando", "tá difícil de conciliar a teoria com a prática"... Então eu poderia ter saído de lá (da universidade) um profissional frio, técnico? E por que isso não aconteceu? Porque eu tive uma bagagem familiar, eu tenho uma religiosidade e isso que me ajudou a crescer um pouco mais. Mas eu conheço muitos profissionais que não conseguiram superar isso. Pessoas que não tiveram uma boa formação pessoal, familiar! Neste sentido, a universidade poderia suprir essa falha. Caso continue assim, teremos profissionais desajustados" (risos). (E1)

"Mas isso aí, você queira ou não, se você for trabalhar com estes equipamentos, você aprende com a prática. Estas coisas são técnicas e eu aprendi na prática mesmo, quando eu passei pelo pronto socorro eu não lembrava mais como se mexia nos equipamentos, e eu vi aquilo no estágio. Então tem coisas que você pega na prática. Você não pode é chegar sem saber nada... o resto você vai adquirindo. Agora, este conhecimento que você falou... as atitudes este não!" (E1)

Em linhas gerais, os participantes também relataram que nos cursos de graduação não há preocupação em discutir e refletir sobre o modo como o profissional interage com os pacientes. Quando o tema é abordado tem-se como modelo de interação pessoal o mesmo referencial adotado para tratar de fenômenos naturais - experimentalmente estudados em condições ideais de controle. A ênfase é dada às

atitudes de imparcialidade, distanciamento e objetividade. Os profissionais considerados como equipe de apoio ao tratamento médico, por exemplo, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, acabam também adotando o mesmo modelo de interação social predominante ou vivem situações de ambigüidade “ser isso ou aquilo” ou de oposição “ser isso ou aquilo”.

Os relatos de E1, F1 e M1 ilustram a situação de ambigüidade:

“Porque se você chegar com um monte de ordem o paciente pensa... Ah! Essa daí sabe tudo, né, quem sou pra fazer tudo isso?. Inclusive isso mexeu muito com a minha cabeça, porque eu achava que eu sabia tudo ... porque eu oriento bem, eu acho que eu sou boa, todo mundo gosta de mim. Depois eu comecei a perceber que não, embora fosse simpática eu não era nada disso. É isso mexeu muito com a minha cabeça, porque depois eu achava que eu não era uma boa profissional. Daí eu comecei a mudar minha postura com os pacientes... comecei a perguntar, sugerir... “você não acha que seria bom fazer assim?” Daí a pessoa sente mais liberdade pra falar se vai ou não seguir as orientações, porque não adianta você dar uma porção de ordem e a pessoa chegar lá e não fazer nada. Na frente balança a cabeça e depois não faz nada. É bom o paciente ter liberdade para falar eu gosto disso, é mais verdadeiro, mais sincero. Neste ponto eu ainda estou mudando porque é difícil mudar, mas pelo menos eu já percebi que isso não funciona”. (E1)

“Nós temos uma formação mais prática. Nós temos mais praticidade na atuação. (...) é até difícil de responder às perguntas, escrever... porque não fomos preparadas para lidar com esta parte mais emocional, fica difícil até da gente se expressar, às vezes até a gente entende e percebe este lado do paciente, mas expressar esta compreensão, isto é muito difícil, sair isso, pra gente é muito difícil, entende? Nós não fomos treinados pra isso”.(F1)

“Por mais que eu queira colocar um nariz de palhaço (referência ao filme), eu até coloco, eu brinco com os paciente, eu humanizo o ambiente, eu fico muito à vontade com os valores colocados no filme, mas eu sei que eu estou aquém daquilo que o meu paciente espera.” (M1)

E2 relata um momento de interação com o médico e a família do paciente, que exemplifica que as habilidades técnicas também implicam habilidades interpessoais e vice-versa.

“Às vezes eu coloco para os médicos, eu falo para ele assim... para o senhor está técnico, está informativo, está certinho o que o senhor está fazendo, mas a família quer mais... e você tem que entender o que eles estão querendo. Um dia um paciente na UTI, tinha acabado de internar, o médico que estava de plantão iria cuidar dele ali na UTI, mas o paciente tinha também um médico responsável. Depois que o paciente entrou, a família ficou lá fora esperando, ela queria um parecer do plantonista. Quando eu cheguei na UTI, eu perguntei para as meninas: ‘o que este pessoal está fazendo aí fora?’ Elas responderam que era do paciente que internou e que eles queriam falar com o doutor. Aí... o doutor falou: ‘O que é que eu vou falar para eles, o paciente acabou de internar!’ Eu respondi que ele iria falar para eles o que é que o senhor fez pelo doente deles. O que o senhor fez pelo doente deles? O doente entrou e o senhor não fez nada, não? Respondeu o doutor: ‘já mandei colocar o soro e ele já está entubado...já fiz o que tinha que fazer né, E2?’ Pois é isso que o senhor tem que dizer para eles, porque para eles que estão lá fora o senhor é um Deus aqui... o senhor pode ser até um porqueiro (uma porcaria). Ele falou: ‘credo E2, primeiro você me põe lá em cima e depois me joga no chão?’ Eu falei: ‘Não doutor é que para eles o senhor é um Deus aqui dentro da UTI que vai salvar o pai deles. Se o senhor sair lá fora e falar... ele chegou agora eu ainda não tenho um prognóstico, eu não sei o que vai acontecer nas próximas vinte e quatro horas, mas por enquanto eu coloquei no nebulizador, para melhorar a respiração, eu liguei um sorinho com medicamento, para melhorar a parte cardiológica... se o senhor disser isso, eles vão para casa tranquilos e felizes, agora se o senhor não sair, eles vão achar o senhor desumano, desinteressado pelo doente deles... eles vão falar mal do senhor aí fora. Um minuto que o senhor sair ali fora, o senhor vai fazer este pessoal feliz, e a gente não pode perder a oportunidade de fazer as pessoas felizes. Vamos lá nós dois?’ Daqui já resolveu o problema e a família foi embora mais tranqüila” (E2).

Os profissionais participantes do curso também discutiram sobre a definição do “ser técnico”. Seus relatos resgataram a antiga visão cartesiana “homem-máquina”, ajustado e manipulado por algo externo, no caso, pelas intervenções dos profissionais da saúde. E2, F1 e P1 definem o profissional técnico e se opõem a este tipo de prática:

"Acho que é aquele que lida com a pessoa como se ela fosse uma máquina. Vamos por um pouquinho de graxa aqui, um pouquinho de óleo ali... e eu acho que assim vai funcionar. Eu percebo que não é só dar um medicamento (...)" (E1)

"Na minha opinião acho que é o profissional que aplica alguma coisa, sabe o que está aplicando, mas na realidade não está preocupado com que o outro está sentindo. Ele sabe porque ele está aplicando. Por exemplo, na fisioterapia, com determinada patologia, eu vou aplicar uma terapia, eu sei porque eu estou aplicando, eu sei dos efeitos fisiológicos, das seqüelas, mas na realidade será que eu estou preocupada em saber o que o paciente está sentindo em relação àquela terapia?" (F1)

"O problema do técnico é exatamente este... ver a técnica com o uso de algo externo a mim (...) serve só para eu fazer fora de mim, sem envolvimento". P1:

Os procedimentos técnicos foram avaliados pelos profissionais como necessários, porém insuficientes, se não associados aos cuidados interpessoais estabelecidos na aplicação dos mesmos.

Interessante ressaltar que os profissionais aprenderam nos cursos de graduação que “os procedimentos técnicos” eram os mediadores da relação profissional e paciente, e na prática, no dia a dia, aprenderam que é o relacionamento interpessoal a intersecção profissional-paciente, inclusive, para que a técnica seja efetiva.

“Eu não posso ir lá ligar o soro, tudo perfeito e bonitinho e depois vou embora. Eu tenho que ficar ali, observando qual a reação do paciente, se tem alguma coisa fora do comum. Poxa vida! às vezes fazemos infusões venosas que os pacientes sentem as reações na hora. Mas nós não temos a preocupação de preparar o paciente, falar antes, nem tão pouco durante a intervenção” (E1)

Importante destacar que a abordagem interpessoal, que leva o profissional até o paciente, pode facilitar e promover intervenções de caráter educativo e preventivo, além de tornar o paciente, um usuário participativo de sua recuperação.

Em que medida as políticas de saúde e a organização dos serviços de saúde permitem uma abordagem interpessoal entre profissionais e pacientes e entre os profissionais? O próximo tópico discute esta questão e o trabalho de equipe.

5.4- As políticas de saúde e os desafios da prática profissional

As políticas de saúde constituem-se em diretrizes que organizam e

orientam, por meio de princípios e de objetivos, os sistemas e os programas de atendimento à população. Estas diretrizes são de fundamental importância porque também estabelecem o provimento e a distribuição de recursos materiais e humanos da área da saúde.

As políticas de saúde, neste estudo, mencionadas principalmente pelos profissionais de unidades públicas (A1, A2, E1, E2, M1 e M2) foram responsabilizadas pelas condições precárias de trabalho na área.

A1, A2, E1 e E2 que diariamente atendem pacientes sob estas condições, testemunharam que as instalações das unidades são antigas, que os serviços não possuem cobertura ideal para exames especializados, que número de médicos é insuficiente e que dividem sua carga horária de atendimento com, no mínimo, duas outras unidades. A2 relatou:

“O paciente vem apreensivo com indicação para um determinado exame e no momento não temos a vaga para realizá-lo. Bem... é o nosso trabalho buscar recursos, mas pensando na relação com o paciente este momento é o mais difícil. O paciente tem aquela ansiedade de fazer logo os exames e de resolver o problema, e a gente tem que falar que ele tem que aguardar... ele volta para casa sem saber o que vai acontecer... este é um momento de tensão tanto para o paciente quanto para o profissional. Outro caso é o das visitas domiciliares que são importantes e complicadas de serem feitas porque não temos os carros disponíveis. O ideal também seria podermos fazer as visitas em três: a assistente social, a enfermeira e a psicóloga”. (A2)

“A gente vai tentando sempre aperfeiçoar... mas muita coisa precisa melhorar. Eu venho já algum tempo tentando ficar aqui tempo integral (8 horas) porque daria para realizar os trabalhos com os grupos de pacientes; as visitas; atualizar ou mesmo elaborar um programa de atendimento de cada paciente. Em quatro horas não dá para atender os casos novos e aqueles que vem ao serviço e que já são pacientes, precisando tirar algumas dúvidas, receber outras orientações; não dá para orientar as famílias que vêm no lugar dos pacientes; fazer visitas domiciliares e hospitalares... o dia das visitas eu não atendo aqui... então não dá!”. (A2)

Os relatos de A2 evidenciam que as condições atuais do serviço público de saúde vêm impedindo que os profissionais possam exercer máxima função de “ajudar

os pacientes”.

E1 e E2 reforçaram as preocupações de A2, fazendo críticas ao serviço público de saúde, especialmente, em relação ao tempo que o paciente espera para realizar exames de diagnóstico de câncer. M2 relatou que suas pacientes do Posto de Saúde, quando vêm para os exames, já estão com câncer em estágio avançado: *“A maioria já chega... nunca passaram num médico antes... já chega com um tumor avançado, né?”*

A1 complementou que, além dos recursos serem escassos, o empregador (no caso, a secretaria) cobra capacitação do profissional, mas não oferece condições para que possam realizá-la. Explicou A1:

“A atual administração da prefeitura cortou o dia de dispensa para cursos. O seminário de Serviço Social em Oncologia eu não pude fazer porque a Secretaria negou... eu reclamei. Eles disseram que não liberaram porque eu não tinha horas para descontar, então negaram. É uma contradição porque para subir de letra a gente tem que apresentar os certificados dos cursos que fazemos” (A1).

Outro aspecto em discussão entre os profissionais participantes deste estudo diz respeito ao trabalho de equipe. A1 mencionou que as equipes mínimas de trabalho são previstas, porém, faltam psicólogos, faltam médicos e os médicos faltam. A1 também relatou que realiza tarefas que não lhe competem, como por exemplo, (re) explicar a receita do médico, porque o paciente não entendeu às orientações. A1 ressaltou que quando o paciente faz alguma reclamação de algum médico, ela dá um papel e a caneta para o usuário e fala: *“Por favor, faz por escrito! (...) E, em seguida, já levo pra chefia, que é pra não ter problema de desviar o documento”*.

Segundo A1, A2, E1 e E2, os funcionários médicos têm prejudicado direta e indiretamente o trabalho de equipe (enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais). Relataram que os médicos: não atendem adequadamente seus pacientes e estes acabam recorrendo, para reclamações, a outros profissionais da equipe; apontam, denunciam e solicitam providências para melhoria do serviço, mas não propõem, ou mesmo se dispõem a resolver os problemas; agem como se não tivessem responsabilidade na gestão do serviço; atendem um número determinado de paciente e vão embora; e evitam tarefas burocráticas de seus serviços, delegando a

outros, por exemplo, o preenchimento das fichas de consultas diárias.

Para A1, embora as relações de poder no âmbito da saúde tenham modificado, os médicos ainda sentem-se onipotentes e subestimam o conhecimento dos outros profissionais.

Apesar das inúmeras críticas acerca das condições de atendimento no serviço público de saúde, A1, A2, E1, E2 e M1 vivem numa situação de ambigüidade. Se, por um lado, avaliam que o atendimento do serviço público é péssimo, devido aos processos burocráticos, lentidão dos serviços, restrição de tratamentos, e com isso se sentem angustiados, tristes e inconformados; por outro lado, sentem-se satisfeitos por atenderem uma clientela carente. Cabe destacar que F1 e P1, que não trabalham no sistema público, relataram que gostariam de trabalhar pelos mesmos motivos revelados pelos colegas da pesquisa – “ajudar pessoas carente que são usuários do serviço público de saúde”.

Podemos analisar, de modo genérico, que as situações de ingerência e de desvios de funções, acabam estabelecendo esquemas de funcionamento próprio dos serviços ou por categorias de profissionais, acirrando conflitos na equipe e entre a equipe e os usuários, como exemplificados nos relatos de A1, E2 e M2.

Os relatos de A1 e E2 retratam as dificuldades de interação entre os profissionais: *“Cada macaco no seu galho – ele sabe da Medicina e eu sei do Serviço Social. Não vem querer se meter no Serviço Social, porque aqui quem manda sou eu”*. Enfatizou E2 que: *“Tem horas que você precisa encarar (...). Eu estou aqui para trabalhar para o doente ou estou para trabalhar para os donzelos? Por eles eu não estou (...) eles estão saudáveis”*.

Na perspectiva de M2, os usuários dos postos de saúde vêm em busca da consulta, da receita, do encaminhamento e não estão interessados no contato mais próximo com os médicos. Os dizeres de M2 corroboram as impressões registradas no estudo de MARSIGLIA (1994) que apresenta relatos de servidores, avaliando de modo negativo o comportamento dos usuários no serviço, sem analisarem os recursos humanos e materiais oferecidos.

SIMÕES E SIMÕES (1997) mencionam que o fato dos profissionais não assumirem a responsabilidade, satisfação e orgulho em fazer parte de uma equipe ou instituição é porque existem impedimentos para que pertençam a um grupo com

finalidades e identidades específicas. Os impedimentos estão relacionados às condições temporais e circunstanciais, como por exemplo, a mobilidade dos papéis que se deve assumir e o desprestígio de um estatuto profissional que não lhe oferece matrizes identificatórias, nem símbolos ou representações consistente comuns, abrindo caminho para o isolamento, rivalidade e insatisfação.

De modo complementar SACRISTÁN (1995) apresenta que a expressão da prática de uma atividade profissional depende dos que a executam – indivíduo e grupo. Os professores, por exemplo, possuem como coletivo social, um certo status, que varia segundo as sociedades e os contextos, diferenciando-se em função do nível de escolaridade em que exercem. Os fatores que configuram o status do grupo profissional, nos diversos contextos sociais, são considerados pelo autor como complexos e variados. São exemplos de alguns determinantes: origem do grupo social (classe média baixa); tamanho do grupo que exerce a profissão (quando o grande é alto, dificulta a melhoria substancial do salário); grande proporção de mulheres na profissão (grupo socialmente discriminado); qualificação acadêmica de acesso (nível médio para educação infantil e 1º ciclo do fundamental); status dos clientes (compulsórios).

Devemos ainda registrar que a carência de reuniões de equipe, seja de caráter multidisciplinar ou interdisciplinar, dificulta a organização dos serviços de saúde, além da adesão a novas propostas e projetos de mudanças, como apontaram, respectivamente E3 e E2:

"Nós não temos um momento de equipe, para sentarmos, nossa manhã é muito tumultuada, os médicos atendem de manhã e você fica envolvida naquele tumulto e a hora passa " (E3).

"(...) eu trabalho num lugar assim que eu vejo muita dificuldade de relacionamento entre a equipe (...) Sabe gente eu trabalhei dez anos dentro da Educação e eu me sentia à vontade lá dentro pra trabalhar... pra expor o que eu pensava. Vamos supor... eu falava: "olha isso aqui não tá certo, nós erramos aqui, vamos consertar?". Agora dentro da Saúde eu não consigo chegar e falar "nós erramos, vamos consertar?", não se admite erro, você vai corrigir o outro e leva cada cacetada....! Não existe relacionamento dentro da Saúde e eu posso falar porque eu já trabalhei em todas as unidades da secretaria, todas...não tem uma unidade que eu não conheça. Então eu vejo que este é um problema que além do paciente" (E1).

Interessante abordar outra questão que chamou atenção, a respeito do relacionamento entre profissionais. Em alguns relatos foi possível constatar que ora profissionais da equipe de apoio (enfermeiros, assistentes sociais) denunciavam as atitudes dos médicos, que não cumprem horários e ferem regras do serviço, e ora, justificavam estes comportamentos dizendo que são profissionais “*ocupados, sem tempo*”.

Com base no contexto dos relatos dos participantes, podemos concluir que este comportamento da equipe de apoio ocorre em presença do paciente, como uma forma de minimizar uma situação de prejuízo ou dano ocasionada pelo médico, com efeito sobre o paciente. O relato de E2 exemplifica esta situação:

“Então, às vezes eu procuro dizer: não liga muito para o jeito dele, ele é assim porque trabalha muito fica muito ligado e talvez não possa perder muito tempo para conversar com você, mas a parte técnica ele fez e fez bem, então leva isso em conta, que ele é bom, te operou e está dando tudo certo e você está bem”. (E2)

Em síntese, os profissionais participantes deste estudo discutiram sobre a influência das políticas de saúde sobre suas práticas profissionais, bem como sobre o trabalho de equipe.

Os profissionais consideraram que dentre as competências descritas por PERRENOUD (2000), o trabalho de equipe seria o eixo de uma prática reflexiva e educativa. Por meio do trabalho de equipe, os profissionais poderiam planejar, aplicar e avaliar ações de interesses comuns aos usuários e aos profissionais, e promover condições de trabalho que pudessem ter caráter multidisciplinar, interdisciplinar e até transdisciplinar, como prenuncia D' AMBRÓSIO (1997): um trabalho que possa ser coletivo e que haja respeito, humildade e cooperação entre os profissionais.

Segundo PERRENOUD (2000) o trabalho de equipe pode ser considerado como uma das mais importantes competências do profissional. Esta prática de caráter cooperativo, tem valor profissional. Mais do que uma escolha pessoal (trabalhar ou não em equipe), constitui-se em uma necessidade, uma evolução de qualquer profissão. O autor ainda destaca que existem vários tipos de equipes, dentre elas: aquelas que partilham apenas recursos; aquelas que além dos recursos partilham idéias; aquelas que além dos recursos e idéias, partilham práticas; e aquelas que

partilham recursos, idéias, práticas e alunos. Em todos casos cada componente da equipe deve preservar seu espaço de identidade para que as lideranças não sejam subversivas.

GARCÍA (1999) e PERRENOUD (2000) defendem que a prática reflexiva e educativa pode ser garantida por meio do compromisso do profissional com a formação contínua, possibilitando, em contato com outros profissionais, produzir novas práticas.

O presente estudo, que usou da formação continuada como ferramenta de investigação e formação, apresenta no Capítulo VI as contribuições desta pesquisa – intervenção.

VI- Contribuições da Pesquisa-Intervenção

A partir de constatações empíricas e referendadas pela literatura científica, que revelaram preocupações com a formação e a prática de profissionais da saúde em interação com pacientes, este estudo foi orientado por uma perspectiva de pesquisa - intervenção que buscou produzir conhecimentos sobre “formação e práticas profissionais” e, concomitantemente, intervir, avaliando o efeito de ações planejadas de ensino sobre “as práticas de profissionais da área da saúde”.

Esta pesquisa-intervenção também visou: a) estreitar as relações entre produção de conhecimento e necessidades da prática profissional; b) reduzir a expropriação dos direitos dos profissionais da saúde de conduzir seu próprio trabalho, sua carreira e suas aprendizagens profissionais; c) elucidar as contribuições de uma entrevista inicial e de um curso de formação continuada como ferramentas investigativas e formativas, orientadas pelo referencial de ensino prático e reflexivo.

Importante salientar que foi preocupação deste estudo, na elaboração e na aplicação da entrevista e do curso de formação continuada, junto a profissionais convidados da área da saúde, garantir os seguintes pressupostos do ensino prático e reflexivo: a) negação da separação teoria e prática, por meio da integração dos problemas da prática (necessidades dos profissionais) aos conhecimentos acadêmicos (conteúdo teórico e metodológico do curso); e b) reflexão como recurso de ensino para o professor e meio e produto de aprendizagem para os alunos.

Neste estudo, com referência ao modelo de ensino prático e reflexivo, a reflexão foi ferramenta de identificação e de enfrentamento dos profissionais da saúde, frente aos dilemas e aos desafios de sua prática, a saber: distanciamento teoria e prática; desenvolvimento de competências interpessoais; prática profissional e políticas de saúde, trabalho em equipe; situações vividas em interação com os pacientes.

Cabe ainda destacar que a reflexão, fio condutor da entrevista e do curso de formação continuada deste estudo, pode ajudar os participantes a identificarem situações problemáticas na sua ação, a organizarem e sistematizarem seus saberes e ações, a tomarem consciência dos pressupostos que orientam e que justificam suas decisões no contexto de trabalho, a confrontarem e a integrarem suas convicções com a

de seus colegas (MOREIRA E ALARCÃO, 1997; OLIVEIRA, 1997; SCHÖN, 1992; ZEICHNER, 1992).

Fundamentados nos pressupostos e objetivos anteriormente mencionados, apresentaremos, a seguir, o que avaliamos como contribuições da presente pesquisa-intervenção.

1- Conhecimento sobre o universo das práticas de profissionais da saúde, com diferentes formações básicas.

Para os participantes a identificação e a compreensão de quem são seus pacientes, seus pacientes oncológicos, como os qualificam, o que pensam, como interagem com esta clientela, os aspectos gratificantes e difíceis da interação, dúvidas, preocupações, inquietações e dificuldades de atuação, nos permitiu conhecer, bem como caracterizar as práticas dos profissionais.

Este universo mostrou que na área da saúde existem mais interfaces de atuação entre os profissionais do que práticas evidentemente específicas. Estes dados reforçam a necessidade do trabalho de equipe e a promoção/desenvolvimento de práticas multi, inter e transdisciplinares, relacionadas à participação dos profissionais na elaboração, defesa e aplicação das políticas de saúde e de programas educativos (de prevenção de doenças e promoção da saúde).

2- A entrevista e o curso de formação continuada como instrumentos de investigação de práticas profissionais.

2.1- A entrevista

O roteiro de entrevista elaborado, bem como sua aplicação, nos permitiu investigar, individualmente, as práticas profissionais dos participantes, explorando elementos relacionados: às atividades desenvolvidas; ao percurso de formação do profissional desde a escolha da profissão, passando pela formação inicial, até a formação continuada (cursos, especializações, pós-graduação); às experiências da prática do profissional na área da oncologia; às experiências pessoais em questões de saúde e doença; ao local de trabalho; às características da população atendida (gênero,

tipos de tratamento, conseqüências temporárias e permanentes da enfermidade); à rede de apoio do profissional, formada por outros profissionais (interação com colegas de profissão e equipe de trabalho) e por familiares (valorização quanto à dedicação e ao empenho do profissional) e às concepções pessoais, valores morais e crenças religiosas.

A entrevista, também como instrumento de investigação, nos permitiu a coleta de informações que subsidiaram o programa do curso de formação continuada.

2.2- O curso

O curso de formação continuada com a perspectiva de ferramenta de investigação, proporcionou em grupo, um segundo momento de estudo das práticas dos profissionais. Este momento permitiu confirmar e esclarecer as informações obtidas na entrevista, bem como produzir novas informações sobre as práticas dos participantes. Em grupo os profissionais também puderam apresentar suas atividades, idéias, seus valores e concepções pessoais sobre o trabalho, bem como confrontar e integrar as mesmas.

Como instrumento de investigação, o curso foi elaborado e desenvolvido como uma estratégia de ensino que conduziu os profissionais à reflexão de suas práticas. As atividades propostas, as discussões fomentadas, os materiais selecionados favoreceram a reflexão dos participantes que identificaram, explicitaram, avaliaram e planejaram inovações de suas práticas⁸.

3- A entrevista e o curso promovendo a reflexão sobre as práticas individuais e coletivas dos profissionais

Apoiados em uma perspectiva de ensino e de formação centrados nas necessidades dos profissionais, na promoção da reflexão sobre as práticas profissionais, na troca de experiências, no diálogo e na colaboração entre pares (CLARO, 1997; COLE E KNOWLES, 1983; GARCÍA, 1999; MIZUKAMI ET. AL, 2002; MOREIRA E ALARCÃO, 1997; REALI ET. AL.,1995; REALI E TANCREDI, 2002; OLIVEIRA, 1997), a entrevista e o curso de formação continuada, aplicados neste estudo, resultaram

⁸ IDENTIFICAR: estabelecer identidade com o outro. EXPLICITAR: tornar explícito, enunciar formalmente. RECONHECER: admitir como legítimo e verdadeiro, compreender. AVALIAR: estimar o

nas seguintes aprendizagens, explicitadas pelos participantes:

3.1- A entrevista, como instrumento de intervenção e provedora da reflexão sobre as práticas dos profissionais, mostrou que foi eficaz na sensibilização da maioria dos entrevistados para o curso de formação continuada. Os profissionais após o curso, avaliaram que a entrevista “chamou atenção” para reflexão e, conseqüentemente, para a proposta do curso. Segundo enfatiza PÉREZ GÓMEZ (1992), a prática automatizada torna o comportamento do profissional insensível às diferentes oportunidades de aprendizagens promovidas pela reflexão. Neste caso, podemos dizer que a entrevista serviu, e pode ser utilizada, como um instrumento de sensibilização para uma oportunidade de aprendizagem.

3.2- Durante entrevista e curso os participantes refletiram sobre suas práticas profissionais, identificando, explicitando, avaliando e inovando. Podemos atestar com base nos relatos dos profissionais que:

3.2.1- Identificaram e explicitaram: a) motivações relacionadas à escolha profissional e pela área de oncologia; b) interação profissional e paciente: situações gratificantes e difíceis; c) característica da clientela - o paciente com uma doença grave que coloca em risco sua vida; d) como interagem com a família dos pacientes.

3.2.2- Avaliaram: a) o distanciamento entre teoria e prática profissional nos cursos de graduação; b) a formação técnica e interpessoal; c) a formação do médico e sua posição no trabalho de equipe; d) o exercício da profissão no Sistema Único de Saúde; e) o trabalho de equipe; f) e o engajamento dos profissionais em cursos de formação continuada.

3.2.3- Inovaram: a) planejando projetos e programas de intervenção; b) resgatando valores, lembranças positivas e satisfatórias que os mantém engajados no trabalho (relacionadas à escolha pela profissão, às dificuldades da formação, ao começo de

carreira, aos casos mais importantes, aos pacientes que morreram e sentem saudades).

3.3- Com base nos relatos dos participantes podemos identificar que o curso favoreceu as seguintes aprendizagens:

3.3.1- Aprendizado teórico-técnico

“... conhecer melhor sobre o enfrentamento, as estratégias, faz com que a gente tenha uma visão da pessoa, do paciente muito mais profunda do que se a gente não tivesse tido essa noção que a gente teve aqui” (P1).

“A contribuição para minha prática profissional é no sentido de entender e respeitar a visão e a prática dos diversos profissionais, do sistema que estamos inseridos, da realidade de nosso paciente e, sem dúvida, o aprendizado constante da complexidade do ‘ser humano’, no nosso caso, da mulher com câncer da mama” (F1).

“Contribuiu para entender os pacientes, as suas expectativas, seus medos, suas reações diante do tratamento” (A1).

3.3.2- Autoconhecimento do profissional

“(...) a reflexão eu acho que é muito importante, porque no dia a dia a gente não reflete, a gente não pára para refletir. Então eu acho que eu retomei muito a minha origem, eu retomei algumas coisas, alguns pensamentos que estavam esquecidos, eu retomei. E eu tenho certeza que se eu não tivesse parado aqui pra refletir, eu não teria voltado (às origens). E muitas vezes a gente precisa voltar. Eu sentia que eu precisava voltar algumas coisas (...)” (E1).

3.3.3- Troca de experiência e de conhecimentos entre os profissionais

“O principal pra mim, o mais positivo, foi essa troca – a experiência de outros profissionais, a visão, a forma de abordar... eu acho importante. A gente fala tanto em equipe multidisciplinar, mas é difícil ter esse tempinho pra parar e escutar como é a visão, como é a abordagem do outro profissional” (P1).

“E eu acho que de uma forma ou de outra aquietou a minha ansiedade, porque eu vi que eu meus anseios eram parecidos com o da enfermagem, parecidos com o do médico, com a psicóloga, entendeu? Eu acho que a gente não está muito distante, é só unir pra trabalhar em equipe. Os anseios são parecidíssimos, eu acredito” (F1).

3.3.4 - Reflexão sobre a prática profissional

“Isso é bom, é bom ser autêntico, soltar aquilo que você conhece, que você convive no ser dia-a-dia, porque você vai enxergar onde tá a falha, onde você pode melhorar, para você poder ajudar. Você começa a enxergar a paciente de uma forma diferente. (...) Me fez enxergar de fora para dentro a nossa Unidade de Serviço e perceber aquilo que devemos modificar para atender melhor essas mulheres. E dessa forma prestar uma assistência planejada. Mostrou também as ansiedades individuais de cada uma na sua realidade, levando-nos a uma visão mais ampla diferenciando cada paciente no seu mundo. Mostrou também como investigar o mundo dos pacientes para chegar as suas necessidades” (E2).

“... a reflexão eu acho que é muito importante, porque no dia a dia a gente não reflete, a gente não pára para refletir (...) O ativismo, infelizmente, retira a nossa reflexão. A gente acaba cometendo erros e a gente nem percebe e a gente tá cometendo” (E1).

“... eu acho que o simples fato da gente parar e refletir – a gente já ganhou, e ganhou bastante, porque a maioria dos profissionais pela correria nem pára pra refletir (...)” (F1).

“A avaliação tem que ser permanente sempre. A gente tem que avaliar os efeitos causados no trabalho da unidade, no ambiente, neste relacionamento nosso com o funcionário com as mudanças que a gente vai fazendo. Então, a gente sentou, discutiu, refletiu, se comprometeu... tentando mudar as coisas (...) A visão da gente abriu” (A2).

3.3.5 - Crítica aos modelos de formação vigentes na área da saúde e da educação

“O avanço tecnológico é tão grande, a universidade fica tão preocupada em dar conta de garantir o conhecimento técnico que esquece de valorizar a parte humana, sentimental e afetiva (do futuro profissional)” (F1).

“Eu gosto de fazer visitas, mas eu faço menos do que gostaria de fazer. eu gosto de buscar recursos para o paciente fora da Secretaria do Município, não gosto de ficar muito na dependência da Secretaria porque ela falha” (A2).

3.3.6 - Transformação da prática profissional

“Toda mudança que você vai fazer no local de trabalho, não é uma coisa fácil. Mas nós já começamos a alavancar algumas mudanças. A influência do bem tem que prevalecer sobre o mal” (E2).

“Através do projeto (a ser realizado nos locais de trabalho de cada participante) a gente precisa mostrar que a nossa demanda é maior e que a gente precisa dela mais tempo (necessidade dos profissionais permanecerem 8 horas na unidade)” (A2).

“Achei que seria muito bom porque a gente ia conseguir fazer alguma coisa, trazer para o nosso serviço alguma coisa boa, né? Porque não adianta a gente querer trabalhar sozinho, não dá certo. Então eu achei que se a gente tivesse esse encontro (curso), se a gente estudasse, o nosso trabalho ia ser melhor. E foi. E eu acredito que vai ser muito melhor” (A2).

“No começo, você sempre fica um pouco desanimada de começar alguma coisa. Elas foram fazer a entrevista, e nós percebemos realmente que o trabalho queria ajudar, que a gente ia crescer e realmente foi o que aconteceu. Nós aprendemos com elas e realmente foi bastante satisfatório e espero (fala com ênfase) que nós consigamos implantar bastante daquilo que nós aprendemos aqui – criar coisas novas, modificar a nossa forma de atendimento, né? Para que realmente venha a dar frutos” (E2). E2 relatou que tentou fazer algumas mudanças no serviço em função das idéias que teve durante os encontros. Relatou que dificuldades foram encontradas principalmente com a parte de administração/recepção/secretaria, mas não desistiu: “Se a gente der mole, eles não deixam você realizar nada. Toda mudança que você vai fazer no local de trabalho, não é uma coisa fácil (...) A influência do bem tem que prevalecer sobre o mal”.

“Contribuiu para conhecer melhor os recursos disponíveis de atendimento e de tratamento na cidade e na região. Contribuiu para enxergar que precisamos integrar nossa equipe de trabalho” (E1).

Em conclusão, cabe destacar que os objetivos desta pesquisa – intervenção foram atingidos e que os frutos, especialmente, da intervenção serão e estão sendo colhidos aos poucos. Depois do estudo, acompanhamos os projetos de A2, E1 e E2 (na mesma instituição). Na instituição de A2, E1, E2, fizemos durante três meses encontros com objetivo de discutir sobre “Desenvolvimento de equipe”. Ampliamos o convite para todos os funcionários e tivemos a participação de sete pessoas (contando com A2, E1 e E2). Em contato com o serviço de referência de atendimento ao câncer na cidade participamos, juntamente com os funcionários e comunidade, do Conselho Gestor da unidade. Cabe ainda mencionar que E2 que pretendia sair da instituição, faz

hoje especialização em enfermagem oncológica e um estudo de final de curso, sobre prevenção do câncer no ensino fundamental.

F1 continua coordenando o grupo de pacientes mastectomizadas na universidade onde trabalha e quando nos falamos, manifesta seu interesse pela devolutiva da pesquisa, pois ainda questiona: “como aquele este estudo vai se transformar em uma pesquisa científica?”.

Espero hoje ter mais elementos, argumentos, conhecimentos, experiências, enfim, “saberes”, para responder à questão de F1 e compartilhar deste estudo com os profissionais das áreas da educação e da saúde.

Referências Bibliográficas

- ANDRADE-LOPES, A. *Uma análise funcional de comportamentos de enfrentamento de mulheres com câncer da mama*. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de São Carlos São Carlos, 1997. 127 páginas.
- ANDRADE-LOPES, A. Adaptação psicossocial de mulheres mastectomizadas. Relatório Científico submetido à Comissão Permanente de Pesquisa da UNESP de Bauru (PROPP), 2001.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. In: ____ (Org.) *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira, 1998, cap.3, p.41-60.
- BELLODI, P. L *O clínico e o cirurgião: estereótipos, personalidades e escolha de especialidade médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- BIRD, B. *Conversando com o paciente*. São Paulo: Manole, 1978.
- BORGES, S. M. N., ATIÊ, E. Vida de mulher: estratégias de sobrevivência no cotidiano. In: COSTA, N. R., MINAYO, M. C. S., STORZ, E. N. (Orgs.) *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. São Paulo: Vozes e Abrasco, 1989. v. 2, p. 165-84. (Coleção saúde e realidade brasileira).
- BRONFENBRENNER, U. *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

- CANÁRIO, R. Formação e mudança no campo da saúde. In: CANÁRIO, R. *Formação e situações de trabalho*. Lisboa, Editora Porto, 1997, pp. 117-146.
- CAPRA, F. O modelo biomédico. In: _____. *O Ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1982, cap.3, p.116-155.
- CAVACO, M. H. Ofício do professor: o tempo e as mudanças. In: NÓVOA, A. (coord.) *Profissão professor*. Porto Editora, 1995, pp. 155-190.
- CHANTRAINE-DEMAILLY, L. Modelos de formação contínua e estratégias de mudança. In: NÓVOA, A. (coord.) *Os professores e a sua formação*. Lisboa, Publicações Dom Quixote, 1992, pp. 139-158.
- CLARO, M. AP. de *A dimensão educativa da chefia: um estudo sobre o papel do chefe na formação e desenvolvimento de pessoas em ambiente de trabalho*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos, 1997.
- COLE, A. L. e KNOWLES, J. G. Teacher development partnership research: A focus on methods and issues. In: *American Educacional Research Journal*, 30(3), 1993, pp. 473-495.
- CORREIA, J. A. Formação e trabalho: contribuições para uma formação dos modos de os pensar na sua articulação. In: CANÁRIO, R. *Formação e situações de trabalho*. Lisboa, Editora Porto, 1997, pp. 13- 41.
- COSTA NETO, S. B. A psico - oncologia no serviço de cirurgia de cabeça e pescoço. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.) *Resgatando o viver - Psiconconlogia no Brasil*. Summus Editorial, 1998, cap. 3, p. 117-30.

- D' AMBRÓSIO, U. *Transdisciplinaridade*. São Paulo: Palas Athenas, 1997.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 1986, Nº 54, V. 14, 7-11.
- DESTRO, M. R. P. Educação continuada: Visão histórica e tentativa de conceitualização. In: Caderno CEDES. *Educação Continuada..* São Paulo: SP. Papirus, 1995, V. 36, pp. 21- 27.
- DUBAR, C. Formação, trabalho e identidades profissionais. In: CANÁRIO, R. *Formação e situações de trabalho*. Lisboa, Editora Porto, 1997, pp. 43-60.
- FERNANDES, C. M. B. Sala de aula: o desafio de recriá-la. In: *Anais do VIII ENDIPE*. Florianópolis, 1996. p. 331-47.
- GARCÍA, C. M. A formação de professores: novas perspectivas baseadas na investigação sobre o pensamento do professor. In: NÓVOA, A. (coord.) *Os professores e a sua formação*. Lisboa, Publicações Dom Quixote, 1992, pp. 51-76.
- GARCÍA, C. M. Desenvolvimento profissional dos professores. In: _____. *Formação de professores: para uma mudança educativa*. Porto: Portugal. Porto Editora, 1999, Cap. 4.
- GIMENES, M. G. G. Psiconcologia: definição, foco de estudo e intervenção. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.) *Introdução à Psiconcologia*. Campinas: Editora Psy, 1994, cap. 2, p. 35-56.

GIMENES, M. G. G. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psiconcologia. In: GIMENES, M. G. G. (Org.) *A mulher e o câncer*. Campinas: Editora Psy, 1997, cap. 4, p. 111-48.

GIMENES, M. G. G., QUEIROZ, E. As diferentes fases do enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: GIMENES, M. G. G. (Org.) *A mulher e o câncer*. Campinas: Editora Psy, 1997, cap. 6, p. 173-98.

HIRATA, H. Os mundos do trabalho: convergência e diversidade num contexto de mudança dos paradigmas produtivos. In: CASALI, A. (coord.). *Empregabilidade e educação. Novos caminhos no mundo do trabalho*. São Paulo: SP. EDUC, 1997, p. 23-42.

HOLLAND, J. C., ROWLAND, J. H. Breast cancer. In: HOLLAND, J. C., ROWLAND, J. H. (Orgs.) *Handbook os Psychology: Psychological care of the patients with cancer*. New York: Oxford University Press, 1999, pp.208-17.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 47 (1), 2001, pp. 9-19.

JORNAL DO CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) Relação médico - paciente: elo a ser resgatado., São Paulo, out. 1999. Especial, pp. 8-9.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J., GREBB, J. A. O relacionamento médico - paciente e técnicas de entrevista. In: _____. *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. pp. 17-21.

- KLAFKE, T. E. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico - paciente terminal em cancerologia. In: CASSIORLA, R. M. S. (Org.) *Da morte*. Campinas: Papirus, 1991, cap. 2, pp. 25-49. (Estudos Brasileiros).
- KOVÁCS, M. J. O profissional da saúde em face da morte. In: OLIVEIRA, M. F. P., ISMAEL, S. C. (Orgs.) *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. Campinas: Papirus, 1991, cap. 7, pp. 89-105.
- LIPP, M. E. N. Burn-out: uma barreira entre o profissional da saúde e o paciente. In: Reunião Anual de Psicologia, XXIX, 1999, Campinas. *Resumos de Comunicação Científica*. Ribeirão Preto: SBP/Legis Summa, 1999. p. 27.
- MALZYNER, A., CAPONERO, R., DONATO, E. M. O D. A metamorfose de uma angústia: o tratamento do câncer da mama de Halsted ao BRCA-1. In: GIMENES, M. G. G. (Org.) *A mulher e o câncer*. Campinas: Editora Psy, 1997, cap. 3, pp. 71-107.
- MAMEDE, M. M. *Reabilitação de mastectomizadas: um novo enfoque assistencial*. Tese (Livre - Docência) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1991. 140p..
- MARANHÃO, J. L. S. O que é morte. 4.ed. São Paulo: Brasiliense, 1996.
- MARIN, A. J. Educação continuada: introdução a uma análise de termos e concepções. In: Caderno CEDES. *Educação Continuada..* São Paulo: SP. Papirus, 1995, V. 36, pp. 13- 20.

- MARSIGLIA, R. M. G. Unidades básicas em serviços em saúde, disponibilidade tecnológica e processos de trabalho e recursos humanos. In: GUIMARÃES, R., TAVARES, R. *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abrasco/IMS.UERJ, 1994, pp. 213-24.
- MASETTI, L. T. O cuidar sem o curar. In: Reunião Anual de Psicologia, XXIX, 1999, Campinas. Resumos de Comunicação Científica. Ribeirão Preto: SBP/Legis Summa, 1999. p. 267.
- MASETTO, M.T. A sala de aula na universidade. In: *Anais VIII ENDIPE*. Florianópolis, 1996, pp.323-30.
- MASETTO, M.T. Reconceptualizando o processo ensino-aprendizagem no ensino superior e suas conseqüências para o ambiente de sala de aula. In: *Anais IX ENDIPE*. Águas de Lindóia, 1998, pp. 316-30.
- MASUR, F. T. e ANDERSON, K. Adhesion del paciente al tratamiento: un reto para la Psicología de la Salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1998, Vol. 20, Nº 1, pp. 103-126.
- MEYEROWITZ, B. E. The impact of mastectomy on the lives of women. *Professional Psychology*, 1981, v. 12, n. 1, pp. 118-27.
- MILAN, L. R.; DE MARCO, O. L. N.; ROSSI, E. e ARRUDA, P. C. V. de O universo psicológico do futuro médico: vocações, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- MINUCUCCI, A. *Relações humanas: Psicologia das relações interpessoais*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1980.

- MIRANDA, C. F., MIRANDA, M. L. *Construindo a relação de ajuda*. 10.ed. Belo Horizonte: Crescer, 1996.
- MIZUKAMI, M. da G. N.; REALI, A. M. de M. R.; REYES, C. R.; MARTUCCI, E. M.; LIMA, E. F. de; TRANCREDI, R. M. S. P.; MELLO, R. R. de. *Escola e aprendizagem da docência: processos de investigação e formação*. São Carlos: EDUFSCar, 2002.
- MORAES, M. C. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.) *Introdução à psiconcologia*. Campinas: Editora Psy, 1994, cap. 2, pp. 57-63.
- MOREIRA, M. A. e ALARCÃO, I. A investigação-ação como estratégias de formação inicial de professores reflexivos. In: SÁ-CHAVES, I. (org.) *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Lisboa: Editora Porto, 1997, pp. 119-138
- MOSCOVICI, F. Competência interpessoal. In: ____ . *Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo*. 8.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998. p.32-42.
- NEDER, M. (1992) A comunicação do diagnóstico em oncologia: questões, reflexões e posicionamentos. *Revista de Psicologia Hospitalar*. 2 (2): 28- 30.
- NEDER, M. (1995) Saúde, qualidade de vida e instituição hospitalar. *Revista de Psicologia Hospitalar*. 2 (2), julho-dezembro.
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

- NUNES, C. H. P. Relação médico-paciente em cancerologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1980, v.29, n.3, pp.199-202.
- OLIVEIRA, A. C. Implantação do serviço de psicologia em ambulatório geral de oncologia. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.) *Resgatando o viver - Psiconconlogia no Brasil*. Summus Editorial, 1998, cap. 2, pp. 93-95.
- OLIVEIRA, L. A ação-investigação e o desenvolvimento profissional dos professores: um estudo no âmbito da formação contínua. In: SÁ-CHAVES, I. (org.) *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Lisboa: Editora Porto, 1997, pp. 91-106.
- PÉREZ GÓMEZ, A. O pensamento prático do professor – A formação do professor como profissional reflexivo. In: NÓVOA, A. (coord.) *Os professores e a sua formação*. Lisboa, Publicações Dom Quixote, 1992, pp. 51-76.
- PERRENOUD, P. *10 novas competências para ensinar*. Porto Alegre/ RS: Artes Médicas, 2000.
- PETRILLI, A. S. O processo de comunicar e receber o diagnóstico de uma doença grave. *Diagnóstico e Tratamento*, 2000, v.5, n.1, pp.35-9.
- PORRO, F. N. V. (Org.) Relación médico - paciente. In: _____. *Psicología médica*. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987, vol. II, p. 9-25.

- REALI, A. M. de M. R.; PERDIGÃO, A. L. R. V.; BUENO, M. B. de O.; MELLO, R. R. DE O desenvolvimento de um modelo "construtivo-colaborativo" de formação continuada centrado na escola: relato de uma experiência. In: Caderno CEDES. *Educação Continuada..* São Paulo: SP. Papirus, 1995, V. 36, pp. 65- 76.
- REALI, A. M. de M. R.; TRANCREDI, R. M. S. P. Interação Escola-Famílias: concepções de professores e práticas pedagógicas. In A. M. de M. R. REALI e M. da G. N. MIZUKAMI (orgs). *Formação de Professores: práticas pedagógicas e escola.* São Carlos: EDUFSCAR, 2002, pp. 73-98.
- RODRIGUES, J. V. & BRAGA, E. N. Programa Cuidando do Cuidador em Fortaleza Ceará. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.) *Resgatando o viver - Psiconconlogia no Brasil.* Summus Editorial, 1998, cap.1, pp.52-61.
- SACRISTÁN, J. G. Consciência e ação sobre a prática como libertação profissional dos professores. In: NÓVOA, A. (coord.) *Profissão professor.* Porto Editora, 1995, pp. 63-92.
- SANT'ANNA, D. B. A mulher e o câncer na história. In: GIMENES, M. G. G. (Org.) *A mulher e o câncer.* Campinas: Editora Psy, 1997, cap. 2, pp. 43-70.
- SANTIAGO, R. A.; ALARCÃO, I. e OLIVEIRA, L. Percursos na formação de adultos: A propósito do Modelo de Lesne. In: SÁ-CHAVES, I. (org.) *Percursos de formação e desenvolvimento profissional.* Lisboa: Editora Porto, 1997, pp. 9-36.
- SARANO, J. *O relacionamento com o paciente: dificuldades e perspectivas no relacionamento entre terapeutas e clientes.* São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1978.

SCHÖN, D. A. Formar professores como profissionais reflexivos. *In: NÓVOA, A. (coord.) Os professores e a sua formação.* Lisboa, Publicações Dom Quixote, 1992, pp. 77-91.

SIMÕES, C. M. e SIMÕES, H. R. Maturidade pessoal, dimensões da competência e desempenho profissional. *In: SÁ-CHAVES, I. (org.) Percursos de formação e desenvolvimento profissional.* Lisboa: Editora Porto, 1997, pp. 37-57.

SPINK, M. J. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. *In: F. C. B. CAMPOS (Org.) Psicologia e Saúde: repensando práticas.* São Paulo: SP. HUCITEC, 1992, pp. 11-23.

SOBRINHO, J. D. Pós-graduação, escola de formação para o magistério superior. *In: SERBINO; R.V. et al., org. Formação de Professores.* Unesp Editora, 1998, pp.139-148.

STEFANELLI, M. C. *Comunicação com paciente – teoria e ensino.* 2.ed. São Paulo: Role Editorial, 1993.

STROILI, M. H. M. e GONÇALVES, C.L.C. Interdisciplinariedade e formação continuada do educador: Contribuições da Psicologia. *In: Caderno CEDES. Educação Continuada..* São Paulo: SP. Papyrus, 1995, V. 36, pp. 47- 55.

TARDIF, M.; LESSARD, C.; LAHAYE, L. Os professores face ao saber. Esboço de uma problemática do saber docente. *In: Teoria e Educação.* Porto Alegre, Pannonica, 1991, n.4, pp. 215-233.

TARDIF, M. Saberes docentes e formação profissional. Petrópolis, Editora Vozes, 2002.

TAVARES, J. A formação como construção do conhecimento científico e pedagógico. In: SÁ-CHAVES, I. (org.) *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Lisboa: Editora Porto, 1997, pp. 59-73.

TORRES, R. M. Tendências da formação docente nos anos 90. In: *NOVAS POLÍTICAS EDUCACIONAIS: CRÍTICAS E PERSPECTIVAS*. II Seminário internacional. PUC-SP, 1998, pp. 173-191.

VEIT, M. T., CHWARTZMANN, F., BARROS, M. C. M. O serviço de psico-oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.) *Resgatando o viver - Psiconcologia no Brasil*. Summus Editorial, 1998, cap. 2, pp. 62-71.

WANDERLEY, K. S. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.) *Introdução a Psiconcologia*. Campinas: Editora Psy, 1994, cap. 2, pp. 95-101.

YAMAGUCHI, N. H. O câncer na visão da oncologia. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.) *Introdução a Psiconcologia*. Campinas: Editora Psy, 1994, cap. 1, pp. 21-32.

ZEICHNER, K. Novos caminhos para o *practicum*: Uma perspectiva para os anos 90. In: NÓVOA, A. (coord.) *Os professores e a sua formação*. Lisboa, Publicações Dom Quixote, 1992, pp. 115-138.

**Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Educação**

**FORMAÇÃO E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM
INTERAÇÃO COM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Autora: Alessandra de Andrade Lopes
Orientadora: Profa. Dra. Aline Maria de Medeiros Rodrigues Reali

ANEXOS

São Carlos
2003

SUMÁRIO DOS ANEXOS

ANEXO 1 - Modelo da Carta aos Diretores dos Conselhos e das Associações.....	118
ANEXO 2 - Modelo de Carta Convite aos Profissionais.....	119
ANEXO 3 - Modelo do Termo de Consentimento.....	120
ANEXO 4 – Roteiro de Entrevista.....	121
ANEXO 5 - Sínteses das Entrevistas.....	122
ANEXO 6 - <i>Folder</i> do Curso.....	142
ANEXO 7 - Primeiro Encontro - Integração e Expectativas Iniciais.....	144
• Plano de Ensino	
• Síntese do Primeiro Encontro	
ANEXO 8- Segundo Encontro - Mulheres com Câncer da Mama: Gênero, Sexualidade e Doença.....	149
• Plano de Ensino	
• Síntese do Segundo Encontro	
• Texto 01	
• Letras de Músicas	
• Mensagem 1 – História de Mulher	
ANEXO 9 - Terceiro Encontro - Enfrentamento de Mulheres com Câncer da Mama.....	168
• Plano de Ensino	
• Síntese do Terceiro Encontro	
• Transparências 01	
• Análise de comportamentos de enfrentamento - Instruções	
• Entrevistas de M1, M2, M3 e M4	
ANEXO 10 - Quarto Encontro - Identidade Profissional.....	214
• Plano de Ensino	
• Síntese do Quarto Encontro	
• Texto 02	
• Texto 03 - Técnica de relaxamento	

ANEXO 11 - Quinto Encontro - Interação profissional da saúde e mulheres com câncer da mama.....	224
• Plano de Ensino	
• Síntese do Quinto Encontro	
• Apresentação dos dados das entrevistas dos participantes do curso	
• Mensagem 2 - Os sons da floresta	
ANEXO 12 - Sexto Encontro - O Profissional da Saúde Diante de Situações Estressantes.....	238
• Plano de Ensino	
• Síntese do Sexto Encontro	
• Texto 04	
ANEXO 13 - Sétimo Encontro - Competências Interpessoais.....	247
• Plano de Ensino	
• Síntese do Sétimo Encontro	
• Transparências 02	
• Crônica: Encontro com o homem certo (Raquel Remen)	
ANEXO 14 - Oitavo Encontro – Trabalho em Equipe.....	258
• Plano de Ensino	
• Síntese do Oitavo Encontro	
• Primeiras instruções para a elaboração de projetos de intervenção	
• Mensagem 3 - Lição dos gansos	
ANEXO 15 – Questionário de avaliação final do curso	268

ANEXO 1

Modelo da Carta aos Diretores dos Conselhos e das Associações

À Diretoria

Prezados Senhores,

Estamos desenvolvendo um Projeto de Pesquisa cujo tema principal de estudo é sobre “a interação de profissionais de saúde com mulheres com câncer de mama”. Inicialmente, é necessário fazermos um reconhecimento de todos os profissionais que atendem essa população. Para isso, estamos solicitando junto aos Conselhos e Associações um cadastro dos profissionais inscritos. Este cadastro deve conter, além do nome completo e do local de trabalho, a área de especialidade de cada profissional.

Antecipamos nossos agradecimentos,

Cordialmente,

Nome das pessoas envolvidas no projeto e respectivas instituições.

ANEXO 2

Modelo de Carta Convite aos Profissionais

CARTA CONVITE

Prezado Profissional da Saúde,

Vimos por meio desta, convidá-lo para participar de um estudo que tem como objetivo compreender sobre as interações de profissionais da saúde e mulheres com câncer da mama.

Caso você aceite participar, gostaríamos de entrevistá-lo em local e em horário convenientes.

A entrevista será gravada para efeito de análise, garantindo a todos os participantes do estudo o sigilo de seu nome ou de qualquer informação que possa identificá-lo diretamente.

A participação dos profissionais é totalmente voluntária, isto significa que você não é obrigado a participar ou dar informações que não queira, bem como poderá interromper a sua entrevista a qualquer momento.

Estaremos à disposição para conversarmos (telefone de contato: ----- ou ----). Não hesite em pedir maiores esclarecimentos sobre o estudo.

Agradecemos sua atenção e colaboração.

Nomes das pessoas envolvidas no projeto e respectivas instituições.

ANEXO 3

Modelo do Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu,....., portador do RG, aceito participar do estudo com profissionais da área da saúde que atendem mulheres com câncer da mama na cidade de ----, concedendo uma entrevista a -----.

Entendo que não serei identificado (a) pelos dados pessoais fornecidos por mim durante a entrevista e que as informações coletadas serão utilizadas para efeito de análise e divulgação científica.

Assinatura:

Data:

ANEXO 4

Roteiro de Entrevista

BLOCO 1- Dados de identificação

Nome: _____ Data de nascimento: _____
Naturalidade: _____ Estado civil: _____
Organização familiar (com quem reside, se tem filhos): _____
Tempo de serviço total e de atendimento de mulheres com câncer da mama: _____

BLOCO 2- Escolha e formação profissional

- 1- Momento da vida no qual decidiu que o curso;
- 2- O que lhe atraía nesta profissão;
- 3- Pessoas que exerceram influência na escolha do curso;
- 4- Disciplinas da graduação que abordaram o tema relacionamento profissional e paciente;
- 5- Durante a graduação algumas pessoas foram, para você, modelos/exemplo de vida e de profissional?
- 6- Pós-graduação e outros cursos na área de oncologia.

BLOCO 3 – Interação profissional-paciente-equipe e Câncer

- 1- Principais atividades desenvolvidas no serviço (individuais e em grupo);
- 2- Quem é o paciente para o profissional;
- 3- Se existem “diferentes tipos de pacientes”, por exemplo, o ideal e o difícil (caracterizar);
- 4- Entendimento a respeito da interação profissional e paciente e características desta interação;
- 5- Entendimento a respeito da interação com outros profissionais;
- 6- O que o câncer representa;
- 7- O que o câncer da mama representa.

BLOCO 4 – Avaliação da atuação profissional e do momento da entrevista

- 1- Mudanças no que se refere a sua interação com os pacientes, em especial com câncer da mama;
- 2- Se é adepto a alguma religião e em que medida acha que esta pode influenciar em sua atuação profissional;
- 3- Como avalia hoje seu desempenho profissional;
- 4- Dados que o participante queira complementar e avaliação final do momento da entrevista.

ANEXO 5

Sínteses das Entrevistas

Entrevista de A1

A1 é Assistente Social, tem 50 anos, divorciada, vive com dois filhos solteiros, uma menina de 22 e um menino de 26 anos. Relatou que com dezoito anos fez vestibular para Letras "como um curso espera marido". Iniciou a faculdade e desistiu no segundo mês. Pensou em fazer Jornalismo, mas como não havia o curso na cidade resolveu fazer Serviço Social. Depois de 27 anos de profissão no Serviço Social, avaliou que se tivesse feito Jornalismo teria sido uma escolha errada.

Depois de seis anos de formada foi trabalhar diretamente atendendo pacientes com câncer. Durante permaneceu na área de oncologia por 10 anos, mas há seis anos foi transferida para uma unidade de pronto atendimento do município.

Mesmo trabalhando no pronto socorro relatou que gostaria de poder voltar a trabalhar com pacientes com câncer. A1 ressaltou que somente saiu desta unidade por conta do salário. Gostava de atender pacientes oncológicos, assistir a evolução dos casos, desde a suspeita até o diagnóstico, fazer a entrevista com os pacientes que estavam pela primeira vez no serviço, fazer a visita domiciliar: "na casa do paciente você vê o que ele é. A casa é o espelho da pessoa, quando você conversava depois com o paciente, você já ouvia... como se estivesse dentro da casa dele". Lembrou que quando foi convidada para trabalhar na unidade de oncologia não aceitou, pois achava que iria sofrer junto com os pacientes.

Disse que a equipe da unidade "era muito boa" e que o chefe sempre fez questão da integração de médicos, enfermeiras, nutricionista, psicóloga e assistente social. Na época, os profissionais se reuniam uma vez por semana para avaliar o serviço e uma vez por mês com um psiquiatra para um trabalho de grupo.

A1 fez curso em Saúde Pública, gerenciamento em Oncologia, cursos de Psiconcologia e é associada à Fundação ONCOCENTRO de São Paulo: "Eu fiquei um mês no RJ, na

Fundação Osvaldo Cruz, depois fui para Florianópolis, São Paulo, Goiânia. Corríamos com os recursos próprios, tudo para aprender mais... a lidar com os pacientes. O máximo que a Secretaria fazia era nos liberar".

Para A1 o paciente é uma pessoa que chega no serviço e que precisa de orientações (dos médicos e do assistente social). Em sua opinião é difícil encontrar o "paciente ideal", aquele que entende e segue todas as orientações. De acordo com sua experiência os pacientes mais carentes são os que mais aderem ao tratamento: "precisam de orientação por não terem capacidade para se virar sozinho, principalmente quando estão doentes". Os pacientes com mais recursos financeiros são "mais difíceis", não aceitam de pronto o tratamento e estão sempre questionando os procedimentos da equipe.

A1 comparou que receber o diagnóstico de câncer é como chegar no estacionamento que você deixou seu carro e não encontrá-lo. Primeiro você pensa "acho que não foi aqui que eu deixei, acho que foi ali... ali também não está, então foi ali... a pessoa demora para acreditar que o carro foi roubado, sumiu! E que aconteceu comigo".

Segundo A1 os alunos aprendem na faculdade que não podem chorar. Considerou que esta premissa deve ser desconsiderada, pois existem muitas coisas que avalia como falhas na graduação em Serviço Social, por exemplo, não se lembra de discussões em sala de aula, ou mesmo de disciplinas que tenham tratado sobre um tema importante como é o da "interação profissional-paciente". Nos estágios finais pensou até em desistir do curso. Pensando em sua prática atual, relatou que o conteúdo do curso, no geral, não correspondeu as suas necessidades como assistente social. Somente depois que terminou a faculdade, já trabalhando, é que se apaixonou pela profissão.

Avaliou que se o profissional pudesse passar mais tempo com o paciente a interação seria mais positiva. Seu principal objetivo com o paciente é sempre fazer com que ele possa "caminhar sozinho".

A palavra câncer, para A1, está associada a uma doença crônica e degenerativa, como é o *diabetes*, a hipertensão. Se que se diagnosticado no início do desenvolvimento pode ter cura: "A gente sempre cultivava esta ideia para quando falar em câncer não pensar em morte. Isso também a gente tenta passar para os pacientes. Tudo tem a prevenção. Então, eu não associo o câncer com a morte, eu associo como uma doença que pode ser tratada".

Em relação ao câncer da mama, associa a uma doença que pode ser

prevenida e tratada: "As mulheres são bem relaxadinhas no auto-exame, nem eu faço, eu apalpo encontro um monte de caroço e deixo para lá". Considerou a mama como uma parte especial do corpo da mulher, e por isso precisa ser "preparada" para a mastectomia. Complementou que perder uma mama deva ser "muito traumatizante": "Uma coisa que confortava bastante as pacientes era saberem da possibilidade de reconstituição... a gente dizia que agora ela iria ficar assim, mas a gente poderia tentar a reconstituição".

A1 destacou que os piores momentos do tratamento para o paciente, também são os piores momentos para o profissional. Avaliou sua experiência de 26 anos na profissão, como importante e positiva, atribuindo seu sucesso aos cursos que fez e que pode aprender sobre o paciente oncológico: "Quando eu fui trabalhar na saúde eu não sabia nada. O doutor C. disse que eu iria aprender em um ano. Ele tinha razão".

A1 também comentou que a valorização e o apoio de sua família por seu empenho na profissão contribuem muito para sua satisfação no trabalho e nos momentos difíceis em interação com pacientes em sofrimento. Além disso, suas crenças religiosas ligadas ao Espiritismo ajudam a superar, compreender e valorizar momentos difíceis no trabalho em interação com o paciente e com a equipe.

Em relação ao momento da entrevista A1 disse que se sentiu bem à vontade.

Entrevista de A2

A2 é assistente social, tem 33 anos, solteira (noiva), mora com a mãe viúva e um irmão mais novo, também solteiro. Decidiu fazer Serviço Social porque tinha uma colega que fazia e começou a olhar seus cadernos, livros, conversarem e gostou.

É formada há seis anos, há quatro anos e meio trabalha na prefeitura e há três anos na unidade de oncologia do município. Atualmente divide sua carga horária semanal entre esta unidade e uma unidade de atenção primária à saúde.

Na unidade de atendimento aos pacientes oncológicos A2 atende individualmente e às vezes conversa "sobre alguns casos, com a psicóloga". Colocando-se como membro da equipe de apoio ao tratamento médico, busca "ajudar nas

dificuldades que o paciente tem, orientando-o sobre seus direitos e realizando orientações a sua família". Com ênfase, disse que todos os pacientes deveriam passar pelo serviço social. No entanto, acrescentou que não há na rotina de atendimento da unidade o agendamento e o encaminhamento à assistente social. Após consulta do paciente com o médico, ela vai até a recepção e o chama para conversar.

Para A2 "paciente" é aquela pessoa que vem em busca de orientação, tratamento e quer encontrar na equipe uma resposta para seu problema. O perfil do "paciente ideal ou difícil" não existe, para ela "difícil é ter a doença". De acordo com sua experiência na área de oncologia, o paciente muda de comportamento a cada etapa do tratamento. Para ela, os pacientes que são "mais resistentes ao tratamento, são os que mais precisam de atenção da equipe, de orientação e ajuda da psicóloga".

A2 entende que a interação profissional-paciente deva ser pautada "em uma relação de confiança, em que o paciente sabe que pode procurar quando precisar". Complementou que o importante é compreender o que a pessoa fala, além de passar as informações necessárias.

Considerou que enfrentar a escassez de recursos humanos e de materiais na área da saúde, para a realização de um atendimento digno à população (número limitado de cotas de exames, falta de medicamentos, de médicos cirurgiões), é o que mais existe de difícil em sua profissão.

Antes de trabalhar com pacientes oncológicos, a palavra câncer era algo assustador, atualmente tornou-se parte da rotina de seu trabalho. Para A2 o momento mais difícil para o profissional e para o paciente é pós-cirúrgico, por exemplo, após mastectomia: "Não adianta dizer para a paciente não pensar nisso, é preciso falar de outra forma... dar apoio dizendo o quanto foi importante fazer a cirurgia e que isso faz parte do tratamento".

A2 avalia que sua interação com os pacientes tem mudado ao longo da experiência, atualmente procura colocar-se no lugar do paciente, respeitar seus valores, suas crenças, seu modo de comunicar-se.

A2 avaliou que sua atuação como assistente social pode ser "melhorada". Poderia "fazer mais coisas pelo paciente, se ficasse mais tempo no serviço de oncologia".

Segundo A2, a interação profissional-paciente foi discutida na graduação

em Serviço Social nas disciplinas Psicologia e Seminários da Prática. A2 tem participado de palestras locais na área e é filiada ao grupo de assistentes sociais que trabalham em oncologia. Considerou que as disciplinas mais importantes para sua formação foram: Sociologia, Psicologia e Direito.

A2 ainda relatou que é católica "não praticante", devido aos muitos compromissos que tem com ao trabalho. Independente disso, seus princípios religiosos orientam sua vida pessoal e profissional. A entrevista foi avaliada como um "momento bom".

Entrevista de A3

A3 tem 37 anos, é filha única, é casada, tem três filhos (9, 4 e 2 anos), mora com a família e com o pai viúvo. É formada em Serviço Social há 18 anos e desde os primeiros estágios profissionalizantes tem contato com pacientes com câncer.

Escolheu o Serviço Social por influencia de uma prima já formada. O que lhe atraiu nesta profissão foi o fato de que poderia "fazer alguma coisa pelo próximo, algo de concreto".

Em sua opinião, a disciplina mais importante da graduação foi "Serviço Social de Caso", porque discutiam sobre o "princípio da aceitação": "Aceitar o paciente com todas as dificuldades, as diferenças culturais, como é que o paciente pode ser, como é que você tem que tratar o paciente individualmente".

Atualmente é Assistente Social de uma associação não-governamental de combate ao câncer. O convite para este trabalho surgiu sem que estivesse procurando e há 18 anos está nesta associação.

A3 não fez especialização em Oncologia, mas estudou e estuda muito sobre a doença. Relatou que seus pais sempre apoiaram sua escolha profissional e até hoje recebe o apoio do pai e do marido. Quanto aos amigos, relatou que "se recusam visitá-la no trabalho para não encontrarem com os pacientes, pois acham esta história de câncer muito triste".

No início da carreira, relatou que encontrou dificuldades para conquistar a confiança e o respeito dos profissionais da área da saúde, principalmente por ser muito jovem. Apenas de constatar que há dificuldades de relacionamento entre os oncologistas

da cidade, têm uma "boa" interação com todos: "Se eu preciso, eu pego o telefone e converso com qualquer pessoa. Mas entre eles... Às vezes, você precisa realmente ter muito jogo de cintura para o paciente poder ser atendido". De outro modo, acrescentou que tem problemas de relacionamento com os profissionais da nutrição: "Eu acho que não levam em consideração a situação financeira do paciente pra passar o tratamento".

A3 lembrou que sua primeira experiência profissional com paciente com câncer "foi horrível". Chegou para visitá-lo, em casa, e encontrou seu corpo sendo velado na sala.

São seus principais objetivos de trabalho: subsidiar o paciente que não tem condições financeiras, na aquisição de remédios e na realização do tratamento e, para isso, recebe uma verba da prefeitura e realiza festas beneficentes juntamente com um grupo de voluntárias; faz um trabalho educativo com os pacientes, visando que compreendam o momento que estão vivendo e lidem melhor com a doença.

A3 relatou que no primeiro contato com o paciente realiza uma entrevista, investigando "suas condições físicas, psíquicas, econômicas e sociais". Além disso, conversa sobre a importância de se fazer o tratamento e evita falar diretamente sobre o diagnóstico - exceto quando há o desconhecimento do mesmo e isso possa implicar no abandono do tratamento.

Avaliando sua clientela, relatou que "o paciente é alguém que está passando por um problema e que precisa de ajuda".

Dentre os pacientes que atende, os considerados "mais difíceis" são os têm o câncer de cabeça e pescoço. Além do câncer, estes pacientes relatam que "não têm família, não têm carteira de trabalho assinada, não aceitam as limitações do tratamento e sofrem muito porque não conseguem ingerir alimentos". Em contraposição, seus pacientes ideais seriam aqueles que seguem corretamente o tratamento e aceitam os efeitos do mesmo.

Quando A3 pensa no câncer o que mais lhe aflige são as dificuldades de realização do tratamento pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e a condição de mulheres arrimo de família. No caso das mulheres, A3 se coloca no lugar da paciente que não pode contar com ajuda do marido, que após a cirurgia pode não conseguir trabalhar para sustentar a família e até mesmo morrer e deixar os filhos sem recursos para viverem.

A3 considerou que o momento mais difícil da interação profissional e

paciente é após a alta médica. Depois da alta o paciente pensa que não precisa mais de acompanhamento médico e muitos desconhecem sobre a possibilidade de reincidiva, isso porque as pessoas têm esperança de que "aquilo tenha acabado e mostrar pra elas que não é bem assim... que mesmo depois da cura há a preocupação contínua com o retorno da doença, não é fácil".

Para A3, sua fé e valores religiosos contribuem para minimizar seu sofrimento diante das dificuldades intransponíveis da condição do paciente com câncer. Sua interação com os paciente foi caracterizada como sendo "uma troca de experiências, sendo que o mais importante fazer com que o paciente consiga passar pelo tratamento de maneira que não tenha tantos traumas".

Sobre a sua atuação profissional, A3 caracteriza este momento como "um dos melhores momentos" da sua vida: "Eu tô mudando (risos), procurando enxergar mais o lado espiritual, tentar enxergar o que há de melhor nas pessoas... a morte, a perda no dia a dia é complicada. Você vai se desfazendo, pra não sofrer, você liga um botãozinho e desliga, né?"

Sobre a entrevista, disse que "foi ótimo, adorei, é sempre bom a gente repensar no que faz".

Entrevista de E1

E1 é enfermeira, tem 37 anos, é casada, tem três filhos (duas meninas de 7 e 5 anos e um menino de 9 meses), mora com os filhos, o marido e o pai viúvo. Foi professora de ensino fundamental durante nove anos. Após um episódio de internação do pai, observando o trabalho da enfermagem, decidiu que iria fazer o curso, pois "na é mais gratificante do que ajudar as pessoas se recuperarem".

É formada em enfermagem há sete anos, trabalhou como professora até terminar a faculdade e ingressar na prefeitura. Fez licenciatura em enfermagem, mas não trabalha na área como professora. Ressaltou que "não abriu da educação", mas teve dificuldades "pois constatou, na prática, que a enfermagem não passava de curativa". Avaliou que conciliar a enfermagem à educação "foi um processo lento", até que conseguiu introduzir a idéia de prevenção e de educação em seu trabalho: "Hoje é um pensamento que vem lá de cima (referindo-se à Secretaria Municipal de Saúde), e por

isso a conciliação foi facilitada. Somente consegui conciliar a enfermagem à educação na Associação dos Diabéticos".

Ser enfermeira faz com que se sinta mais útil, prestando serviços às pessoas. Isso lhe atraiu e fez com que deixasse a carreira de magistério. Depois, como enfermeira, começou a perceber que "só prestar o serviço, sem educar, sem ensinar não valia de nada". Deu o exemplo das mães que chegam às unidades de saúde com crianças desnutridas, com verminoses, doenças respiratórias. Nestes casos, relatou que o enfermeiro tem que ensinar, orientar para que o problema não volte, pois "não adianta prescrever medicamentos se a mãe não sabe como evitar o problema". "Com a educação você consegue acabar com os problemas há longo prazo e não só curar a curto prazo".

As disciplinas que considerou mais importantes no seu curso foram: Fisiologia, Anatomia, Médico-Cirúrgico e Saúde Pública. A disciplina Ética em Enfermagem tratou sobre o tema interação profissional-paciente, porém dada no início do curso teve um caráter muito teórico: "só fui dar valor a ela quando estava atuando".

Quando contratada pela Prefeitura, A3 foi atuar em um Posto de Saúde. Logo em seguida foi trabalhar com pacientes diabéticos e depois de sete anos, após avaliar que já havia feito um bom trabalho e realizando-se profissionalmente, pediu para ser transferida. Voltou para o Posto de Saúde e desenvolveu um projeto de capacitação de agentes de saúde. Ao final do projeto pediu para sair da unidade e foi transferida para a unidade de atendimento aos pacientes oncológicos.

Disse que se tivesse sido consultada não teria escolhido esta unidade, principalmente por pensar que o paciente com câncer não tem cura: "gosto de resolver as coisas e nem sempre isso é possível em oncologia". Quando pensa na palavra câncer, logo pensa em morte. Justifica dizendo que no Brasil a prevenção é tardia, mesmo a prevenção secundária, ou seja, o tratamento é tardio e a doença avança rapidamente. Por exemplo, apesar de considerar o câncer da mama muito comum, relaciona os altos índices de incidência ao fato das mães amamentarem pouco e não realizarem o auto-exame. Continuou relatando que a retirada da mama é para a paciente, e para ela enquanto profissional, uma conseqüência "traumatizante", diferente de qualquer outro tipo de câncer em que não ocorre uma mutilação evidente: "as pacientes ficam desesperadas com a cirurgia e com todo o tratamento, procuro tranquilizá-la dizendo que outras pessoas estão passando pelo mesmo problema, que não é só ela e que isso

tem que ser enfrentado, porque o tratamento está mais avançado".

E1 não tem curso de especialização na área e tudo ainda é muito novo. Apesar de experiência com pacientes com câncer, sente-se estimulada "a adquirir novos conhecimentos, aprender coisas novas, pois sempre um ajuda o outro" (referindo-se aos profissionais).

Quanto às atividades, relatou que no momento está revendo sua função no serviço e os objetivos das atividades que deveria desenvolver ali. Acha que a unidade é "ociosa", no que diz respeito ao planejamento e à administração dos serviços oferecidos. Acredita que seu trabalho possa "ir além", fazendo visitas domiciliares e hospitalares, com o objetivo acompanhar o paciente, saber como ele está. Avaliou que estas visitas podem aproximar o paciente da unidade, sendo este um trabalho, de caráter preventivo, é de responsabilidade do serviço. Além disso, pretende realizar trabalhos com grupos de pacientes, coordenados pela equipe (médicos, nutricionista, assistente social, psicóloga).

E1 também avaliou que falta para a unidade o estabelecimento de uma rotina de atendimento, na qual todo paciente de primeira consulta teria que passar pelo serviço de enfermagem, depois ser encaminhado para assistente social e assim por diante: "Atualmente tentamos fazer isso, mas sem sistemática".

Para E1 o paciente é alguém que "precisa ser calmo, especialmente os pacientes do SUS, "porque as coisas são muito demoradas". E1 vem notando que os pacientes chegam ao serviço "preocupados": "Precisamos entender que não é uma reação pessoal contra o profissional, o paciente está assustado com o diagnóstico".

Os casos mais graves tornam os pacientes "difíceis". Porém, segundo E1, se o profissional souber respeitar a condição do paciente, haverá uma boa interação: "Depende muito da postura do profissional, como ele encara o problema, temos que encorajar o paciente e ir pra frente. Se o profissional fizer desta maneira o paciente vai fazer também". Ainda sobre a interação profissional-paciente, relatou que esta é uma construção pessoal que se faz ao longo da vida, uma construção de "caráter" de cada profissional.

Em relação aos momentos difíceis de sua profissão exemplificou com a situação dos pacientes do SUS que não conseguem fazer um exame, obter um medicamento e seu diagnóstico e tratamento ficam comprometidos. Foi também

considerado um momento difícil quando o paciente recebe a notícia de que tem câncer.

E1 é evangélica e ressaltou que considera muito importante a religião, visto que é dentro dos padrões bíblicos que segue sua vida e faz o seu trabalho como enfermeira: "Para mim a minha religião me ajuda muito no meu serviço, principalmente nas horas que não tem solução... a gente recorre a Deus e ele dá força pra gente continuar".

No início de sua carreira E1 relatou que "só queria ensinar e ensinar o paciente... você não vai fazer aquilo, você não vai fazer isso". Atualmente primeiro pergunta como ele está se sentindo, o que ele acha que deveria fazer, porque e se ele gostaria de fazer isso. Assim, pode-se conseguir maior adesão ao tratamento.

Durante a entrevista E1 relatou que se sentiu bem à vontade.

Entrevista de E2

E2 tem 46 anos, casada, tem dois filhos (18 e 20 anos). Relatou que sempre teve o "dom" para enfermagem, quando adolescente já cuidava do "coto umbilical" dos bebês da vizinhança. Fez primeiro o curso de magistério, fez o de auxiliar de enfermagem e foi trabalhar no hospital. Depois de seis anos de experiência na área é que fez a faculdade de enfermagem.

As disciplinas que considerou como fundamentais para sua formação as disciplinas que "não são técnicas": Psicologia, Sociologia, Filosofia.

E2 é funcionária pública do governo federal e por trinta horas semanais trabalha no atendimento a pacientes oncológicos. E2 também é funcionária de um hospital privado, no período noturno, cumprindo jornada de 12 por 36 horas. Quando o município a consultou sobre o interesse de trabalhar na unidade de oncologia, respondeu que se fosse ser mais útil nesta unidade, então iria. Não tem cursos específicos na área de oncologia, mas pretende fazê-los, dependendo da liberação do hospital nos finais de semana.

Trabalha diretamente no atendimento a pacientes com câncer há dois anos. Neste local sua função ainda é de auxiliar de enfermagem, embora a Secretaria da Saúde a solicite como enfermeira, como, por exemplo, substituindo chefia. Na unidade de oncologia recebe os pacientes na primeira consulta, quando vêm ainda sem saber

sobre o diagnóstico. Depois da pré-consulta o paciente vai para consulta, se é com o ginecologista as enfermeiras acompanham a paciente. Em seguida vem a pós-consulta que é realizada pelas auxiliares de enfermagem, ou mesmo por E2.

Atualmente não realizam atendimento em conjunto com a Psicologia ou com o Serviço social, apenas "trocamos algumas idéias".

E2 mencionou que falta no serviço o desenvolvimento de um trabalho de equipe multidisciplinar. Justificou dizendo que a deficiência de funcionários impede o trabalho de uma equipe integrada. No hospital é supervisora de turno, organiza a escala de funcionário, passa visitas aos internados, faz relatório geral sobre as patologias dos doentes, dos exames que eles têm para fazer e dos cuidados mais específicos. Por exemplo, a noite se tem algum paciente recebendo quimioterapia é ela quem acompanha o caso.

E2 procura atender cada paciente na sua individualidade. Prefere chamar o paciente de cliente, avaliou que "o paciente" é tratado como uma pessoa carente, passiva, prostrada. O termo cliente, em sua opinião, tornou a pessoa enferma mais ativa: "você vai deixar de vê-lo como uma pessoa frágil, que está passando por uma dificuldade grande, mas agora você vai vê-lo como um cidadão que tem seus direitos garantidos pela lei".

Para E2 o paciente ideal é aquele que escuta o profissional, mas que também fala. Por outro lado, existem pacientes mais difíceis "no trato", principalmente os pacientes internados. Porém, relatou que "desde a faculdade a gente sabe disso, quando surge uma enfermidade grave, que existe a fase da negação, da revolta e depois a pessoa passa a aceitar, a encarar a realidade, ter aquela aceitação e fazer o tratamento".

Considerou que os profissionais aprendem com os pacientes, principalmente nos casos com enfermidades que colocam em risco a vida. Enfatizou que o profissional precisa desenvolver seu papel técnico sem deixar de ser humano, diferentemente da maioria dos médicos. Acabou justificando que os médicos têm "uma vida muito corrida" e que por isso agem assim. Os enfermeiros seriam os mediadores da relação médico-paciente.

As situações mais difíceis que enfrenta no trabalho estão relacionadas à carência dos recursos do serviço público para atender os pacientes oncológicos: "o paciente exige que as coisas sejam rápidas e o serviço público não pode atendê-lo".

E2 associou definiu o câncer como uma doença grave, mas que se detectada logo de início, tem cura. Complementou que os paciente chegam npara o atendimento com medo e pessimistas, achando que "é o fim, mas depois com o tratamento vão melhorando, vão percebendo que podem ter um prognóstico positivo".

Ao longo de sua experiência profissional vêm percebendo que sua interação com o paciente tem mudado, tornou-se mais sensível às necessidades dos pacientes, atualmente com "uma curta conversa" já consegue avaliar ás condições físicas, sociais e emocionais do paciente.

Para E2, além do diagnóstico, o momento mais difícil do tratamento é o pós-cirúrgico, quando, por exemplo, a mulher mastectomizada se vê no espelho sem uma das mamas, ou sem parte dela.

Referente ao momento da entrevista E2 disse que gostou de conhecer pessoas preocupadas em ajudar o profissional da saúde e que gostaria de participar do curso porque entende que a proposta poderá ajudá-la a melhorar seu trabalho com os pacientes.

Entrevista de E3

E3 é enfermeira, tem 29 anos, solteira e há cinco anos é formada. Trabalha no hospital que estagiou durante o último ano de sua graduação e atualmente ocupa a função de supervisiona do serviço de enfermagem.

Antes de ingressar na faculdade, cursando Ensino Médio, trabalhava como secretária num hospital da sua cidade e estudava no período noturno. Embora fosse secretária, disse que essa experiência hospitalar colaborou para a sua decisão em fazer o curso de Enfermagem. Sempre gostou de cuidar das pessoas e teve uma experiência desse tipo ao cuidar de seu avô que tinha câncer no estômago. Além disso, as conversas com sua prima enfermeira despertaram o seu interesse pela profissão.

Seus pais e amigos apoiaram sua escolha profissional e até hoje apóiam e a incentivam na carreira. E3 não tem especialização em Oncologia, sua especialização é na área de Administração e Saúde Pública. Apesar de trabalhar num hospital que atende os pacientes oncológicos da cidade e região, sua escolha profissional não foi direcionada para esta clientela.

Na graduação, E3 considera que todas as disciplinas foram importantes para a sua formação, visto que elas se complementavam. Sobre a interação enfermeiro – paciente, não teve nenhuma disciplina específica que tratava sobre esse tema, tanto na graduação quanto na especialização. Nas disciplinas de Ética Profissional e Administração disse ter visto "alguma coisa" sobre o tema "mas nada muito aprofundado". Seu maior interesse na graduação foi pela área de Obstetrícia e sua maior dificuldade foi lidar com a elevada carga horária de aulas e estágios.

No início da atuação tinha "medo", "receio" de conversar com o paciente. Hoje, sente-se mais "à vontade nesta interação". Quando começou a trabalhar no hospital assustou-se com a reação dos pacientes ao receberem o diagnóstico de câncer, como se para ele fosse "o fim". Atualmente, com a construção do Centro Oncológico e com a equipe de saúde mais completa, percebe que a reação dos pacientes quando recebem o diagnóstico de câncer melhorou – principalmente quando se tem o apoio familiar.

No primeiro encontro com o paciente, após internação, E3 relatou que realiza uma entrevista com o objetivo de investigar alguns dados sobre a situação familiar do paciente e sobre a maneira como ele descobriu e está lidando com a doença, a fim de verificar o desejo ou não de revelar seu diagnóstico à família.

Para E3 o paciente "é alguém precisa de cuidados e de ajuda". A interação enfermeiro e paciente foi definida como sendo uma relação de "doação, cumplicidade e confiança, tanto do enfermeiro para o paciente, quanto do paciente para o enfermeiro". Acrescentou que o "paciente ideal" não existe, pois "desde o momento que se sabe, que se tem um problema grave de saúde, tudo muda, já deixa de ser ideal, por mais que o paciente seja compreensivo".

O câncer, para E3, é uma doença que traz muito sofrimento, principalmente no caso do câncer da mama que afeta a feminilidade da mulher. Tem percebido que a mastectomia é a etapa mais difícil do tratamento. Para E3, enquanto profissional e mulher, todas as etapas do tratamento do câncer da mama foram consideradas difíceis, além do momento da comunicação do falecimento do paciente à família.

E3 é católica e relatou que sua religião "ajuda" no dia a dia de sua profissão: "Nossa! Eu acho que... você precisa ter alguma coisa pra você se apegar, né?"

E não tem coisa melhor que Deus. Eu acho que ajuda bastante mesmo".

O momento da entrevista foi avaliado como positivo, colocando-se à disposição para outros encontros.

Entrevista de F1

F1 tem 37 anos, é casada, tem 2 filhos (13 e 12 anos) e há 16 anos é formada em Fisioterapia. Trabalha em uma clínica particular e também é professora em uma universidade privada. Além das aulas que ministra em sua área de atuação, atende pacientes na clínica escola da universidade e supervisiona os alunos em estágio de formação.

No 3º ano do Ensino Médio, quando assistiu às aulas de profissionais liberais convidados a dar palestras sobre suas profissões, já pensava em fazer Fisioterapia e decidiu-se definitivamente pelo curso. A escolha não agradou aos pais, tanto que também prestou vestibular para Odontologia. Hoje, seus pais comentam que ela não seria tão feliz se tivesse cursado odontologia para agradá-los.

F1 fez um curso de especialização na área de Educação em Saúde Pública, estudando alguns aspectos da oncologia. Atualmente, está concluindo seu mestrado na UNESP de Botucatu na área de Ginecologia – Obstetrícia.

F1 considerou todas as disciplinas do curso de Fisioterapia importantes para a formação do profissional, no entanto foram fundamentais: Anatomia, Ginecologia – Obstetrícia, Pediatria, Neurologia e Psicologia do Deficiente. Nesta última foi tratado o relacionamento entre o terapeuta e o paciente, fornecendo "um aparato emocional ao estudante".

No início da sua atuação profissional trabalhou na APAE, depois foi para Porto Velho (RO), onde trabalhou em dois hospitais. Sempre buscou o reconhecimento e a valorização de sua profissão "o que não era fácil há 16 anos atrás". Segundo F1, a equipe de saúde conhecia a Fisioterapia somente aplicada à Ortopedia. O reconhecimento da sua profissão foi então uma dificuldade e uma busca constante.

O câncer, para F1, está relacionado à "limitação, mutilação e carência afetiva". Em relação ao câncer da mama, além desses três aspectos, acrescentou a dificuldade da mulher de retornar à vida sexual.

F1 atende mulheres com câncer da mama há sete anos e seu principal objetivo com esta população é reintegrá-las às atividades de vida diária. Seu primeiro contato com a paciente com câncer da mama acontece no pós-operatório, quando é encaminhada pelo médico ao serviço de fisioterapia: "Ela vem com os pontos da cirurgia, com muitas dores e fazendo quimioterapia e radioterapia". Continuou relatando que a paciente chega para o tratamento fisioterápico "naquela fase crítica" e ela tenta proceder da seguinte forma: o primeiro passo é a avaliação fisioterápica do paciente - dados clínicos, história de moléstias progressas, estado emocional (com auxílio do serviço de Psicologia), tipo de mastectomia realizada; o segundo passo é traçado um programa de tratamento para a paciente.

A interação fisioterapeuta e paciente é definida como sendo uma relação de "respeito total pelo paciente como um ser humano". Além disso, destacou a importância do terapeuta ter um posicionamento de distanciamento, não interferindo na vida direta do paciente, lembrando de seus limites enquanto profissional. Enfatizou que a interação humana é um constante aprendizado, tanto no relacionamento com pacientes, amigos, companheiro, marido, namorado e alunos.

O significado da palavra paciente é de "ser humano" e valores como o amor, o respeito e a solidariedade estão relacionados. Em sua opinião não existem pacientes difíceis (exceto os que estão em hospitais psiquiátricos), mas sim "pacientes especiais". Esses pacientes são aqueles que têm uma "carência maior" e por isso requer mais atenção do profissional. Já o "bom" paciente é aquele que aceita as orientações do fisioterapeuta e dá continuidade ao tratamento nas atividades de vida diária.

Na avaliação de sua atuação profissional, F1 disse estar satisfeita profissionalmente, porém muito exigente com seu desempenho profissional, buscando sempre oferecer um "trabalho digno" ao paciente.

Sobre a entrevista, disse ter se sentido "extremamente bem", relatando que pode refletir sobre sua atuação profissional.

Entrevista de M1

M1 tem 44 anos, é casado e tem dois filhos (7 anos e 1 ano). Há 20 anos é formado em medicina, especialista nas áreas de Hematologia, Hemoterapia, Oncologia

Clínica e Oncologia Pediátrica, além de pós-graduação na área de Mastologia.

Na adolescência relatou ter sido "um bom aluno", com dedicação exclusiva aos estudos: "Estudava de dia e a noite. De noite eu fazia curso profissionalizante e de dia o colegial normal. Sou torneiro mecânico, faço frezador e sou eletrotécnico".

Quando terminou o colegial decidiu fazer medicina: "Eu tinha um primo médico, muito querido na família... ele era um referencial forte para os meus pais. É... não havia uma convicção definitiva e plena para a escolha da profissão, fui influenciado pelos meus pais".

Quando escolheu fazer medicina achava que iria ser psiconeurocirurgião. Teve sua formação voltada para a cirurgia, mas dois meses antes de se formar decidiu fazer residência em Oncologia Clínica. Relatou que a leitura do livro "Um médico brasileiro" foi o livro que o motivou a mudar. A oncologia representava para um desafio, "a possibilidade de avançar em termos de conhecimento estritamente médico, de se saber exatamente como é que se desenvolve o câncer, como se trata e não no fato de que pessoas morrem disso".

Relatou "nasci católico, mas hoje sou cristão". Ser cristão influencia na sua atividade profissional, principalmente para lidar com situações difíceis com o paciente que vai morrer.

Apesar de avaliar que o curso de medicina não possui uma formação humanista, conclui que: "a questão de formar o médico frio e longe do contexto humano, acaba sendo referenciada mais por uma questão de formação pessoal do que institucional". Complementou dizendo que em nove anos do curso de formação se lembra apenas de uma aula extracurricular, com o professor de Bioética, que foi estimulado a refletir e discutir "o que é profissional, o que é pessoal e o que é técnico".

Por influências familiares buscou uma formação humanista: "Isso decorre do perfil cultural do meu pai, da minha mãe e das leituras que eu tive, e eu fui muito influenciado por uma escola sociológica, psicológica, fenomenológica que o homem é o referencial, o homem e os seus sentidos e sentimentos é o referencial absoluto das decisões, né?". M1 também lembra que sua formação humanista é decorrente da educação que recebeu em colégio de "Freiras Carmelitas".

Para M1 a oncologia não representa somente morte, como a maioria das

peessoas pensam: "A cura é real. Ela existe! E é muito gratificante isso. (...) a morte também pode ser gratificante, de repente perceber que uma família se uniu, se motivou a aceitar a morte, a partir de uma discussão de elementos que a vida sempre nega... também acaba sendo interessante".

"O paciente ideal e o paciente difícil" não existem para M1, o que existe é o profissional incompetente e o capacitado - que atende às necessidades biológicas, psíquicas e sociais do paciente. Na relação com o paciente M1 se coloca a serviço das necessidades do outro ao longo do tratamento e até mesmo no momento da morte. A morte por "erro médico" e a "medicina lucrativa" são ligados a sua profissão que lhe incomodam.

Avaliou que atualmente está "de bem" consigo mesmo, mas que se fosse começar de novo não faria medicina.

No final da entrevista agradeceu pelo momento de reflexão, de troca de idéias, pois no meio médico isso é pouco comum, algo que a "Psicologia" tem lhe proporcionado.

Entrevista de M2

M2 tem 30 anos, é casado e não tem filhos. Formado há sete anos, há cinco trabalha com mulheres com câncer da mama. Além de atender em seu consultório particular, atende num Posto de Saúde.

Embora tenha feito vestibulares para os cursos de Odontologia e Propaganda e Marketing, disse que chegou no 2º ano do Ensino Médio determinado a fazer Medicina. O que lhe chamava atenção o estudo da Biologia.

Já a escolha para a Mastologia foi definida principalmente pelo tipo de cirurgia realizada nesta especialidade e também porque gostou de atender pacientes com câncer da mama durante a atuação na área de Ginecologia – Obstetrícia.

Os familiares e amigos de M2 compreendem a sua atividade de médico e ele se M2 relatou que se esforça para que familiares e amigos o vejam como qualquer outra pessoa, pois para ele a Medicina é uma profissão "como outra qualquer". Deste modo, prefere não ser "o médico da família", para que possam separar a convivência familiar e a profissão - embora esteja sempre no "primeiro escalão da coisa na hora do

problema".

Para M2 a base da medicina é saber interpretar por que a pessoa tem febre, saber quando pedir um exame de sangue, quando fazer um exame físico, saber direcionar um tratamento a partir dos dados obtidos. Considerou para casos específicos e raros já temos um número suficiente de especialistas. Complementou que "com um bom bate-papo, 90% dos diagnósticos podem ser feitos... é só dar oportunidade para o paciente falar".

Relatou que seu contato com o paciente difere conforme o local de atendimento. A parte "técnica" é a mesma no consultório e no Posto de Saúde, podendo ser realizado em torno de 15, 20 minutos. Já a parte "social", é privilegiada no consultório, por dois motivos: primeiro, pela maior disponibilidade de tempo para atender cada paciente; e segundo, pela relação de proximidade entre médico e paciente, visto que o paciente quem o escolheu como médico – diferente do Posto de Saúde que o paciente não escolhe o médico, simplesmente vai à procura de "qualquer médico". Outro aspecto que difere entre os pacientes do SUS e do consultório é com relação ao estágio da doença.

Relatou que a interação profissional e paciente mudou ao longo dos anos de sua formação. Como estagiário o aluno tem somente um paciente durante dois meses e o envolvimento afetivo com o paciente é muito grande. Hoje, embora exista o vínculo o envolvimento é diferente, mais distante.

M2 disse que avalia como positiva sua atuação profissional, embora o retorno financeiro não seja satisfatório.

Na opinião de M2, o momento mais difícil para a mulher durante o tratamento do câncer da mama é o pós-cirúrgico. Isso porque é neste momento que a mulher se vê mutilada e "afunda num quadro depressivo". Este também foi mencionado como o momento difícil para o profissional, no sentido de estar lidando com a "não aceitação" da paciente diante desse fato. Acrescentou que o médico tem que conceber o câncer como uma doença curável: "Hoje em dia, cada vez é mais possível. Você tem que pôr na cabeça que o mais importante é dar qualidade de vida e expectativa de vida à paciente – esse que é o objetivo do oncologista".

M2 considera-se católico e não praticante, relatou também a fé em Deus tem presença constante em sua vida pessoal e profissional. Sobre a entrevista, disse que

gostou, exceto pela presença do gravador.

Entrevista de P1

P1 tem 27 anos, é solteira, formada há quatro anos em Psicologia e atende mulheres com câncer da mama desde o período de estágio curricular, há cinco anos. Trabalhou dois anos no atendimento ambulatorial de pacientes com câncer e hoje atende em sua clínica particular.

Relatou que fez sua escolha pelo curso de Psicologia sob influência positiva de uma de suas irmãs, que fazia o curso na época. Sempre gostou da área da saúde/hospitalar. Não tem especialização na área de Psico-Oncologia, embora esteja sempre estudando.

Salientou a importância do curso de graduação na formação do profissional da saúde e a participação do aluno em atividades e projetos extracurriculares. Para P1, mais do que o conhecimento teórico e o técnico, a universidade precisa proporcionar experiências práticas. Na opinião de P1, as disciplinas mais importantes do curso foram: Psicofarmacologia, Psicologia da Morte, Projeto de Sensibilização e Teorias e Técnicas Psicoterápicas V (TTP V - Abordagem Humanista). Dessas disciplinas, principalmente a última (TTP V) – juntamente com a supervisão de estágio – contemplou o tema "interação psicólogo e paciente".

O câncer é definido por P1 como sendo "uma doença difícil, triste (...) falando de uma forma simbólica e metafórica". O câncer da mama afeta a feminilidade e a sexualidade da mulher, comparando este diagnóstico como se a paciente levasse uma "flechada". A etapa mais difícil do tratamento seria a retirada da mama, sendo que depois exige que a paciente redefina seu papel de esposa, mãe e mulher.

Segundo P1, a reação da família ao diagnóstico de câncer não é padronizada: a família do paciente atendido pelo SUS, em sua maioria, não está muito presente no tratamento do paciente; mas aquelas famílias que estão presentes interessam-se em entender a doença e os procedimentos necessários para interagirem com o paciente; já a família do paciente atendido no consultório, embora, em sua

opinião seja mais crítica e questionadora em relação aos procedimentos terapêuticos adotados, revolta-se com o diagnóstico e não aceita a doença.

No processo terapêutico com mulheres com câncer da mama seu objetivo é o de "promover a conscientização de sua condição de saúde e garantir que a paciente redefina sua identidade".

Segundo P1 as reações ao diagnóstico de câncer são "clássicas", primeiro o paciente nega a doença, depois pode aceitar ou continuar negando, chegando a desistir do tratamento.

O paciente é concebido por P1 como alguém vulnerável e ao mesmo tempo consciente por estar procurando ajuda profissional para seu problema.

P1 relatou que aprendeu ao longo dos anos a aceitar e respeitar a decisão do paciente de aderir ou não ao tratamento: "Eu escutava, às vezes, na faculdade sobre a morte, que o profissional sempre tem que saber que ele não é onipotente; que o paciente tem direito de escolha. Mas ver isso na prática, ou melhor, sentir isso na prática foi bem diferente". E a entender que o processo terapêutico tem que favorecer o paciente, de acordo com seus valores e expectativas, e não de acordo com os valores e expectativas do psicólogo.

Para P1 o processo terapêutico é "um momento fundamental de conscientização, orientação, de desabafo e de apoio". Complementou que por meio da observação e do contato com as pessoas pôde definir melhor os seus próprios valores e a sua concepção de vida.

No final da entrevista P1 disse que foi um momento agradável e diferente, por ter abordado questões que vão além da atuação profissional, envolvendo a trajetória de vida do profissional - "da pessoa do profissional".

ANEXO 06
Folder do Curso

COORDENAÇÃO

Alessandra de Andrade Lopes
Profa do Departamento de Psicologia
Faculdade de Ciências /UNESP/Bauru
Aluna de doutorado do PPGEE- ME/ UFSCar

Denise Stefanoni Combinato
Aluna do curso de Psicologia - UNESP/Bauru
Bolsista PIBIC/ CNPq - Faculdade de Ciências

ORIENTAÇÃO DO PROJETO

Profa. Dra. Aline Maria de Medeiros Rodrigues Reali
Programa de Pós-Graduação em Educação
Metodologia de Ensino - UFSCar

APOIO

UFSCar – Programa de Pós-Graduação em Educação –
Metodologia de Ensino

CNPq/ PIBIC - FC/ UNESP – Bauru

Centro de Psicologia Aplicada
UNESP - Bauru



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Câmpus de Bauru
Faculdade de Ciências

Av. Eng. Luiz Edmundo Coube, s/n
Vargem Limpa - Bauru-SP
Fone/Fax: (014) 230-0562



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Câmpus de Bauru
Faculdade de Ciências

**Formação continuada de
profissionais da saúde**
**“Interação profissional da saúde e
pacientes com câncer da mama”**

de 02 de fevereiro à

07 de abril de 2001

LOCAL: Centro de Psicologia Aplicada
Faculdade de Ciências
UNESP – Câmpus de BAURU

APRESENTAÇÃO

A interação profissional da saúde e paciente tem sido considerada de fundamental importância, principalmente para pacientes submetidos a tratamentos longos, invasivos e muitas vezes mutiladores, como é o caso de mulheres em tratamento do câncer da mama.

Estudos têm atestado que pacientes que estabeleceram uma interação de qualidade com profissionais da saúde foram beneficiados na adesão do tratamento, recuperação e adaptação psicossocial. Outros estudos entretanto apresentam que o dia a dia do profissional da saúde é predominantemente estressante ocasionado pela interação com os diferentes efeitos colaterais do tratamento do câncer e a iminência da morte do paciente.

Desta forma, como um programa de um curso de formação continuada para estes profissionais poderia contribuir com o estabelecimento ou manutenção da qualidade da interação profissional e paciente, no qual as duas partes pudessem ser beneficiadas?

O presente curso tem como objetivo fornecer aos profissionais da saúde, que atendem mulheres com câncer da mama, subsídios teóricos, metodológicos e técnicos, visando ajudá-los a enfrentar de maneira positiva e a refletir sobre as muitas situações adversas relacionadas à interação com as pacientes.

PROGRAMA

Dia 02.02.01

EXPECTATIVAS RELACIONADAS AOS TEMAS DOS ENCONTROS

Dia 09.02.01

MULHERES COM CÂNCER DA MAMA: GÊNERO, SEXUALIDADE E DOENÇA

Dia 16.02.01

ENFRENTAMENTO DE MULHERES COM CÂNCER DA MAMA

Dia 23.02.01

IDENTIDADE PROFISSIONAL

Dia 09.03.01

INTERAÇÃO PROFISSIONAL DA SAÚDE E PACIENTE

Dia 16.03.01

O PROFISSIONAL DA SAÚDE DIANTE DE SITUAÇÕES ESTRESSANTES

Dia 23.03.01

COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS

Dia 30.03.01

TRABALHO EM EQUIPE

Dia 07.04.01

AValiação DOS ENCONTROS

Local: CPA – Unesp / Bauru

FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME:

PROFISSÃO:

LOCAL DE TRABALHO:

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

CIDADE:

ESTADO: CEP:

TELEFONE (residencial):

TELEFONE (comercial):

Anexo 7 - Plano de Ensino
Primeiro Encontro “Integração e Expectativas Iniciais”

Universidade Estadual Paulista (Unesp) –Bauru / Centro de Psicologia Aplicada

Formação continuada de profissionais da saúde – Interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama

Objetivo geral: 1) Propiciar um momento de integração entre os participantes; 2) Apresentar e discutir a proposta do programa de formação continuada.

ETAPAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMENTOS	INSTRUMENTOS E MATERIAIS	AValiação	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Recepcionar os participantes	Reconhecimento do local onde o curso será realizado – CPA/UNESP de Bauru		Observação da participação dos membros do grupo nas atividades propostas	30 min
DESENVOLVIMENTO	Proporcionar condições de integração entre os participantes	Promover a apresentação dos membros do grupo	Utilização da técnica de dinâmica de grupo: “Meu crachá” Crachá, pincel atômico		30 min
	Proporcionar condições para que os participantes manifestem suas opiniões e expectativas sobre o programa do curso	Apresentar o programa do curso e solicitar por escrito perguntas relacionadas aos temas dos encontros	Instruções sobre a elaboração de perguntas relacionadas aos temas dos encontros Folha sulfite e caneta		60 min
CONCLUSÃO	Estabelecer contrato inicial com os participantes do grupo	Discutir propostas de início e término do encontro, calendário, número de faltas e consentimento de gravação e de divulgação dos dados	Programa do curso <i>folder</i>		30 min

ANEXO 07

Síntese do Primeiro Encontro

Integração e Expectativas Iniciais

Objetivos do primeiro encontro: propiciar um momento de integração entre os participantes, e em seguida, discutir as expectativas iniciais com relação à proposta do curso.

Dos dez participantes convidados compareceram ao primeiro encontro seis profissionais: E1, P1 e M1 (grupo da manhã) e E2, A1, A2 (grupo da noite).

Por meio da dinâmica “Meu crachá” os participantes, incluindo as coordenadoras, fizeram uma breve apresentação pessoal:

- E1 (enfermeira) desenhou um sol no seu crachá, afirmando sua disposição e prazer em ajudar as pessoas: *“precisamos brilhar onde estivermos”*;
- P1 (psicóloga), desenhou uma árvore como símbolo de sua profissão: o tronco e a raiz representam a segurança que pode dar ao paciente; a copa, a sombra e o aconchego humano que o profissional pode proporcionar; e os frutos, que representam o crescimento do paciente;
- A1 (assistente social) desenhou um sol porque diz acreditar no amanhecer, num novo dia, numa nova vida – *“é o recomeço”*. Falou de dificuldades familiares e afetivas, representando o sol como um incentivo para uma nova fase de sua vida. Relatou que se sentia feliz por estar ali no grupo, principalmente porque este tipo de atividade também lhe ajuda à superar problemas particulares;
- E2 (enfermeira) desenhou como seu símbolo uma flor, representando a alegria: *“É impossível você olhar para uma flor e não sentir algo bom, algo gostoso”*;
- A2 (assistente social) desenhou como símbolo pessoal um pássaro. O pássaro para ela representa a liberdade que almeja: *“almejo voar um pouco mais, estou me sentindo um pouco presa, tanto profissionalmente quanto em questões familiares”*;
- M1 (médico) desenhou no seu crachá um rosto sorrindo, representando o seu estado

atual de satisfação em relação ao trabalho e à família: *“estou bem, estou em paz”*.

- C2 (aluna bolsista/ coordenadora) desenhou no crachá algumas rugas simbolizando o envelhecimento e diversos pontos coloridos simbolizando os vários aspectos da saúde.
- C1 (pesquisadora/ coordenadora) desenhou vários sorrisos representam seu interesse e disponibilidade em conhecer o outro *“um sorriso é para mim o começo, o início de uma interação”*.

Foi comentário de todos os participantes que quando não estão trabalhando, estão engajados em compromissos familiares de rotina: *“Não dá mais tempo, né? Cada dia pior”* – A1. Atividades outras de lazer, tais como caminhar, tocar violão, ir ao cinema, são colocadas em segundo plano.

Finalizada a apresentação foram retomados os objetivos de integração da atividade realizada e ressaltado que a cada encontro, por meio de atividades propostas e das exposições pessoais, nos conheceríamos melhor.

Posteriormente, o programa do curso foi apresentado aos participantes, explicitando a proposta e os objetivos. Também foi solicitado aos participantes que escrevessem perguntas relacionadas aos temas de cada encontro. Esta solicitação objetivou proporcionar condições para que manifestassem suas opiniões e expectativas sobre o curso.

Os participantes fizeram comentários, questões e apontaram os aspectos de cada tema que gostariam de abordar e discutir. A saber:

Tema - MULHERES COM CÂNCER DA MAMA: GÊNERO, SEXUALIDADE E DOENÇA

- *O que sente a paciente diante do diagnóstico do câncer da mama? (A1);*
- *A mulher tem a mama como órgão de excitação sexual, com toda simbologia. É difícil para ela expor ao profissional as mudanças ocorridas com relação à sexualidade, mesmo por uma questão cultural. Na ocorrência da doença, o emocional coloca em cheque muitas questões da vida da paciente: o eu como pessoa, mulher, mãe... Como o profissional pode ajudar a paciente a lidar com este momento?; É preciso valorizar a vida, a pessoa e ajudá-la a desenvolver potencialidades que vão além da doença (A2);*
- *Quais as reações das mulheres diante do diagnóstico do câncer da mama? (E1);*
- *Que argumentos posso usar para auxiliar uma mulher diante do câncer da mama a tornar o mais natural possível seu relacionamento sexual? (E2);*
- *Reabilitação psicológica da mulher com câncer da mama; história sobre a mulher e o*

- *câncer da mama (M1);*
- *Identidade da mulher: como lidar com o parceiro após a mastectomia? (P1).*

Tema - ENFRENTAMENTO DE MULHERES COM CÂNCER DA MAMA

- *Após a mastectomia, como fazer com a vergonha, o medo e os sentimentos de inferioridade da paciente? (A1);*
- *Temos pacientes que evitam conversar sobre a doença, mesmo com muitos contatos com o profissional e supostamente tendo ocorrido empatia entre ambos. Temos pacientes que relatam várias situações problemáticas (familiares na sua maioria), mas não conversam sobre a doença, negam-se ao enfrentamento (A2);*
- *Como identificar que o paciente tem problemas de enfrentamento?; Como enfrentar de forma menos traumática o câncer ao longo do tratamento e da espera da morte? (E1);*
- *Como ajudar a mulher a trabalhar com a mutilação? (E2);*
- *Como a Psicologia pode ser um instrumento facilitador do enfrentamento da paciente? Quais são os métodos e critérios de avaliação? (M1);*
- *que pode motivar a paciente a enfrentar a doença? (P1).*

Tema - IDENTIDADE PROFISSIONAL

- *Quem sou neste serviço? O que eu espero de mim neste trabalho? E o que a equipe, os paciente esperam de mim? Responder estes questionamentos nos auxiliará a nos percebermos enquanto profissionais? (A2);*
- *Gostar do que faz, ter prazer no que realiza, faz parte da minha identidade (E2);*
- *Existe vocação ou adaptação à prática da Oncologia nas suas diversas sub-áreas?; Como distinguir, lidar, integrar os aspectos objetivos e subjetivos da prática profissional? (M1);*
- *Preconceito do profissional na forma de olhar a paciente; Autoconhecimento do profissional para conhecer o seu limite – isso seria um princípio para a interação profissional e paciente? (P1).*

Tema - INTERAÇÃO PROFISSIONAL DA SAÚDE E PACIENTE

- *Relacionamento profissional da saúde e paciente: quais são as nossas afinidades e diferenças? (A1);*
- *Quais são os artifícios para tornar mais proveitosa a interação profissional e paciente? (E2);*
- *A relação profissional da saúde e paciente: o contexto compulsório de atendimento, o contexto facultativo de atendimento e a importância deste discurso na instituição (M1);*
- *Até que ponto o vínculo profissional – paciente é positivo ou negativo? (P1).*

Tema - O PROFISSIONAL DA SAÚDE DIANTE DE SITUAÇÕES ESTRESSANTES

- *Quais são as situações mais estressantes em relação ao paciente, ao grupo e equipe? (A1);*

- *Como permanecer empático com o paciente, não obstante o trabalho estressante e os números incontáveis de casos atendidos? (E1);*
- *Como lidar de uma forma mais amena com situações estressantes? (E2);*
- *Estresse profissional: aspectos positivos, aspectos negativos, ganhos pessoais e ganhos emocionais (M1);*
- *Estresse dentro do trabalho e a liberação deste nas relações interpessoais por falta de auto conhecimento (P1).*

Tema - COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS

- *Como direcionar e harmonizar diferentes habilidades, competências de um grupo para um mesmo fim? (E1);*
- *O que é empatia? Como ser empático apesar das situações estressantes? (M1).*

Tema – TRABALHO EM EQUIPE

- *Como atuar em equipe sem desprestígio de profissional algum? (E1);*
- *Por que há dificuldade entre os profissionais para sentar juntos, traçar metas e realizar propostas? (E2);*
- *Discurso e a prática da interdisciplinariedade, um desafio institucional e curricular; A definição do método e de critérios de avaliação de uma prática holística (M1).*

Com base nas questões dos participantes podemos constatar a manifestação de interesse em melhorar o atendimento à clientela e as condições de trabalho em equipe.

Importante registrar que: a) A3, E3, F1 e M2 não compareceram ao primeiro encontro, apesar de terem confirmado presença; b) nem todos os participantes fizeram observações a respeito de cada tema proposto para os próximos encontros.

Ainda neste dia foram estabelecidos alguns acordos: horário de início e de término dos encontros, gravação dos encontros e consentimento para utilização dos relatos, para efeito de pesquisa e divulgação científica.

Anexo 8 – Plano de Ensino
Segundo Encontro “Mulheres com Câncer da Mama: Gênero, Sexualidade e Doença”

Universidade Estadual Paulista (Unesp) –Bauru / Centro de Psicologia Aplicada
 Formação continuada de profissionais da saúde – Interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama
 Objetivo geral: Identificar e discutir as principais características biopsicossociais de mulheres com câncer da mama

ETAPAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMENTOS	INSTRUMENTOS E MATERIAIS	AValiação	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Apresentar os registros das expectativas dos participantes sobre cada encontro	Apresentar os registros de cada participantes e solicitar que os mesmos discutam e complementem com outras informações	Registros por escrito das expectativas dos participantes sobre cada encontro		15 min
			Transparências		
DESENVOLVIMENTO	Proporcionar condições para que os participantes possam relatar sobre suas idéias, concepções, opiniões a respeito das mulheres que são acometidas pelo câncer da mama	a) Solicitar a elaboração, em grupo, de um caso de uma mulher (M) com diagnóstico de câncer da mama. Cada participante ajudará a compor a história de uma mulher com câncer da mama	Instruções para elaboração em grupo do caso "M" (parte a e b)	Observação da participação dos membros do grupo nas atividades propostas	30 min
		b) Solicitar que cada participante identifique no caso de “M” o momento que mais lhe chamou a atenção, relatando o porquê e apontando o que faria enquanto um profissional da saúde diante de tal situação			45 min
CONCLUSÃO	Apresentar elementos de conhecimento teórico que possam ser somados ao conhecimento dos participantes sobre o tema do encontro	a) Introduzir elementos de conhecimento teórico por meio da apresentação: de duas letras de músicas e de slides que retratam a condição social da mulher	Letras das músicas: “Mulheres de Atenas” e “Maria a Maria”, slides, aparelho de som, CDs		10 min
		b) Apresentar aspectos históricos, biológicos e sociais que caracterizam de maneira geral o "ser mulher" e aspectos biopsicossociais da mulher com câncer da mama	Textos da referência bibliográfica Transparências		30 min
	Coletar informações que possam ser parâmetro de avaliação do encontro	Solicitar que os participantes respondam às questões de avaliação do encontro	Questões de avaliação do encontro (1) Folha sulfite e caneta		20 min

(1) Questões de avaliação do encontro: a) Na sua opinião, quais foram os principais pontos de discussão deste encontro?; b) De que maneira o que foi discutido neste encontro pode contribuir para sua prática profissional?

ANEXO 08

Síntese do Segundo Encontro

Mulheres com câncer da mama: gênero, sexualidade e doença

Objetivo deste encontro: identificar e discutir as características biopsicossociais mais eminentes das pacientes com câncer da mama, atendidas pelos participantes do curso.

Participaram deste encontro: E1, F1, P1 e coordenadoras C1 e C2 (grupo da manhã) e A1, A2, E2 e coordenadoras C1 e C2 (grupo da noite). M1 justificou sua ausência por motivo de doença na família. A3, E3, F1 e M2 foram novamente contatados e disseram que viriam ao segundo encontro. Apenas F1 compareceu.

No segundo encontro, antes do início das atividades do grupo da manhã, F1 apresentou-se e E1 e P1 também se apresentaram a ela⁹.

No segundo encontro, com o objetivo de proporcionar condições para que pudessem relatar suas idéias, concepções, opiniões a respeito das mulheres que são acometidas pelo câncer da mama, os participantes criam um estudo de caso.

Caso M - Elaborado por E2, F1, P1, C1 e C2

“M tem 40 anos de idade, é casada. M tem dois filhos do sexo masculino (15 e 18 anos). É branca, a menarca foi aos 12 anos, seus ciclos são irregulares e o fluxo menstrual intenso. Nunca usou método contraceptivo. Seu marido tem 49 anos, trabalha como viajante, tem amantes e é alcoólatra.

M trabalha em uma loja de artigos domésticos e contribui com a renda familiar. M faz exames ginecológicos preventivos todos os anos na rede pública de saúde.

Neste momento, M compareceu ao posto de saúde para realizar esses exames. Durante o banho, percebeu um nódulo pequeno na mama direita, o qual relatou para o seu ginecologista. A mesma refere-se a incômodos.

Após os exames, foi informada pelo seu médico que estava com um tumor, que necessitaria extirpação. Porém, necessitava de exames mais específicos, os quais seriam feitos através do SUS.

⁹ F1 (fisioterapeuta) desenhou duas muletas - símbolo de sua profissão. As muletas representam o apoio e o suporte dados pelo profissional ao paciente. Cabe mencionar, que no início do segundo encontro (momento de síntese do primeiro encontro), F1 declarou que as observações feitas pelo grupo também correspondiam as suas expectativas sobre os temas indicados para cada encontro.

Diante da informação sobre o tumor, M começou a chorar e relatou ao médico que estava inconformada com a notícia: - “Isso não poderia ter acontecido comigo!”

O médico ressaltou a importância dos exames mais específicos, mas M parecia que não estava ouvindo. Começou então, sua peregrinação atrás de vagas para esses exames.

M estava triste, não se alimentava como normalmente, estava nervosa, agressiva com a família. Isto causou algumas brigas com os filhos. As exigências do lar continuavam e M só se preocupava em realizar seus exames e chorar.

Após 1 mês, M retornou ao médico com os exames feitos e agendaram sua cirurgia.

A expectativa aumentou ... era grande o medo da morte e das deformidades. M não tinha com quem conversar, seu marido estava viajando e conversar com os filhos ela não queria.

M contou aos seus pais sobre o diagnóstico de câncer e a data da cirurgia e recebeu apoio neste momento.

Deu-se então a cirurgia (mastectomia de Halsted - total) com 5 dias de internação. Recebeu alta hospitalar com encaminhamento para radioterapia imediata e posteriormente quimioterapia (aproximadamente 6 sessões).

Com o início do tratamento, percebeu que seu marido estava distante: não conversava sobre o seu tratamento e evitava vê-la nua. Seus cabelos caíram, sua pele ficou manchada, emagreceu e seu braço homolateral a lesão ficou edemaciado com limitação de movimentos que resultava em muita dor.

M estava se sentindo sozinha e bastante debilitada. Queria conversar sobre seu problema, sua condição de saúde. Mas, com quem? Seu marido distante evitava falar sobre o problema e M achava que conversando com os filhos eles sofreriam ainda mais. Quem poderia ajudar M?

M foi encaminhada ao serviço de reabilitação. A não aceitação de seu corpo debilitado a excluía dos demais pacientes deste setor. M recebeu apoio psicológico e todos os apoios necessários de outros profissionais para a sua reabilitação.

Realizou tratamento durante um ano. Foi melhorando gradativamente, voltou a trabalhar, iniciou um processo de separação do marido, “buscando” retomar sua integridade biopsicossocial.

Hoje M continua em acompanhamento médico anual, está se organizando para fazer a cirurgia de reconstrução mamária”.

Caso M – Elaborado por A1, A2, E2, C1 e C2

“M tem 40 anos de idade, é casada. M tem três filhos (18, 14 e 9 anos de idade). Não trabalha fora, cuida do marido e dos filhos. Supostamente vive bem - acha que é feliz na situação dela. Ela percebeu um caroço na mama, mas não se preocupou a princípio.

Passado algum tempo, procurou o médico por sugestão de uma amiga. Foram feitos os exames de RX de mama, ultrassom e punção, e foi diagnosticado câncer da mama.

O médico chamou a paciente e a família para apresentar o diagnóstico, disse que era câncer da mama e que ele tinha tratamento. M começou a chorar e disse que ia procurar um outro médico e que isso não estava acontecendo com ela. A família concordou. E assim foi feito.

Em outro serviço, o diagnóstico foi o mesmo. Assim, não podendo fugir da realidade, M começou o tratamento.

Passou pela equipe (Assistente Social, Enfermeira, Médico) e iniciou o tratamento. Foi informada pelo médico que seria necessário uma cirurgia para

retirada do tumor, acarretando na retirada total da mama. Ela ficou preocupada, com medo, mesmo recebendo todo apoio e orientação da equipe.

Foi agendada a cirurgia. No dia, ela estava acompanhada de sua irmã. Após a cirurgia, ela recebeu a visita do pessoal de apoio do serviço de oncologia (Assistente Social, Enfermeira, Psicóloga).

Após 8 dias, ela compareceu à unidade para avaliação e retirada do dreno e pontos. Estava um pouco queixosa, mas otimista com a recuperação. Quando M entrou no consultório, foi chamada pelo médico que iria acompanhá-la ao longo do tratamento. Na sala, o médico chamou a equipe para recebê-la. M foi recebida pela equipe com entusiasmo e alegria. Após essa recepção, foi retirado o dreno e os pontos da paciente

Antes que o médico mostrasse a cirurgia para M, ele perguntou para M se ela já havia se olhado no espelho. Ela ficou meio assustada e respondeu que não. O médico preparou-a dizendo algumas palavras para que ela não se chocasse e já lhe deu algumas esperanças de reconstrução da mama. Ela ficou mais animada e aceitou, olhando firmemente. Achou razoável. Pediu que o médico conversasse com o seu marido a respeito da mutilação. Como este não pôde acompanhá-la na consulta, pois estava trabalhando, combinaram de retornar num outro dia, com a esposa, para conversar com a equipe.

Por solicitação médica, não deveria realizar grandes esforços devido a cirurgia recente. Deixou a unidade acompanhada pela irmã e pelo filho de 18 anos que a conduziu até o serviço, recebendo carinho e atenção deles. Foi para casa.

O marido decidiu ir sozinho ao consultório para falar com o médico. Nesta conversa, o doutor lhe explicou sobre a cirurgia de sua esposa e a necessidade de sua colaboração e compreensão para com a mesma. Foi solicitado também que ele demonstrasse para com ela carinho, procurando não evidenciar a sua cirurgia, tentando mostrar, sem exagero, suas qualidades, suas potencialidades para que ela pudesse enxergar outros valores.

O marido de M agradeceu as orientações, mas disse que naquele momento não tinha condições de ajudar a sua esposa. Era uma situação nova pra ele e ele não sabia como lidar, mesmo porque, após a cirurgia, M ficou mais calada, pediu para ficar mais sozinha, e não queria conversar sobre o assunto.

O marido de M na verdade veio sozinho para pedir a ajuda da equipe de profissionais. Foi agendado então um encontro com a As. Social, Psicóloga e a Enfermeira.

Enquanto isso, conversando sobre a paciente M, o médico comentou com a equipe que o tratamento de M não tinha terminado e que ela passaria por sessões de quimioterapia e pediu a ajuda da equipe em como comunicar este fato à paciente.

No primeiro momento, a psicóloga conversou separadamente com o marido e com M, já preparando para o início do tratamento. A seguir, o resto da equipe fez a mesma coisa. Foi então apresentado à paciente, o tratamento que deveria fazer. Ela se desesperou, enfocando a perda do cabelo. Suas dúvidas foram esclarecidas. Falou-se sobre os efeitos colaterais do tratamento, que além da queda do cabelo poderia apresentar problemas de alimentação e outros, mas recebeu também orientações da nutricionista que a irá acompanhá-la durante o tratamento, bem como orientações de que o seu cabelo iria crescer novamente. Foi um momento muito difícil porque M acreditava que ficaria boa somente com a realização da cirurgia e que retornaria à sua vida normal brevemente.

Foi agendada a quimioterapia no Serviço de Oncologia. Chegando em casa, após o jantar, o casal reuniu os filhos. Eles reuniram os filhos para expor o problema de saúde da mãe e a necessidade de colaboração de todos para ajudá-la a vencer as dificuldades surgidas e a recuperá-la.

A família mostrou-se disposta a ajudar M a enfrentar esta fase do tratamento. Após 6 meses, terminada a quimioterapia, M retornou ao serviço de atendimento para uma consulta de acompanhamento. Aparentemente, estava abatida, porém, percebeu-se que ela estava consciente, forte, lutando para a sua liberdade até o final do tratamento. Ela estava bem consigo mesma e feliz com o apoio e dedicação da família”.

Após a elaboração e leitura dos casos foi solicitado que os participantes identificassem os aspectos ou características das histórias que mais lhes chamaram à atenção.

E1 comentou sobre a falta de apoio familiar (marido e filhos), visto que a paciente queria conversar sobre sua doença e não tinha com quem falar. F1 atentou para o fato dos profissionais da rede pública de saúde não cuidarem da prevenção, no caso de M, por exemplo, não realizava exames periódicos e não usava métodos contraceptivos.

E1, F1 e P1 ressaltaram a deficiência do sistema público de saúde, com relação ao tempo de espera do paciente entre a suspeita do câncer e o diagnóstico definitivo. E1 acrescentou que os pacientes vivem uma verdadeira “*peregrinação*”, realizando exames e fazendo o tratamento. E1, F1 e P1 ressaltam que essa espera, por sua vez, produz uma condição de extrema ansiedade, comprometendo os resultados positivos do tratamento.

Outro ponto destacado por F1 foi sobre a desconsideração dos médicos: “*Talvez porque a maioria seja de homens*” (F1), em relação à importância que a mama tem para a mulher no aspecto sexual e afetivo, principalmente pelo elo de ligação entre mãe e filho. Segundo F1 os médicos não consideram a “*complexidade emocional*” da mama para a mulher, que envolve o medo e a ansiedade de perdê-la.

E1 enfatizou que apesar de todas as falhas dos profissionais e do sistema público de saúde, não se pode falar ao paciente sobre isso, afinal, estariam contribuindo com o desprestígio do seu próprio local de trabalho e de sua atividade profissional.

As coordenadoras questionaram o papel do profissional diante disso.

E1 retomou dizendo que o lhe “*resta fazer é ajudar e orientar os pacientes para que sejam atendidos em outros locais da região*”. F1 acrescentou que a boa interação entre os profissionais da área, de diferentes serviços, resulta em benefício para o paciente. P1 enfatizou que faz-se necessário encaminhar muitos projetos à Secretaria da Saúde, informando sobre as reais condições do serviço de atendimento e das necessidades emergentes diante da demanda existente. Por exemplo, segundo E1, exigir a permanência integral dos diversos profissionais no mesmo serviço, pois a maioria divide sua carga

horária em diferentes unidades.

Todos os participantes reconheceram e salientaram a importância da permanência do profissional em tempo integral, num mesmo local, permitindo a realização de reuniões para melhor planejamento, execução e avaliação do serviço, reuniões em equipe, estudos de casos, visitas domiciliares/hospitalares e formação de grupos de apoio aos pacientes.

A2 também relatou que o que mais lhe chamou atenção foi a falta de apoio da equipe para o marido da paciente e a sua família: *“A equipe deveria ter preparado melhor o marido e família antes da cirurgia”* (A2). Acrescentou que isso também ocorre onde trabalha e que esse dado deveria ser considerado no planejamento do serviço. A2 falou da possibilidade de elaboração de um projeto em que os profissionais pudessem agendar um atendimento em equipe, em especial para a maior parte dos pacientes, que é de mulheres com diagnóstico de câncer da mama. E2 considerou a proposta ideal, porém difícil, visto que cada profissional interage com o paciente de acordo com sua área de atuação, por exemplo, sendo enfermeira, teria como responsabilidade maior orientar e conversar com a paciente sobre a cirurgia e os cuidados pós-cirúrgicos.

A1, A2 e E2 comentaram a respeito do distanciamento do paciente após prescrição de quimioterapia. Explicaram que a quimioterapia é realizada em um outro serviço (local) da cidade e por sua vez, perdem o contato com o paciente. A2 e E2 acrescentaram que se fossem montar um projeto teriam como proposta buscar e manter um vínculo mais próximo com o paciente, por meio de grupos de atendimento em equipe multidisciplinar (enfermagem, serviço social, psicologia e nutrição), visitas domiciliares e hospitalares.

E2 comentou que, por iniciativa própria, vem anotando os nomes dos pacientes que passam pelo serviço e que são encaminhados para cirurgia. Com este registro pretende realizar algumas visitas hospitalares.

Após esta discussão, como E2 e A2 trabalham no mesmo local e A1 já trabalhou lá, propuseram a ampliação do arquivo, com o objetivo de realizarem um acompanhamento efetivo dos pacientes em cirurgia e em tratamento. Pensaram então em anotar por ordem alfabética os nomes dos pacientes em cirurgia e os que estão em tratamento fora da unidade.

A1 comentou que os pacientes somente voltam ao serviço de saúde para reclamar quando aconteceu alguma coisa errada: *“para saber se deu certo, é preciso ir atrás, ligar”*. Interferiu A2 dizendo: *“Ah, mas eles reconhecem sim”*.

As coordenadoras qual é o reconhecimento dado pelo paciente ao trabalho do

profissional. Os participantes relataram que este reconhecimento quando manifestado é direcionado ao trabalho do médico. No entanto ressaltaram que este reconhecimento tem tomado outras direções: *“A coisa evoluiu, mudou. Até os pacientes sabem muito bem enxergar o médico, enxergar a enfermeira (...) o médico não é o patrão, nem sabe mais do que os outros profissionais, se ele estudou, você também”*(A1).

A1 e E2 retrataram a dificuldade dessa interação de conhecimentos e práticas entre os profissionais: *“Cada macaco no seu galho – ele sabe da Medicina e eu sei do Serviço Social. Não vem querer se meter no Serviço Social, porque aqui quem manda sou eu”*. Enfatizou E2 que *“Tem horas que você precisa encarar (...) ou eu estou aqui para trabalhar para o doente ou estou para trabalhar para os donzelos (os médicos); e por eles eu não estou, porque eles estão saudáveis”*.

De modo geral, os comentários das participantes foram relacionados:

- À demora no atendimento e tratamento realizado pelo SUS, de uma doença que exige rapidez de diagnóstico e de tratamento;
- Ao medo, à ansiedade do paciente diante da situação *“estou com câncer”*;
- Ao enriquecimento teórico e prático, em relação à diversidade dos pontos de vista da equipe. Segundo os profissionais a expressão diversificada de pontos de vista se deve à participação no grupo de pessoas com diferentes formações;
- À importância e à necessidade do trabalho em equipe;
- À necessidade de orientação ao paciente em diferentes momentos do tratamento;
- Aos aspectos emocionais do paciente e da família frente à doença;
- À contribuição dos diferentes profissionais/participantes do curso, informando sobre os recursos disponíveis na cidade e na região;
- À prática dos diferentes profissionais do curso, às possibilidades de aprendizado e respeito constante pelo trabalho de outros profissionais e pela condição do paciente.

Na segunda parte deste encontro, duas letras de músicas foram apresentadas aos participantes: *“Mulheres de Atenas”* e *“Maria a Maria”* (em anexo). As letras foram apresentadas juntamente com a projeção de uma série de imagens de mulheres de todo mundo (*slides*), retratando a atual condição social deste gênero. O objetivo desta atividade

foi ilustrar o tema que estava sendo discutido “Mulher com câncer da mama: gênero, sexualidade e doença”.

Em seguida foi realizada uma exposição dialogada sobre os aspectos históricos, biológicos e sociais que caracterizavam “o ser mulher e o ser mulher com câncer da mama” (Texto 01 - em anexo).

Durante a exposição foram inseridos, de acordo com cada tópico, relatos de mulheres com câncer da mama, a respeito do impacto do diagnóstico, da retirada da mama, das conseqüências da quimioterapia e sobre o medo da morte. Finalizada a exposição, foi solicitado aos participantes que respondessem por escrito e fizessem comentário sobre duas questões.

Com relação a primeira pergunta, "*Na sua opinião, quais foram os principais pontos de discussão desse encontro?*", os seguintes pontos foram destacados:

- Importância do autoconhecimento do profissional, contribuindo para sua compreensão sobre o significado da mama para o paciente e para ele mesmo; importância e necessidade do trabalho em equipe (P1);
- A demora no atendimento e no tratamento realizado pelo SUS, tratamento de uma doença que exige pressa e diagnóstico precoce; as reações de medo do paciente sobre o câncer (E1);
- Enriquecimento teórico e prático em relação à história da mulher com câncer e em relação à diversidade dos pontos de vista dos profissionais/participantes do curso (F1);
- A importância da equipe em interação com o paciente e os cuidados para não reforçar estigmas (A2);
- O enfrentamento da mulher com câncer da mama e de sua família: as dificuldades, os anseios, a força e a fraqueza (E2);
- A importância da equipe multiprofissional no atendimento do paciente; os emocionais do paciente e de sua família após diagnóstico de câncer (A1).

Com relação a segunda pergunta, "*De que modo o que foi discutido neste encontro pode contribuir para sua prática profissional?*", os participantes responderam:

- "*Contribuiu para eu continuar a ter esperança de um órgão público melhor, com qualidade de trabalho, com valorização do ser humano. Contribuiu para reforçar minha fé, ampliar meus conhecimentos teóricos e trocar de experiências com outros profissionais*" (P1);

- *"Contribuiu para conhecer melhor os recursos disponíveis de atendimento e de tratamento na cidade e na região. Contribuiu para enxergar que precisamos integrar nossa equipe de trabalho" (E1);*
- *"A contribuição para minha prática profissional é no sentido de entender e respeitar a visão e a prática dos diversos profissionais, do sistema que estamos inseridos, da realidade de nosso paciente e, sem dúvida, o aprendizado constante da complexidade do 'ser humano', no nosso caso, da mulher com câncer da mama" (F1).*
- *"Contribuiu para reforçar a necessidade do trabalho em equipe e repensar sobre nosso serviço em todos os aspectos. Isso possibilitará uma ação mais efetiva com as pacientes - ver a situação como uma totalidade". (A2);*
- *"Me fez enxergar de fora para dentro a nossa Unidade de Serviço e perceber aquilo que devemos modificar para atender melhor essas mulheres. E dessa forma prestar uma assistência planejada. Mostrou também as ansiedades individuais de cada uma na sua realidade, levando-nos a uma visão mais ampla diferenciando cada paciente no seu mundo. Mostrou também como investigar o mundo dos pacientes para chegar as suas necessidades" (E2);*
- *"Contribuiu para entender os pacientes, as suas expectativas, seus medos, suas reações diante do tratamento e para maior entrosamento com o grupo" (A1).*



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Câmpus de Bauru
Faculdade de Ciências

Anexo 8 – Texto 1

MULHERES COM CÂNCER DA MAMA: GÊNERO, SEXUALIDADE E DOENÇA¹

*O que é ser mulher no mundo em que vivemos?
Quais as implicações sociais de ser mulher?
Quais são os papéis historicamente assumidos pela mulher?*

Ao longo da história da humanidade a mulher foi concebida como um ser inferior, subordinado ao homem. Seu papel social esteve durante séculos relacionado exclusivamente à reprodução e à criação da prole (Fávero, 1997).

Aristóteles afirmava que a natureza feminina era desprovida de certas qualidades essenciais inerentes ao homem. Santo Tomás de Aquino referiu-se à mulher como um “homem defeituoso”. Os escritos de Aristóteles e Santo Tomás de Aquino, referentes à mulher, estavam fundamentados em preceitos bíblicos sobre a origem da humanidade. Da costela de Adão fez-se Eva e por tanto um ser incompleto.

No século XVIII, Rosseau referiu-se à mulher como portadora de uma memória tenaz, de curiosidade excessiva, com o objetivo primordial de agradar e ser agradada. Também Voltaire, em 1824, falava da frágil natureza da mulher, propondo uma divisão de trabalhos no qual a mulher ficaria com os trabalhos mais leves, como o de cuidar da casa e das crianças.

Assim, ao longo dos tempos a identidade da mulher foi constituída à sombra da identidade do homem. O homem como sua referência e a mulher como um ser inferior, subordinado e submisso ao senhor “homem”. Seu destino natural restringia-se à gestação e criação da prole.

¹ Texto produzido para o curso de Formação Continuada para Profissionais da Saúde: Interação Profissional e Mulheres com Câncer da Mama – Centro de Psicologia Aplicada – Unesp/ Bauru – fevereiro de 2001.

Frente a especulações filosóficas temos as teorias científicas sobre as diferenças entre gêneros. Com raras exceções, os estudos científicos, em sua maioria, vieram reforçar a idéia de submissão e inferioridade da mulher.

Em última análise, a Filosofia delegou à Ciência da época o compromisso de descobrir os determinantes fisiológicos da inadequação feminina para justificar sua posição subordinada ao homem.

A medida que as diferenças anatômicas entre os gêneros foram exploradas novas afirmações e conclusões sobre o papel e o desempenho social da mulher foram registrados.

À princípio, a neuroanatomia verificou diferenças entre o cérebro do homem e da mulher, desta feita, pode-se inferir que a inteligência da mulher era menor, comparada ao tamanho do cérebro do homem.

Em 1887, George Romanes escreveu que a mulher era inferior ao homem intelectualmente por determinação biológica. Por outro lado, a mulher destacava-se como ser emotivo com habilidades instintivas. No início do século XX, Paul Mobins lançou suas explicações sobre as diferenças entre gêneros marcadas pelo nível intelectual. Explicou que a energia da mulher, envolvendo processos fisiológicos, era canalizada para a reprodução e amamentação, o que a impedia de desenvolver outras atividades, como por exemplo, habilidades intelectuais. Seguindo este fundamento, Stanley Hall, em 1906, propôs um sistema educacional específico "às meninas". O objetivo deste sistema era o de prepará-las para o papel da mulher na sociedade: o papel de mãe e esposa (Fávero, 1997).

Apesar dos preconceitos e discriminações de um mundo masculino solidificado sobre bases econômicas e sociais; apesar das mulheres intelectuais muitas vezes serem tratadas como uns seres anômalos ou subalugadas à inteligência masculina, houve protestos.

Leta Stetter Hollingworth, em 1914, opôs-se às especulações filosóficas e ao determinismo biológico das diferenças entre gêneros e defendeu que a aceitação social da mulher teria que se dar por meio de sua exposição social e treino de exposição social no mundo "intelectualmente masculino". Para tanto, a mulher deveria escolher sua carreira e optar ou não pela maternidade, só assim seria possível exercitar suas verdadeiras potencialidades.

Em virtude dos movimentos culturais dos anos 60, principalmente ligado ao movimento feminista, pesquisas já na década de 70 sofreram mudanças teórico-

conceituais, introduzindo uma análise das implicações sociopolíticas das diferenças entre gêneros.

As diferenças biológicas não foram negadas, apenas perderam seu caráter determinista e fixo. As diferenças culturais, os diferentes períodos históricos, os diferentes grupos sociais e períodos de vida do indivíduo passaram a ser considerados nas análises e estudos sobre as diferenças entre gêneros e papéis sociais.

Os estudos nas diferentes áreas do conhecimento passaram a enfatizar a inexistência de significados únicos e fixos para as diferenças entre gêneros; afirmando que além das diferenças biológicas entre homens e mulheres, era preciso considerar os aspectos culturais, históricos e sociais que organizam as relações dos indivíduos na sociedade.

Por que a atenção especial à atribuição de papéis entre gêneros para falarmos de mulheres com câncer da mama?

A base do desenvolvimento humano é constituída pelas interações estabelecidas entre as pessoas. Interações estas mediadas pelas nossas atitudes e pensamentos em relação a nós mesmos e aos outros. Se estamos interessados, como profissionais da saúde, na qualidade de vida de nossas pacientes precisamos, então, pensar sobre como atualmente estamos interagindo com esta população, bem como se estamos nós, acentuando, reforçando, com nossas atitudes estigmas que à séculos se perpetuam e há tempos vêm-se tentado romper. No caso de mulheres com câncer da mama, o que diz nossa história sobre o modo como nos comportamos diante desta doença?

Qual o efeito de um diagnóstico de câncer em nossa sociedade?

Quais as conseqüências de um diagnóstico de câncer da mama para a mulher?

Segundo Sant'Anna (1997) o câncer possui uma história repleta de “imagens de vergonha”. Vergonha por ter sido afetado por uma doença historicamente relacionada à falta de higiene. Vergonha por abrigar um mal marcado pela desconfiguração da imagem feminina e pelo castigo divino.

Nas primeiras três décadas do século XX, de acordo com registros divulgados pelos médicos em jornais e revistas de saúde, o câncer era uma doença associada à pobreza, à sujeira e aos exageros ligados aos prazeres sexuais. A etiologia do câncer era atribuída à falta de limpeza do corpo e da alma; transmitido em lugares sujos, pouco higiênicos, ou ainda em lugares onde existiam “organismos amantes dos excessos de prazer” (Sant'Anna, 1997, p. 46).

As pessoas que tinham câncer foram estigmatizadas por ser esta uma doença corrosiva e tomada como um castigo. Enfrentar o câncer significava suportar todo o sofrimento em silêncio e até a morte. Afinal, nesta época, era proibido falar do próprio corpo, quanto mais de uma doença anti-higiênica, suja e vergonhosa.

As mulheres com câncer da mama, por exemplo, sofriam caladas. O sofrimento silenciado era aceito e admirado pela sociedade por demonstrar que a natureza feminina lhe tornava apta e capaz de suportar esta condição. O sofrimento da mulher era concebido como purificação do corpo e da alma.

Somente quando o câncer foi reconhecido enquanto gravidade social por autoridades do estado e por instituições de caridade; e quando sua prevenção ligada à moral higiênica revelou-se ineficaz, é que esta doença deixou de ser velada e silenciada.

Intensa produção científica contribuiu para a implementação de exames preventivos e formação de centros de tratamento. Além disso, novas concepções de saúde, incluindo fatores psicossociais relacionados à etiologia e desenvolvimento do câncer, permearam a classe médica dando espaço para outras áreas de conhecimento e campos de atuação profissional (Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Nutrição).

Em 1905, foi publicado na Inglaterra o primeiro manual de controle do câncer. Em 1918, nos Estados Unidos, foi criada a Liga contra o câncer. No Brasil, em seguida, teve início a propaganda de prevenção do câncer. Em 1934 foi fundada no Brasil a Associação Paulista de Combate ao Câncer. Em 1938, construído o Centro de Cancerologia no Rio de Janeiro, pelo Ministério da Educação e Saúde. Em 1946 foi criada a Rede Feminina de Combate ao Câncer – surgem voluntárias trabalhando na prevenção, no auxílio ao tratamento e no apoio à família do doente. Conseqüentemente, o câncer começou a ganhar importância pública.

A partir dos anos 60 e 70, aumentou a atenção para o acompanhamento de pacientes com câncer, em especial, com câncer da mama. Atualmente, esta atenção é ainda mais intensa, tendo em vista a importância do enfrentamento da mulher na luta contra o câncer.

Estigmas ainda se perpetuam, o objeto de vergonha foi substituído por objeto de luta para superar, de maneira digna, a mutilação, a solidão, o abandono social e as experiências negativas marcadas em um corpo que foi vasculhado e manipulado.

Mais uma vez, por que a atenção especial à atribuição de papéis entre gêneros para falarmos de mulheres com câncer da mama?

Devemos ressaltar aqui o papel da equipe de profissionais da saúde em interação com mulheres com câncer da mama, evitando que a mulher permaneça numa condição inferior, de fragilidade, de submissão, de vergonha e em silêncio diante do diagnóstico de câncer e dos efeitos do tratamento.

Os relatos abaixo podem exemplificar as condições historicamente assumidas pelas pacientes: de inferioridade, de fragilidade, de submissão, de vergonha e em silêncio.

Ele (marido) acha assim... que eu não podia ter isto...que esta doença não é pra mim. Este tipo de coisa, tipo de tratamento, ele acha que eu não deveria passar por isto, mas todo mundo tá sujeito a passar por isto.

Eu pensei que quando eu saísse da cirurgia eu fosse ser excluída... me passou isto pela cabeça, porque eu trabalho com pessoas que são discriminadas e aí eu pensei: “será que vai ser assim também?” Talvez se eu tivesse tirado toda a mama eu fosse me sentir assim, no começo pelo menos. Mas hoje não, eu me sinto normal.

A pensar assim... no problema que poderia voltar, mas ao mesmo tempo eu penso assim: “eu devo tá bem, né? não vai voltar mais... se Deus quiser não vai ter mais problema (...) Ela representa assim... sabe! é assustador. Ainda é assustador, a gente assusta quando fala nessa doença. Eu não sei se pra todo mundo é assim, mas pra mim foi assim, a gente levou um susto quando soube. Então, pode ser que aparece de novo em outros lugares, a gente tá aqui pra isso, nesse mundo pra isso.

(...) eu fiz Biópsia. Mas eu estava achando...imagina! não vai ter nada deste negócio de radio, de quimio... Mas ele não garantiu nada. Tudo ele não me garantia. Tudo que ele não me garantiu aconteceu. Daí quando eu soube do resultado eu chorei muito... isto foi de manhã e na hora do almoço eu já tinha secado as lágrimas.

Esta doença é brava!! Eu fui iluminada mas não sei outras pessoas. A melhor coisa é procurar um médico, se você descobre qualquer coisinha, carocinho no corpo mesmo que não dói tem que procurar o médico. Eu fazia isso e ainda faço, não esperava não.

Pra mim, assim, eu acho que era o fim da vida, sabe? Que não tinha solução pra nada e que você dali pra frente só ia sofrer. Eu sempre imaginei isto. Por que o final de uma doença desta é só sofrimento mesmo, tanto para família quanto para o paciente.

Pra mim é uma coisa assim.... você nasceu com isto aí, e ficar sem não é legal (referindo-se a mama).

Eu acho que eu não aceito muito por causa do meu serviço, do meu trabalho (queda do cabelo). Não porque eles vão saber o que eu tenho, porque eu conto e converso sobre isto. Mas porque sempre tem um que “tira sarro e ri”.

As pessoas perguntam e estes pontos não estão doendo? Eu Falo: “De jeito nenhum!” Eu só me incomodo com o fato de ficar parada... eu não posso ver uma

louça, uma cama desarrumada, eu gosto de ver o carro limpinho....estas coisinhas que me preocupam... agora dor, tristeza, angústia, nada disso ocorre dentro de mim....

É o cartão de visita da mulher.... o homem olha primeiro para o seio da mulher, se ele vê que não tem um.... ele fala: “Coitada, aquela já perdeu um seio”. É a elegância num vestido, fica feminino.

Seio é tudo pra mulher.

Lógico que eu tive um dia... que eu fiquei arrasada... quando vim tirar os pontos e ele me falou da quimio e eu fiquei arrasada. Eu não esperava nunca que eu ia ter que fazer isso, sabe? Meu Deus! E a vaidade da gente? Ele falou que ele quer com a quimio dar um tiro de canhão na doença. A gente sabe... mas e a vaidade?... e o cabelo que cai? É bobagem, mas é o meu cabelo... cada um, né?

Hoje eu converso muito com meus filhos... agora mesmo eu falei pra ele: “Oh! filho a tua mãe tá ficando careca” e ele falou: “Não liga não mãe isto ai passa, o que importa é a saúde da gente”. Eu falo assim brincando, não adianta ficar preocupada, o médico falou que cabelo é igual capim: “Cai e cresce de novo, o que vale é a saúde da gente”.

Na primeira eu passei muito mal... uns três dias. Na segunda a mesma coisa... na terceira também. Depois começou a cair o cabelo.... agora eu vou ficar careca, parecendo o Cojak ; mas eu tava preparada e aceitei, já sabia. Perguntaram se eu queria usar peruca e eu disse que não, porque eu sou realista: “Vou usar lenço”. Eu prometi pra Deus e pra mim mesmo que eu tinha que encarar aquilo, que tudo aquilo que eu tava recebendo é eu que tinha e ninguém tem nada a ver com isso.

Tô voltando a minha vidinha normal mas com muita dificuldade porque a gente não tem mais aquela facilidade de querer limpar uma vidraça, já não dá mais... Às vezes eu fico pensando... “será que eu vou voltar a ser aquela pessoa que eu era?”

Qualquer doença pode provocar um impacto psicossocial na pessoa, por conta de alterar sua rotina e cotidiano de vida – seja no trabalho, na família, nos estudos, entre outras dimensões.

No caso do câncer da mama, apesar de todo avanço científico no combate e detecção da doença, pode-se constatar os efeitos do diagnóstico positivo da doença sobre a vida da mulher. O estigma de morte, vergonha e pela perda da identidade feminina estão eminentemente presentes ao longo de todo o tratamento do câncer.

A perda da mama é relatada pelas pacientes como algo terrível. A mama como um símbolo corpóreo relacionado à sexualidade feminina lhe torna disponível muitos ganhos

positivos na interação social, seja por elogios relacionados à beleza feminina, seja enquanto fonte de prazer sexual ou de alimentação *primeva* dos filhos.

Podemos dizer que quanto mais restritas forem as fontes de ganhos positivos para a mulher, mais intensas serão as conseqüências negativas da perda da mama. Por exemplo, se uma mulher recebe reforçadores, elogios, ganhos do meio social apenas por ter um corpo bonito, a perda da mama será muito mais sofrida do que para aquela mulher que dispõe de outros reforçadores produzidos pela convivência em família, com amigos, no trabalho, entre outros.

Importante destacar que nem todas as mudanças na dinâmica familiar e na vida da paciente, de maneira geral, podem ser atribuídas ao recebimento de um diagnóstico de câncer. É preciso avaliar todo o contexto em que se insere essa mulher (contexto social, econômico, familiar...) para analisarmos as mudanças e os efeitos das mesmas sobre a vida da paciente.

No caso do relacionamento conjugal, Wanderley (1994) ressalta que “os reflexos da operação sobre a vida do casal dependem muito da situação emocional de ambos antes da intervenção cirúrgica e da qualidade do relacionamento sexual que caracteriza o envolvimento conjugal” (p.98).

Podemos mencionar também outros efeitos negativos relatados pelas pacientes sobre o tratamento do câncer da mama. Efeitos estes relacionados à quimioterapia e à radioterapia: a queda do cabelo, as náuseas, o aumento de peso e a necessidade da retirada dos ovários nas mulheres, o que afeta ainda mais a identidade feminina. Sem contar do próprio estigma de morte relacionado ao câncer, o medo de tornar-se improdutiva e o medo do sofrimento e da dor provocados pelo tratamento. (Segal, 1995; Wanderley, 1994).

Diante destas considerações, qual o papel da equipe profissional?

É preciso perceber o momento que a pessoa está passando, conhecendo seus sentimentos e preocupações, demonstrando sensibilidade e confiança; explicar claramente a situação médica, usando linguagem adequada e inteligível ao paciente, dando as informações aos poucos e coerente com o tipo de intervenção a ser realizada; passar ao paciente a certeza de que ele receberá os melhores tratamentos e que situações desagradáveis serão minimizados ao máximo; e por fim, dar ênfase à qualidade de vida e aos fatores positivos, além de incentivar a participação do paciente no tratamento (Petrilli, et al., 2000; Yamaguchi, 1994).

Bibliografia

FÁVERO, M. H. Menina, moça e mulher: o ser feminino na psicologia. In: GIMENES, M. G. G. (Org.) *A mulher e o câncer*. Campinas: Editora Psy, 1997. cap. 1, p. 23-42.

PETRILLI, A. S. et. al. O processo de comunicar e receber o diagnóstico de uma doença grave. *Diagnóstico e Tratamento*, v.5, n.1, p.35-9, 2000.

SANT'ANNA, D. B. A mulher e o câncer na história. In: GIMENES, M. G. G. (Org.) *A mulher e o câncer*. Campinas: Editora Psy, 1997. cap. 2, p. 43-70.

SEGAL, S. Como tudo começou. In: _____. *Mastectomia – Mantendo sua qualidade de vida após o câncer de mama*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1995. cap. 3, p. 15-6.

YAMAGUCHI, N. H. O câncer na visão da oncologia. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.) *Introdução à psiconcologia*. Campinas: Editora Psy, 1994, cap.1, p.21-32.

WANDERLEY, K. S. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.) *Introdução à psiconcologia*. Campinas: Editora Psy, 1994. cap. 2, p. 95-101.



Anexo 8 – Letras de Músicas

Mulheres de Atenas

Augusto Boal e Chico Buarque

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
 Vivem dos seus maridos
 Orgulho e raça de Atenas
 Quando amadas se perfumam se banham com leite
 Se arrumam, suas malenas
 Quando fustigadas não choram
 Se ajoelham, pedem, imploram
 Mais duras penas, cadenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
 Guardam-se pros maridos
 Poder e força de Atenas
 Quando eles embarcam, soldados
 Elas tecem longos bordados e o quarentenas
 E quando eles voltam sedentos
 Querem arrancar violentos, carícias plenas,
 obscenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
 Despem-se dos maridos
 Bravos guerreiros de Atenas
 Quando eles entopem de vinho
 Costumam buscar o carinho
 De outras malenas
 Mas ao fim da noite aos pedaços
 Quase sempre voltam pros braços
 De suas pequenas, Helenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
 Geram pros seus maridos
 Os novos filhos de Atenas
 Elas não têm gosto ou vontade
 Nem defeito nem qualidade
 Têm medo apenas
 Não têm sonhos
 Só têm presságio
 O seu homem mais naufrágios
 Lindas serenas, morenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
 Tecem por seus maridos
 Heróis e amantes de Atenas
 As jovens viúvas marcadas
 E as gestantes abandonadas
 Não fazem cena
 Vestem-se de negro, se encobrem
 Se conformam e se recolhem
 Nas suas novenas, serenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
 Secam por seus maridos
 Orgulho e raça de Atenas

Maria, Maria

Milton Nascimento, Fernando Brant

Maria, Maria,
 É um dom, uma certa magia, uma força que nos alerta.
 Uma mulher que merece viver e amar como outra qualquer do planeta.

Maria, Maria,
 É o som, é a dor, é o suor, é a dose mais forte e lenta.
 De uma gente que ri quando deve chorar e não vive, apenas agüenta.

Mas é preciso ter força, é preciso ter raça, é preciso ter gana sempre.
 Quem traz no corpo a marca Maria, Maria, mistura a dor e a alegria.

Mas é preciso ter manha, é preciso ter graça, é preciso ter sonho sempre,
 Quem traz na pele esta marca possui a estranha mania de ter fé na vida.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Câmpus de Bauru
Faculdade de Ciências

Anexo 8 – Mensagem 01

História de Mulher

Manuela Serrano – Chile

Uma mulher é a história dos seus atos e pensamentos, de suas células e neurônios, de suas feridas e entusiasmos, de seus amores e desamores.

Uma mulher é, inevitavelmente, a história do seu ventre, das sementes que nele foram fecundadas, ou não, ou deixaram de fazê-lo, mas aquele momento é o único em que ela é deusa.

Uma mulher é a história do pequeno, do trivial, do cotidiano, da somatória dos silêncios.

Uma mulher é sempre a história de muitos homens.

Uma mulher é a história de seu povo e de sua raça. E é a história de suas raízes e de sua origem, de cada mulher que foi alimentada pela anterior, da qual nasceu.

Uma mulher é a história do seu sangue.

Porém é também a história de uma consciência e de suas lutas interiores.

Uma mulher é também a história da sua utopia.

Anexo 9 - Plano de Ensino

Terceiro Encontro "Enfrentamento de Mulheres com Câncer da Mama

Universidade Estadual Paulista (Unesp) –Bauru / Centro de Psicologia Aplicada

Formação continuada de profissionais da saúde – Interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama

Objetivo geral: Identificação, descrição e análise de comportamentos de enfrentamento de mulheres com câncer da mama em diferentes momentos do tratamento.

ETAPAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMENTOS	INSTRUMENTOS E MATERIAIS	AValiação	DURAÇÃO	
INTRODUÇÃO	Discutir sobre os resultados do encontro anterior	Apresentar os dados de avaliação do encontro anterior e solicitar que os participantes manifestem suas opiniões	Dados da avaliação feita pelos participantes Transparência	Observação da participação dos membros do grupo nas atividades propostas	20 min	
	Proporcionar condições para que os participantes manifestem suas opiniões a respeito de entrevistas de mulheres com câncer da mama, assim como relatem suas idéias, concepções sobre comportamentos de enfrentamento	Solicitar aos participantes que relatem suas primeiras impressões das entrevistas, assim como os comportamentos de enfrentamentos identificados	Instruções sobre a realização da atividade (leitura e discussão) Entrevistas e exercícios realizados extra-classe		30 min	
DESENVOLVIMENTO	Apresentar elementos de conhecimentos teóricos e metodológicos que possam ser somados ao conhecimento dos participantes sobre o tema do encontro	Introduzir elementos de conhecimento teórico sobre a definição de comportamentos de enfrentamento	Textos da referência bibliográfica e entrevistas (M1, M2, M3) Texto: Heim et al, 1993 Transparências		10 min	
		Identificar e analisar os comportamentos de enfrentamento de mulheres com câncer da mama			60 min	
		Apresentar de elementos de avaliação da adaptação psicossocial de mulheres com câncer da mama. Parâmetros de avaliação e possibilidades da interação profissional da saúde e paciente			30 min	
		Discutir os dados de pesquisa sobre comportamentos de enfrentamento ao longo do tratamento do câncer da mama (Heim et al, 1993)			20 min	
CONCLUSÃO	Coletar informações que possam ser parâmetro de avaliação do encontro	Solicitar que os participantes façam uma comparação entre suas primeiras impressões e os dados obtidos na análise final das entrevistas				10 min
		Solicitar que os participantes respondam às questões de avaliação do encontro (1)				

(1) Questões de avaliação do encontro: a) Principais pontos de discussão deste encontro; b) Contribuições para a prática profissional.

ANEXO 09

Síntese do Terceiro Encontro

Enfrentamento de Mulheres com Câncer da Mama

Objetivo deste encontro: apresentar aos participantes procedimentos de identificação, descrição e análise de comportamentos de enfrentamento de mulheres com câncer da mama, em diferentes momentos do tratamento.

Participaram E1, F1, P1, C1 e C2 no grupo da manhã e A1, A2, E2, C1 e C2 no grupo da noite. M1 justificou ausência por motivo de doença na família (pai em estado grave de saúde).

A primeira atividade do dia foi realizar uma síntese do encontro anterior, com base na leitura e discussão das avaliações realizadas pelos participantes.

As coordenadoras colocaram como destaque às discussões sobre a atuação da equipe em interação com o paciente. caso de M. Foi ressaltado que cada profissional, ainda que tenha sua especificidade, pode compartilhar de conhecimentos de outras áreas e atuar de modo multidisciplinar (em conjunto), interdisciplinar (em grupo) e transdisciplinar (pelo grupo).

Os participantes avaliaram que na área da saúde já é difícil o trabalho multidisciplinar, no entanto, têm como ideal constituir um modelo de atuação interdisciplinar.

De acordo com as orientações para realização do terceiro encontro, os participantes apresentaram as seguintes definições sobre comportamentos de enfrentamento:

“É um conjunto de esforços para lidar com as situações estressantes, que exigem adaptação. As estratégias de enfrentamento são influenciadas pelos fatores pessoais, história de vida, limitação, recursos disponíveis, condição econômica, significado que o indivíduo atribui à situação (doença), etc. Por fim, é uma busca de equilíbrio, harmonia que um indivíduo faz quando se desequilibra, sai do seu natural, do equilíbrio” (P1).

“É a atitude embutida de coragem, força, esperança diante de um problema difícil” (E1).

“A postura física e emocional que o indivíduo assume frente a uma situação que o oprime, o ataca e o debilita. A forma como age, pensa e expressa seus sentimentos, dores e esperanças” (F1).

“Ter consciência do problema e assumir a sua parcela de responsabilidade para tentar resolvê-lo. É o contrário da fuga” (A2).

“É o comportamento assumido pela paciente frente ao diagnóstico da doença” (E2).

“É a maneira de conhecer, analisar, avaliar e enfrentar uma situação” (A1).

Em seguida, os participantes apresentaram, individualmente, as primeiras impressões sobre as entrevistas com as pacientes M1, M2 e M3.

Para P1, “M1 usa a preocupação com os filhos para não pensar e enfrentar a cirurgia, depois entra em contradição, dizendo que nas últimas semanas só pensa na cirurgia. Outra contradição - seio é importante para toda mulher, mas “nunca liguei para isto”. Se coloca em uma condição de vítima do marido”.

Para E1, M3 é uma mulher madura, instruída, embora do lar. Parece ser uma pessoa segura de si, com auto-estima, pela maneira como enfrentou o câncer, superando a perda da mama, pois após 5 anos vive normalmente sem complexos e vergonha. É verdade que parece que o lar ajudou, o marido a incentiva dizendo que está curada. A estrutura familiar é importante na vida pessoal da mulher, se a base familiar é segura, o enfrentamento é natural. Quando diz que está bem, isso mostra que está enfrentando a situação”.

Para F1, M3 aparentemente vida afetiva (filho e marido) e financeira estável. Por ser um relato feito após 5 anos da primeira cirurgia a paciente se encontrava bem e confiante. No relato sobre a doença, muitas contradições: Eu não sou uma pessoa revoltada, não tenho medo, porém também relatou que já teve medo de morrer e que se preocupa muito com o fator estético. Afirma de uma maneira repetitiva seu bem-estar, querendo convencer a entrevistadora e a ela mesma disso. É bem mais fácil dizer que está bem, do que enfrentar o medo e a ansiedade. Não achei normal este bem estar todo.

Para A2, M2 é ainda jovem, trabalhadora, com uma família numerosa, o que certamente faz com que tenha sempre experiência novas (fatos ocorridos na família ou com familiares). Mulher corajosa e determinada por ter conseguido se libertar do marido (do casamento) e enfrentar a situação mesmo com a responsabilidade de cuidar dos filhos. Mesmo com a informação de que seu problema era grave, aceitou a indicação da cirurgia somente depois de firmada a confiança no profissional. Atitudes importante da família demonstrando preocupação sem manifestarem pena. Dificuldade de aceitação da perda da mama, mesmo consciente da necessidade de retirá-la para salvar-se”.

Para E2, M3 é uma pessoa otimista, forte e confiante em Deus. Teve uma boa aceitação da doença, fez o que precisava na hora certa e procura levar a vida de forma natural, sem preconceito. Tenta viver o dia-a-dia aproveitando tudo, não deixando nada para depois. O que mais me chamou a atenção foi quando ela comparou a doença com uma bola preta e não com uma nuvem preta. Entendi que a nuvem estaria em cima, para tirá-la seria mais difícil, enquanto que a bola é mais fácil colocá-la de lado, empurrá-la ou chutá-la. Por mais que tente não ficar pensando na doença toda vez que tem que repetir os exames de controle, fica preocupada. Achei sua história interessante porque apesar da gravidade da doença ela procurou encarar e viveu. Não se deixou abater”.

Para A1, M3 é uma pessoa bastante positiva, enfrentou sua doença, embora o primeiro impacto a tenha deixado com muito medo. Após, tornou-se otimista, sem preconceito, aproveitando os bons momentos”.

F1 e E1 comentaram sobre o quanto suas primeiras impressões foram divergentes à respeito de M3 e concluíram que a discussão entre os profissionais do grupo possibilitou esta diversidade de opiniões. Para E1, relatar que está bem é uma demonstração de enfrentamento (no sentido do uso coloquial do termo: de combate, luta, confronto). Para F1, é uma maneira de evitar entrar em confronto com suas angústias.

A1 e E2 disseram que escolheram a entrevista de M3 por que se identificaram com a paciente. Caso um dia recebessem o diagnóstico de câncer da mama, agiriam do mesmo modo, aderindo ao tratamento de maneira *“otimista, com garra”*. E2 complementou que apesar da *“garra”* de M3, disse ter duvidado em alguns momentos sobre sua aceitação em relação à doença: *“Será que ela aceitou mesmo ou ela quer mostrar que aceitou? Por exemplo, quando M3 fala que aceitou tudo numa boa, aceitar é uma coisa e aceitar numa boa é outra coisa, não muito simples. Apesar disso, fiquei fã desta mulher”*.

Sobre M2, A2 ressaltou que o que mais lhe chamou atenção foi o contexto familiar vivido pela entrevistada (muitos filhos, netos, separação conjugal): *“uma pessoa que não desanimou e não deixou o tratamento frente as dificuldades”*.

E2 apontou que uma das respostas de enfrentamento de M3 foi *“ver o câncer como uma bola e não uma nuvem”*. Analisou que quando se tem uma bola, é possível chutar, soprar; diferente da nuvem que está acima da pessoa.

Na segunda parte do encontro foram apresentados elementos de conhecimento teórico, contido nas transparências 01 (em anexo) e as entrevistas de M1, M2 e M3 foram analisadas novamente.

Outras respostas de enfrentamento foram identificadas, juntamente com a ajuda das coordenadoras: conversar com amigos, sair para fazer compras, olhar vitrines, fazer natação, tenta *“tirar da cabeça”*, e até mesmo falar sobre sua condição de saúde (falar sobre a doença).

A2 disse também que no dia a dia até conseguia identificar algumas respostas de enfrentamento que favoreciam a adaptação psicossocial da paciente, entretanto, não tinha a visão da relação: evento estressante – resposta de enfrentamento – conseqüências. A1 e E2 relataram que não haviam, na atividade extra-encontro, identificado tantos diferentes modos de enfrentamento. Destacaram que o apoio dos colegas e da equipe são fundamentais para o paciente..

A partir deste comentário os participantes falaram sobre a falta de tempo dos profissionais para conversarem e ouvirem os pacientes – *“principalmente os médicos”*, relata E2. A1 complementou que se os profissionais demoram no atendimento os pacientes falam que são *“lerdos e moles”* e se atendem rápido, falam que *“não prestam, porque não vêem nada”*.

A2 relatou que os pacientes que fazem tudo certinho e exigem do médico exames periódicos

também a preocupam, porque eles têm muito medo de adoecer e são bastante apreensivos: *"Ah, doutor, eu quero que o senhor me passe tal exame"*.

Um ponto polêmico, debatido pelos participantes foi sobre às condições insatisfatórias do Sistema Único de Saúde. A1 apresentou sua insatisfação em realizar tarefas que não compete a ela e lidar com a falta de médicos para os atendimentos nos postos de saúde. Em seu trabalho disse que busca conscientizar os pacientes sobre seus direitos em relação à saúde e orienta-os para reivindicarem seus direitos.

Na discussão sobre possibilidades de intervenção do profissional da saúde em relação à mulher com câncer da mama, E1 disse que no caso de M1 seria importante dar informações corretas sobre a hospitalização e o período que ficaria longe de casa. Sugeriu E1 que durante a internação de M1 algum profissional poderia fazer uma visita na sua casa trazendo-lhe informações sobre os filhos.

P1 complementa que *"M1 está solta, porque ela não está conseguindo apoiar em nenhuma área da vida dela; diferente das outras (M2 e M3) que tem o trabalho, ou tem.... pelo menos num ponto você enxerga um apoio"*. F1 classifica o tipo de intervenção de M1 como *preventiva*, M2 como *curativa* e M3 como uma intervenção reabilitadora. No caso de M1 é preciso prevenir sobre as conseqüências da cirurgia; para M2 é preciso explorar questões sobre sexualidade; para M3, é preciso buscar elaborar o que ela *"deixou pra trás"*, aproveitando sua *"auto-estima"*.

P1 acrescentou que a intervenção para M1 deve ser urgente. E1 complementou dizendo que M1 precisava de uma intervenção imediata e urgente, de *"Pronto Socorro"*.

A1, A2 e E2 consideraram pontos importantes de intervenção: a) informar o tempo de internação e os procedimentos que serão realizados, a fim de que as pacientes tenham conhecimento do que vai acontecer e não sejam surpreendidas com o "desconhecido"; b) cuidar para que aceitem a ajuda dos familiares para o cuidado dos filhos; c) proporcionar a reconstrução da mama e orientar sobre a importância do acompanhamento médico, dada possibilidade de recidiva; d) fazer ligações telefônicas nas vésperas da realização dos exames periódicos para acalmá-las.

F1 observou que M3 *"não estruturou seu enfrentamento gradativamente"*, o que pode provocar uma recaída numa situação de perda futura. Concordando com F1, E1 disse que M3 estava *"estruturada em areia"*.

Foi apontado pelas coordenadoras que o profissional da saúde pode ajudar o paciente a minimizar condições estressantes e a maximizar as fontes de ganhos positivos. Como por exemplo, realizar grupos com esta clientela, pode ser considerado uma modalidade bastante efetiva de intervenção. Neste momento, F1 manifestou que tem planos de realizar este tipo de trabalho, com grupos de pacientes. Outra possibilidade de intervenção, no caso de M3, é conversar com sua

família (marido e filho) para que conversem com ela antes dos retornos periódicos ao médico, assim como perguntar sobre resultados posteriores.

A2, E2 também pensaram em implantar no mesmo local onde trabalham: a) o acompanhamento de pacientes, antes e logo após a realização da cirurgia. Caso estes pacientes não tenham nenhum familiar acompanhante, os profissionais ou outros pacientes já recuperados poderiam acompanhá-los durante a cirurgia; b) o serviço de apoio coordenado por ex-pacientes. Seriam pacientes que tiveram um bom prognóstico, a fim deles se colocarem disponíveis para conversarem com pacientes em estágio inicial da doença; c) acompanhamento de familiares dos pacientes, em especial, os maridos/companheiros de mulheres com câncer da mama, tendo em vista o despreparado deles em lidar com a mulher e o câncer.

No final do encontro, com o objetivo de coletar informações que pudessem ser parâmetro de avaliação do tema discutido, foi solicitado que os participantes respondessem a seguinte questão: Quais as contribuições do estudo do enfrentamento das pacientes para sua prática profissional?

E2 disse que as discussões do grupo têm suscitado muitas idéias que poderiam ser implantadas, além de modificar sua prática profissional, com o objetivo de oferecer um atendimento “*mais correto*” aos pacientes. Apesar das dificuldades enfrentadas para mudar a organização da instituição onde trabalha, afirmou que “*Cada vez que eu assisto uma aula aqui, eu sonho. É gostoso vir aqui. É gostoso sonhar.*” Relatou que tentou fazer algumas mudanças no serviço em função das idéias que teve durante os encontros. Dificuldades foram encontradas principalmente por parte da administração/recepção/secretaria, mas não desistiu: “*Se a gente der mole, eles não deixam você realizar nada. Toda mudança que você vai fazer no local de trabalho, não é uma coisa fácil (...) A influência do bem tem que prevalecer sobre o mal*”.

A2 e E2 relataram que estão conversando com os profissionais do setor administrativo (os que apresentam maior resistência à mudança): “*Nosso ambiente de trabalho, quem cria somos nós. E esse ambiente não pode sofrer influência de dinheiro, de salário, temos também que preservar o nosso bem-estar aqui, os nossos relacionamentos*”.

Anexo 9 – Transparências 1

Formação Continuada para profissionais da saúde: Interação profissional da saúde e mulheres com câncer da mama

ANÁLISE DE COMPORTAMENTOS DE ENFRENTAMENTO DE MULHERES COM CÂNCER DA MAMA

ENFRENTAMENTO / <i>COPING</i>	
Uso coloquial do termo	<p>📖 Expressa ações, tais como as de enfrentar, confrontar, atacar de frente, encarar, lutar, administrar e lidar efetivamente com situações “difíceis”, “problemáticas”, “conflituosas” e “perigosas”, que incidem negativamente, na saúde, nos relacionamentos interpessoais, nas condições materiais e emocionais do indivíduo.</p> <p>As ações de confronto, combate e luta, sugerem a superação do “impasse”, a resolução do “problema” e a eliminação do “perigo”, em benefício do bem-estar do indivíduo.</p>
Uso científico do termo	<p>Propriedades em comum com o uso coloquial do termo → Ações empregadas para lidar com situações difíceis e desagradáveis, em benefício de um estado de conforto, satisfação e bem-estar do indivíduo.</p> <p>O termo foi designado para nomear os recursos adaptativos (fisiológicos, sociais e psicológicos) disponíveis para restabelecer a função, a ordem e o equilíbrio do organismo sob estresse.</p>

Enfrentamento ↔ Estresse
<p>Richard S. Lazarus definiu o estresse como um fenômeno eminentemente psicológico, caracterizado a partir de avaliações que o indivíduo faz em interações com demandas específicas do ambiente. As interações consideradas como estressantes seriam aquelas avaliadas como prejudiciais, ameaçadoras e desafiantes.</p> <p>→As ameaçadoras representariam a iminência do dano ou prejuízo;</p> <p>→As prejudiciais teriam como consequência danos físicos, materiais, pessoais e emocionais inevitáveis para o indivíduo (danos inevitáveis que podem ser permanentes ou temporários);</p> <p>→As desafiantes corresponderiam àquelas interações com demandas difíceis para o indivíduo, mas que, de modo intrínseco, seriam efetivamente superáveis com a mobilização de esforços cognitivos e comportamentais de enfrentamento.</p>

COMPORTAMENTOS DE ENFRENTAMENTO (Richard Saunders Lazarus)

Esforços cognitivos e comportamentais (pensamentos e atitudes) para lidar com interações (indivíduo-ambiente) caracterizadas como estressantes, que apresentam algum tipo de ameaça, desafio e prejuízo para o indivíduo.

Principais premissas sobre a definição do fenômeno enfrentamento

→ o enfrentamento estaria relacionado a uma variedade de respostas ou comportamentos frente a situações difíceis e estressantes;

→ as situações difíceis e estressantes seriam assim caracterizadas com base no contexto de vida da pessoa e em reações emocionais presentes;

→ o indivíduo, em interação com estas situações, responde ou se comporta de modo a eliminar ou reduzir os efeitos desestabilizadores, que excedem seus esforços adaptativos para lidar com dificuldades e desafios;

→ em interações que geram conflitos e estresse emocional, o indivíduo emprega esforços que excedem seus recursos pessoais automatizados para agir nestas situações.

Principais pressupostos apresentados por Lazarus para o estudo do enfrentamento

1- A avaliação da eficácia de pensamentos e ações de enfrentamento (comportamentos) não é universal;

2- A caracterização de comportamentos como sendo de enfrentamento independente sucesso que o indivíduo alcançou para reduzir ameaças ou minimizá-las;

3- As respostas de enfrentamento têm como função reduzir ou eliminar os efeitos das interações com eventos estressantes;

4- O que a pessoa faz e pensa para enfrentar um situação estressante depende do contexto temporal, social e emocional em que transações entre indivíduo e eventos estão inseridos;

5- Deve ser prioridade nos estudos sobre enfrentamento, descrever o que a pessoa faz e pensa para lidar com eventos estressantes;

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984a) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984b) Coping and adaptation. Em W. D. Gentry (org.). *The handbook of behavior medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.

Lazarus, R.S. (1993a) From psychological stress to the emotion: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

Lazarus, R.S. (1993b) Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

Enfrentamento de Mulheres com Câncer da Mama (M1, M2, M3)
IDENTIFICAÇÃO DE ESTIMULAÇÕES ESTRESSANTES
A- Conseqüências negativas relacionadas ao diagnóstico positivo de câncer
B- Efeitos do tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico: retirada total e/ou parcial da mama, queda de cabelo, náusea, vômito, queimadura da pele, limitação do movimento do braço
C- Estimulações do ambiente social apresentadas em função da repercussão do diagnóstico de câncer e dos efeitos do tratamento sobre os comportamentos das pessoas mais próximas das participantes (filhos, marido, parentes e amigos)
Estimulações estressantes relacionadas ao diagnóstico de câncer (dor, morte, sofrimento, possibilidade de recidiva)
Respostas de enfrentamento
<ul style="list-style-type: none"> • Em casa, ocupa-se com os serviços domésticos (M1, M2, M3); • Cuida dos filhos e da família (M1, M2, M3); • Conversa sobre “outras coisas” com amigos e familiares (M2, M3); • Evoca pensamentos positivos em relação ao seu tratamento e sua condição de saúde (M1, M2, M3); • Faz natação, faz compras (M3); • Tenta conversar com o marido (M1); • Pensa no quanto é jovem e que poderá ser curada fazendo o tratamento (M2); • Conversa com a assistente social de seu local de trabalho (M2); • Pensa que seu caso não é tão grave pois está fazendo exames de rotina/acompanhamento há três anos (M3).
Conseqüências das respostas de enfrentamento
<ul style="list-style-type: none"> • Reduzem, evitam ou terminam com: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamentos e sentimentos negativos relacionados ao diagnóstico positivo de câncer; 2. Reações emocionais que possam ser evocadas ao pensar e falar sobre a doença.
Possibilidade de acesso a ganhos positivos
<ul style="list-style-type: none"> • Contato com a família e desempenhando suas atividades profissionais, de mãe e esposa, amiga, etc. (principalmente para M2 e M3)
Outras Respostas de enfrentamento
<ul style="list-style-type: none"> • Faz tratamento: submetendo-se à cirurgia, à quimioterapia e à radioterapia (M1, M2, M3);
Conseqüências das respostas de enfrentamento
<ul style="list-style-type: none"> • Evita que a doença se agrave
Possibilidade de acesso a ganhos positivos
<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta a probabilidade de que o câncer seja removido e que seja curada
Estimulações estressantes relacionadas aos efeitos do tratamento
Respostas de enfrentamento
Quimioterapia (náusea, vômito e queda do cabelo) Usa peruca (M2)
Conseqüências das respostas de enfrentamento

<ul style="list-style-type: none"> • Minimiza, evita, termina com: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamentos e sentimentos negativos relacionados a sua auto-imagem sem cabelo; 2. Reações negativas das pessoas.
Possibilidade de acesso a ganhos positivos
<ul style="list-style-type: none"> • Mantém M2 em contato social e satisfeita com sua imagem pessoal
Respostas de enfrentamento
Iminência da cirurgia
<ul style="list-style-type: none"> • Preocupa-se com o bem estar dos filhos (M1)
Conseqüências das respostas de enfrentamento
<ul style="list-style-type: none"> • Remove, minimiza e evita reações emocionais evocadas por pensar nos efeitos negativos da cirurgia.
Possibilidade de acesso a ganhos positivos
<ul style="list-style-type: none"> • Mantém M1 fazendo o tratamento, aumentando sua probabilidade de cura.
Respostas de enfrentamento
Mastectomia:
<ul style="list-style-type: none"> • Coloca uma prótese externa de silicone (M2, M3)
Conseqüências das respostas de enfrentamento
<ul style="list-style-type: none"> • Minimiza a ausência da mama
Outras respostas de enfrentamento
<ul style="list-style-type: none"> • Usa roupas fechadas (M2) • Usa roupas decotadas; faz natação; se troca na frente das amigas; pensa em coisas positivas e que o importante é que está viva (M3)
Conseqüências das respostas de enfrentamento
<ul style="list-style-type: none"> • Minimiza, evita, remove pensamentos e sentimentos negativos relacionados à imagem de deformidade de parte de seu corpo (M2); • Remove, minimiza e evita reações emocionais evocadas por pensar nos efeitos da mastectomia / restrição de contato social (M3).
Possibilidade de acesso a ganhos positivos
<ul style="list-style-type: none"> • Mantém M2 e M3 em contato social

Estimulações estressantes apresentadas pelo ambiente social das participantes
Evento estressante para M1: Quando as pessoas que vão visitá-la chegam com expressões faciais de pena e de dó.
Respostas de enfrentamento
<ul style="list-style-type: none"> • Comporta-se como se nada estivesse acontecendo: conversa, brinca e ri. Mantém-se controlada emocionalmente (omite sentimentos) para que não percebam que está sofrendo.
Conseqüências das respostas de enfrentamento
<ul style="list-style-type: none"> • Tenta remover e minimizar estas estimulações
Evento estressante para M1: Quando amigos e familiares aparecem em sua casa

oferecendo ajuda material, sem manifestarem uma preocupação relacionada ao que ela está sentindo e sem perguntarem se ela gostaria de conversar sobre o que está vivendo (“desabafo”):

Respostas de enfrentamento

- Atualmente está evitando qualquer tipo de interação ou conversa com amigos e parentes: “se fechou”.

Conseqüências das respostas de enfrentamento

- Evita o contato social

Evento estressante para M1: Quando o marido diz que seu problema não é grave (não preocupante) ou quando ele evita falar sobre o assunto.

Respostas de enfrentamento

- Atualmente evita conversar com o marido e quando ele tenta qualquer tipo de interação ela o agride verbalmente;
- Justifica que talvez ele também esteja sofrendo com a situação e esta seria sua maneira de lidar com o problema.

Conseqüências das respostas de enfrentamento

Evita o contato com o marido

Evento estressante para M2: Após o diagnóstico, quando as pessoas iam visitá-la e perguntavam sobre seu problema

Respostas de enfrentamento

- Sai de casa e abandona a visita

Conseqüências das respostas de enfrentamento

Remove a estimulação estressante, sai do ambiente que lhe solicitar falar de algo que não quer

Evento estressante para M3: Marido não fala sobre seu problema

Respostas de enfrentamento

- ◆ Justifica que ela percebe que ele se preocupa

Conseqüências das respostas de enfrentamento

- ◆ Reduz, evita pensamentos e sentimentos negativos em relação á atitude do marido.

Possibilidade de acesso a ganhos positivos

- Mantém bom relacionamento com o marido sem depender de seu apoio explícito

	DIAGNÓSTICO POSITIVO	EFEITOS DO TRATAMENTO	COMPORTAMENTO DO AMBIENTE SOCIAL
M1	<p style="text-align: center;">↑</p> Dada a proximidade da cirurgia/hospitalização é que se deu conta de que realmente tem “a doença” Reações emocionais presentes: estado de nervo, irritação, agressividade	<p style="text-align: center;">↑</p> Iminência da cirurgia, hospitalização e distanciamento dos filhos enquanto estiver hospitalizada	<p style="text-align: center;">↑</p> Marido não quer ouvir sobre seu problema. Parentes e amigos não perguntam se ela quer falar isso e manifestam que sentem pena de M1
M2	<p style="text-align: center;">↑</p> Possibilidade de recidiva	<p style="text-align: center;">↑</p> Retirada da mama (Efeitos sobre a auto imagem/ restrição de uso de roupas que possam evidenciar a cirurgia/ SEXUALIDADE)	<p style="text-align: center;">↓</p> Tem apoio da família
M3	<p style="text-align: center;">↑</p> Possibilidade de recidiva	<p style="text-align: center;">↓</p> Retirada da mama não a impede de fazer coisas que lhe trazem prazer/gratificantes <p style="text-align: center;">↑</p> Corpo sem mama/ imagem feia/ auto imagem do corpo comprometida	<p style="text-align: center;">↓</p> Apoio dos pais <p style="text-align: center;">↑</p> Marido e filho que não manifestam explicitamente preocupação com sua condição de saúde e com o momento pré exames de acompanhamento

↑ ALTO POTENCIAL ESTRESSANTE / ↓ BAIXO POTENCIAL ESTRESSANTE

FONTES DE GANHOS POSITIVOS

M1: ESTAR EM CONTATO COM OS FILHOS; PODER CUIDAR DOS FILHOS

M2: APOIO DE SUA FAMÍLIA; CUIDAR DOS FILHOS E NETOS; TRABALHAR E TER BOM RELACIONAMENTO COM SEUS COLEGAS – CONVERSA, BRINCA, RI...

M3: APOIO DOS PAIS; REALIZAR ATIVIDADES PRAZEROSAS; CONVERSAR COM PESSOAS QUE JÁ PASSARAM PELO PROBLEMA E "DAR FORÇA PARA ELAS".

POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÕES

Provedores

Tipos de intervenções

	Individual (postos de saúde, hospitais e outros serviços de saúde)	Grupal (postos de saúde, hospitais e outros serviços de saúde)
Profissionais da saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educativo <ul style="list-style-type: none"> - Conselhos práticos com o objetivo de ajudar no modo de enfrentar os efeitos do tratamento (dimensão física, emocional e social) e a identificar e avaliar modos de enfrentamento mais efetivos 2. Suporte Psicoterápico 3. Intervenções em crises 4. Advocacia de direitos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educativo <ul style="list-style-type: none"> - Grupos de apoio - conselhos práticos com o objetivo de ajudar no modo de enfrentar os efeitos do tratamento (dimensão física, emocional e social) e a identificar e avaliar modos de enfrentamento mais efetivos 2. Suporte Psicoterápico 3. Advocacia de direitos

Holland, J. C. & Rowland, J. H. (orgs.) *Handbook of Psychology: Psychological care of the patients with cancer*. New York: Oxford University Press.

PESQUISAS SOBRE “COMPORTAMENTOS DE ENFRENTAMENTO” COM MULHERES COM CÂNCER DA MAMA

→ Destacam-se os estudos com os seguintes objetivos:

- a) estudos que procuraram categorizar estes comportamentos;
- b) estudos que procuraram identificar variáveis preditivas dos mesmos;
- c) estudos que procuraram qualificar o enfrentamento como efetivo ou não efetivo para adaptação psicossocial do indivíduo;
- d) estudos que procuraram avaliar a variabilidade e estabilidade do enfrentamento de acordo com a passagem do tempo e a situação.

(Pennan, 1982; Gimenes, 1986, 1997a, 1997b; Heim, Augustiny, Blaser, Bürki, Kühne, Rothenbühler, Schaffner & Valach, 1987; Heim, Augustiny, Schaffner, & Valach, 1993; Queiróz, 1993).

Pennan, 1982

→ Objetivo: identificar tipos de comportamentos de enfrentamento “mais e menos adaptativos” em mulheres mastectomizadas, após uma semana e após 4 semanas da cirurgia;
→ Resultados: “melhor” adaptação“ relacionada às respostas de “combate” (enfrentando a situação) e de “racionalização” (pensando em perspectivas positivas sobre a situação); “adaptação negativa” relacionada às respostas de “evitação” (negando o fato de estarem doentes) e de “capitulação” (aceitação passiva da doença).

Gimenes, 1986

→ Objetivo: avaliar adaptação psicossocial de mulheres com câncer da mama após um ano de intervalo livre da doença;

→ Parâmetros de adaptação: escalas de saúde mental (bem estar-psicológico) e de competência social;
 → Variáveis preditivas: dados demográficos, recursos ambientais, condição médica, enfrentamento, expectativas;
 → Principais resultados: ↑ - coesão familiar e focalizar no positivo
 ↓ - complicações no quadro clínico, redução de tensão e auto-culpa.

Queiróz, 1993

→ Objetivo: Avaliar a adaptação psicossocial de mulheres com câncer nos períodos de: 48 horas, três meses e um ano da mastectomia.
 → Parâmetros de adaptação: escalas de saúde mental (bem estar-psicológico) e de competência social;
 → Variável preditiva: dados demográficos, recursos ambientais, condição médica, comportamento familiar e enfrentamento;
 Enfrentamento;
 → Principais resultados
 48 horas: (-) culpar os outros e si mesma, duração do evento e pensamento esperançoso; (+) acesso ao serviço de saúde;
 3 meses: (-) acesso ao serviço de saúde e pensamento esperançoso; (+) comportamento de enfrentamento da família;
 1 ano: (-) culpar os outros, pensamento esperançoso, algumas expectativas (novidade e predicabilidade); (+) focalizar no positivo e acesso ao serviço de saúde.

Heim e cols. (1987) e Heim e cols. (1993)

→ Objetivo: avaliar variabilidade e estabilidade dos comportamentos de enfrentamento, ao longo do tempo e de 8 situações (detecção do problema, hospitalização, pós cirurgia, tratamentos adjuntivos, reabilitação, reincidência/ metástase, diagnóstico de terminalidade, morbidade;
 → Principais resultados: variabilidade (10) e estabilidade do uso de estratégias de enfrentamento (atenção e cuidado, aceitação-estóica, análise do problema, dissimulação, atividades como distração, pensamentos como distração, combate, auto-acusação, liberando raiva e rebelando-se).
 → Estratégias favoráveis para lidar com a enfermidade: atenção e cuidado, aceitação-estóica, análise do problema, dissimulação, atividades como distração, pensamentos como distração e combate.
 → Desfavoráveis: auto-acusação, liberação de raiva e rebelando-se.

CATEGORIZAÇÃO DE MODOS DE ENFRENTAMENTO (Heim e col. 1987; 1993)

	Pré-cirúrgico	Pós-cirúrgico	Após 3 meses da	Após 6 meses da	Em Químio	Após 5 anos da	Reabilitação
--	---------------	---------------	-----------------	-----------------	-----------	----------------	--------------

			cirurgia	cirurgia	terapia	cirurgia	
1-	Atenção e cuidado	Atenção e cuidado	Atenção e cuidado	Atenção e cuidado	Atenção e cuidado	Aceitação-estóica	Aceitação-estóica
2-	Análise do problema	Aceitação-estóica	Aceitação-estóica	Análise do problema	Aceitação-estóica	Análise do problema	Atenção e cuidado
3-	Combate	Análise do problema	Atividade como distração	Pensamento como distração	Análise do problema	Atenção e cuidado	Análise do problema
4-	Aceitação-estóica		Pensamento como distração	Atividade como distração	Combate	Altruísmo	Pensamento como distração
5-	Preservando a compostura		Preservando a compostura		Otimismo		Relativizando

- Atenção e cuidado (necessidade de sentir-se apoiada, para falar e ser ouvida);
- Aceitação estóica (a doença é aceita como um problema de fato; como algo inalterável e é suportada com compostura e com paciência);
- Análise do problema (a pessoa reavalia sua situação, faz considerações cuidadosas e toma algumas decisões);
- Dissimulação do problema (a doença é considerada como algo menos relevante que outros eventos; a doença é negada, minimizada ou ignorada);
- Atividades como distração (a pessoa se ocupa de uma atividade familiar, para não falar e pensar no problema);
- Pensamentos como distração (a atenção que deveria ser dada à doença é direcionada a outros eventos);
- Combate (aproveitando oportunidades, tomando iniciativas em relação ao tratamento e buscando fontes de informações relacionadas a doença, buscando ajuda e cooperando com o tratamento);
- Rebelando-se (resistência à doença e às suas conseqüências; expressões de protesto e discussões com sua sorte);
- Liberando raiva (a raiva é despejada como uma forma de expressão, manifestações de indignação, ferocidade e irritabilidade);
- Auto-acusação (o paciente responsabiliza-se e culpa-se pela doença; procura em si mesma por erros que possam justificar sua culpa).

Heim, E., Augustiny, K. F., Blaser A., Bürki C., Kühne D., Rothenbühler M., Schaffner, L. & Valach, L. (1987) Coping with breast cancer: a longitudinal prospective study. *Psychotherapy Psychosomatic*. 48, 44-59.

Heim, E., Augustiny, K. F., Schaffner, L. & Valach, L. (1993) Coping with breast cancer over time and situation. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (5), 523-542.



Anexo 9

Análise de Comportamentos de Enfrentamento

Formação continuada de profissionais da saúde:
"Interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama"

Terceiro Encontro

"Enfrentamento de mulheres com câncer da mama"

1- Primeiras Instruções

Nome:

Antes da leitura das entrevistas responda à seguinte questão: "Qual a sua definição de comportamento de enfrentamento?"

PASSO 1: PRIMEIRA LEITURA

Faça uma leitura inicial das entrevistas. Procure não fazer anotações. Em seguida escolha uma de sua preferência para aplicar os Passos 2 e 3 apresentados abaixo.

PASSO 2: REGISTRO DAS "PRIMEIRAS IMPRESSÕES"

Registre por escrito as primeiras impressões sobre o relato da paciente entrevistada que você escolheu. Registre da maneira que você quiser, sem se preocupar com linguagem técnica. Coloque suas primeiras impressões do caso. Por exemplo: O que mais lhe chamou atenção neste caso? O que você achou da história da paciente?; Como ela está vivendo esse momento de sua vida?; entre outras observações de seu interesse.

PASSO 3: IDENTIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE ENFRENTAMENTO

A partir da sua definição de comportamento de enfrentamento procure fazer uma segunda leitura da entrevista escolhida e procure identificar e assinalar na própria entrevista os comportamentos de enfrentamento da paciente.

2- Instruções para Análise da Entrevista de M4

PASSO 1: PRIMEIRA LEITURA

Faça uma leitura inicial da entrevista de M4. Procure não fazer anotações.

PASSO 2: REGISTRO DAS “PRIMEIRAS IMPRESSÕES”

Registre por escrito as primeiras impressões sobre o relato de M4. Registre da maneira que você quiser, sem se preocupar com linguagem técnica. Coloque suas primeiras impressões do caso. Por exemplo: O que mais lhe chamou atenção neste caso? O que você achou da história da paciente?; Como ela está vivendo esse momento de sua vida?; entre outras observações de seu interesse.

PASSO 3: IDENTIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE ENFRENTAMENTO

De acordo com os estudo sobre "Enfrentamento", este fenômeno pode ser definido como ações, pensamentos e sentimentos funcionalmente relacionados a eventos/estimulações estressantes (que representam ameaça, dano/prejuízo, desafio).

Podemos ainda observar que as respostas de enfrentamento operam sobre o ambiente produzindo a redução, término ou esquiva de contato com os eventos considerados estressantes.

PASSO 4: IDENTIFICAÇÃO DE EVENTOS ESTRESSANTES

Em cada caso podemos identificar eventos proeminentemente estressantes no ambiente físico, biológico e social das mulheres entrevistadas, como exemplo: o diagnóstico positivo de câncer, efeitos do tratamento, entre outros. Como as participantes se comportam em função destes eventos? Quais outras condições estressantes que coexistem no momento atual de suas vidas? Quais as conseqüências de seus comportamentos diante destas condições?

PASSO 5: DESCRIÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE ENFRENTAMENTO (RE/C) RELACIONADOS FUNCIONALMENTE A EVENTOS ESTRESSANTE

Resumindo: vocês irão neste passo, identificar através do conteúdo do que foi relatado por M4, os comportamentos de enfrentamento, bem como os eventos estressantes que poderiam estar relacionados a emissão destes comportamentos.

Identificadas as principais fontes de estimulações estressantes presentes (por exemplo: o diagnóstico de câncer; reincidência da doença, comportamento do ambiente social, efeito da quimioterapia, perda da mama, entre outras), considerem aquelas de maior potencial aversivo.

Estas assim seriam caracterizadas se pudermos inferir que reduzem a possibilidade da emissão de uma resposta que elimine os eventos estressantes

Identifiquem também respostas de enfrentamento que além de reduzirem, eliminarem ou evitarem aversivos podem produzir outros ganhos positivos. Estas respostas de enfrentamento poderiam ser consideradas como as que mais estariam favorecendo uma adaptação psicossocial positiva da mulher.

3- Análise de Comportamentos de Enfrentamento de M4

Passo 2: Registro das primeiras impressões

P1

- Contraditória quando diz que nunca aceitou a doença e depois diz que aceita;
- Está se apoiando na existência dos filhos para não ter tempo para pensar na doença;
- Tem como positivo continuar a trabalhar e exercer suas atividades de casa, de mãe;
- Quando ela fala da filha que tem problemas, refere-se assim: “Ela (a filha) também não aceita o problema dela”. Isto mostra como M4 não aceita sua doença;
- Diz que sua irmã (família), não aceita a sua doença;
- Não quer sentir raiva da médica que supostamente deu o diagnóstico errado, pois não quer culpar ninguém;
- É contraditória quando diz que seu relacionamento com o marido melhorou muito;
- Sempre se preocupou e valorizou o seio;
- Diz que está se mostrando forte para família e que procura não falar no assunto, porém no final da entrevista diz que NUNCA escondeu de ninguém como se sente.
- Acredito que ela ainda está em um momento confuso, de elaboração deste problema que vive, onde ter esperança e tem medo, onde pensa no câncer, mas não se sente com câncer. M4 está preocupa com a cirurgia. Mas nega o que será feito.

F1

- O que mais me chamou atenção neste caso é que com o apoio familiar e dos amigos a paciente conseguiu “acordar” e seguiu para o tratamento;
- É uma história que também apresenta contradições. Em vários momentos ela diz que é difícil e longo em seguida que ela não se preocupa;
- Ela está encarando com naturalidade e transferindo suas atenções para a filha que apresenta problemas;
- Momento não oferece tanta preocupação pois ela não sabe se vai tirar a mama.

A2

- Pessoa forte, decidida;
- É orientada, tem receios, mas procura encarar a doença como mais uma dificuldade a ser vencida.

E2

- O que mais me chamou a atenção foi quando ela percebeu que não estava morrendo, que estava forte, que tinha filhos e marido e emprego. Que tinha que viver e lutar;
- Achei a história interessante porque ela insistiu em chegar a um diagnóstico porque se dependesse do empenho dos médicos demoraria muito e poderia ser mais grave;
- Ela é persistente e também o fato de trabalhar em hospital ajudou;
- Tinha uma vida familiar boa, é preocupada com os filhos, é uma pessoa alegre e sorridente.

A1

- A paciente M4 está no início do tratamento, procura ser otimista o máximo possível e esperar o que vai lhe acontecer, acreditando que tudo vai dar certo;

Passo 3: Possíveis respostas de enfrentamento de M4**P1**

- “Pera aí, eu não estou morrendo, estou forte, tenho meu serviço, marido, filhos, né?”.
- “Eu é quem dou força para eles, porque se dependesse deles dá força pra mim, “tava ruim, hein?”.

Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

- “Vamos tratar, vamos fazer o que tem que fazer e viver normal porque não adianta ficar encucando, ficar revoltado”.
- “Eu procuro sempre mostrar pra eles que não tem nada a ver, procuro sempre conversar com eles pra ver se eles mudam de opinião”

F1

- “Não penso muito, to trabalhando”.
- “Levo uma vida normal”.
- “Não fico pensando se vai dar certo”.
- “Eu nunca aceitei esta doença”.
- “Eu tenho mais é que viver e lutar para continuar vivendo”.

A2

- A insistência em buscar um diagnóstico mesmo que os médicos relatassem que “não era nada”.
- Busca de informações, via fone, dos exames necessários para agilizar o início do tratamento;
- Observação de outros pacientes – deixa de observar somente o “seu problema”, buscando crer que, em comparação com os outros casos, o seu está mais fácil de obter solução;
- Não pensar muito, levar uma vida normal;
- Evita pensamentos depressivos, busca manter-se otimista;
- Mudança do conceito pessoal sobre a doença; antes acreditava que o câncer era sinônimo de sofrimento e morte. Agora admite possibilidade de enfrentamento; tratamento e cura;
- Atitude de conversar com as pessoas sobre o assunto explicando como é o tratamento, etc (evitar o isolamento);
- Superação do estado de depressão através do voltar-se para suas missões frente à família / trabalho, etc.
- Atitudes frente ao tratamento: “Não deixo de dormir, trabalhar, de cuidar dos filhos, de nada”. É como dizer: “Eu estou fazendo a minha parte”.
- A preocupação e atenção com relação à filha não permite que M4 fique centrada exclusivamente no seu problema;

Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

- O fato de não buscar culpados para seu problema de saúde: não indo “na onda” dos familiares – demonstra maturidade – sabe que estas atitudes / pensamentos não ajudarão em nada e, procura convencer os familiares disto. Significa também opção de não se prender a fatos passados; o importante é tratar do problema agora;
- Sobre a cirurgia: atitude de aceitação frente à necessidade da cirurgia, mas, teme sobre seu resultado estético. Ou melhor, mesmo temendo o resultado estético da cirurgia, aceita totalmente o tratamento proposto que, inclui a retirada parcial da mama;
- Expectativas: cura e se der, fazer uma cirurgia corretiva: está fazendo todo o possível para que o tratamento alcance a cura e, após, irá buscar diminuir / reparar as marcas que este deixar.

E2

- Quando insistiu para fazer a biopsia;
- Quando pediu a lista de exames para realizar;
- Quando ela compara que existem casos piores;
- Procura não pensar e trabalhar;
- Procura não pensar bobagens.

A1

- “...Meu Deus, tem tanta gente que quer levantar e não pode... vamos viver enquanto tem tempo”;
- “Não adianta ficar preocupada, se tem que tratar, vamos tratar”.

Passo 4: Eventos estressantes

P1

- “Ta certo que a gente não esquece porque sempre vem um e comenta, vem outro e comenta, entendeu?”
- A filha com problemas de hormônio e que faz tratamento em São Paulo;
- “Uso turbante porque no meu serviço sempre ter um que tira sarro e ri;”
- “Porque tirar um pedaço de uma coisa que você nasceu com ela, não sei que reação terei depois da cirurgia;”

Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

- “Você nasceu com isto aí e ficar sem não é legal;”
- Erro no diagnóstico;
- Cirurgia da filha;
- Queda do cabelo.

F1

- Num primeiro momento – 3 dias na cama – querendo dormir – diagnóstico;
- Queda do cabelo;
- 3 ou 4 dias sem trabalho por causa da quimioterapia;
- Filha com problemas de hormônio.

E2

- Resultado da biópsia;
- Início da Quimioterapia;
- Quando achou que era o fim, que daí para frente era sofrer e fazer a família sofrer;
- Quando começou cair o cabelo;
- A filha com problema hormonal, não cresce, que já fez cirurgia e fará outra;
- A expectativa da cirurgia de mama.

A1

- O 1º impacto, o baque do diagnóstico;
- O momento da queda do cabelo;
- A doença de minha filha, o fato dela não se aceitar.

A2 (Passos 4, 5, 6)

Momentos estressantes	Comportamentos de enfrentamento	Adaptação psicossocial (Ganhos positivos)
Definição do diagnóstico	- Busca outros médicos	<ul style="list-style-type: none"> • - Eliminação da dúvida

Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

(superado)	- Solicita a biópsia	
Fase de realização dos exames (antes mesmo da consulta médica / ansiedade) OBS. A paciente não refere como estressante (Superado)	- Ligar para hospital para obter informações quanto aos exames que o médico geralmente solicita para levá-los prontos - A realização destes exames	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da ansiedade quanto ao início do tratamento; • Pensamento / sentimento de estar fazendo sua parte.
Conceito de câncer como sinônimo de sofrimento (talvez associado com experiência profissional) (Superado)	- Observação da situação de outros pacientes - Comparações positivas em relação à sua situação - Dialogar sobre o problema	<ul style="list-style-type: none"> • Maior conhecimento; crença possibilidade cura
Diagnóstico (depressão) (Superado)	- Voltar-se para suas missões frente à família, trabalho, etc - Evitar pensar excessivamente no problema e levar uma vida normal	<ul style="list-style-type: none"> • Superação do estado de depressão (fortalecimento pessoal)
Problema de saúde da filha (Preocupação)	- Fazer questão de acompanhar o tratamento da filha - Atenta aos cuidados com a filha	<ul style="list-style-type: none"> • Descentraliza sua atenção quanto ao problema câncer
Nervosismo e dificuldade de aceitação dos familiares (?)	- Contesta os comentários de familiares; busca convencê-los que esta atitude não trará qualquer benefício - Procura dialogar mais	<ul style="list-style-type: none"> • Reafirmação de princípios, valores próprios (procura não se deixar influenciar) • Maturidade
A queda dos cabelos devido a Quimioterapia (Conflito)	- Revolta - Cortar os cabelos bem curtos para o tratamento - Considera a sugestão da entrevistadora quando ao uso de turbante	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização do valor da vida/saúde mais do que o valor estético • - Diminui através da razão a barreira da vaidade
Expectativa quanto a cirurgia (Conflito)	- Aceitação inicial (como algo necessário); - “Resistência” pessoal: quanto a perda do valor estético.	

Passo 5: Enfrentamento relacionados a eventos estressantes

P1

- “Vou para São Paulo. Eu gosto de tomar a frente. Estou tratando dela como sempre tratei desde os 5 anos, e não vou parar tão cedo”
- “Eu procuro cuidar dela direitinho. Isto me ajudou muito porque se eu não tivesse outra coisa para pensar seria pior”
- “Eu tenho que ter pensamento positivo e tenho. Eu não vou ficar condenando ninguém, nem vou ficar achando que vou morrer”
- “Minha família toda culpa alguém. Eu não procuro mostrar para eles que não adianta e que vão ficar mais revoltados do que já estão”

Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

F1

- Sempre correr com a filha, não abandoná-la, fugir do seu problema e não pensa - minimiza problema

E2

Situação	Comportamento
Diagnóstico grave	- Insistiu na biópsia - Fez exames e iniciou tratamento
Conhecendo a evolução da doença	- Começar valorizar o seu estado, que estava bem; - Enxergar que teria chance. Perceber que não estava morrendo, que tinha filhos, marido e trabalho para cuidar. Lutar e continuar vivendo.

A1

- “Eu não deixo de falar, se perguntarem eu conto o que aconteceu”
(o desabafo – falar de doença, colocar para fora)

Passo 6**P1**

- “Eu acho que serviu para unir a família”
- “Hoje a gente conversa bastante, antes tinha as desavenças, melhorou muito nosso relacionamento”
- Tenho muitos amigos e não sabia que tinha tatos”
- “Espero sair daqui curada, né?”
- “Vamos tratar, fazer o que tem que fazer e viver normal”
- “Fica sempre mais comigo, antes ele era sempre mais ausente. Ele é mais companheiro, ficou mais apegado... os filhos também”

F1

- Não aceitação do marido, porém a tranquilidade da paciente
- A não revolta com a médica – “O que eu tenho que passar ninguém vai passar por mim”

E2

- Quando se conscientiza da gravidade da doença e encara o tratamento

Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

- Quando consegue ver o que tem ganho e não só as perdas
- Quando percebe o quanto é útil e o que precisa fazer
- Quando esforça para levar uma vida o mais próximo do que era antes
- Quando melhorou o relacionamento com o marido conversando mais

A1

- “Eu faço meu tratamento, mas não deixo de comer, dormir, de trabalhar, de cuidar de meus filhos, nem nada, eu acho que eu sou uma pessoa saudável e vai bem por aí”
- “Quando meus seios começarem a não ficar legar eu vou fazer uma plástica”

Considerações Finais

P1

1. É importante para mim, enquanto profissional e pessoa, perceber, reafirmar que a melhor maneira de nos fortalecer perante uma situação estressante; seja ela de qualquer natureza; é ENFRENTÁ-LA. E a consequência disto é um alívio, fortalecimento, liberdade e flexibilidade de receber ajuda, amor, prazer... o que for; e isto implica SAÚDE. Portanto, neste pensamento, acredito que é possível ter “SAÚDE” mesmo com câncer.
2. Enquanto psicóloga acredito que a primeira coisa a fazer seria ajudá-la a compreender emocionalmente a sua doença e suas implicações e sua existência, visto que através desta entrevista nota que M4 tem condições de reflexão, raciocínio e análise, se possível estabelecer uma conversa.
Acredito que se ela aceitar o tratamento, seu momento e condição de vida, e perceber que ela é a mesma pessoa e que pode cuidar, tratar e continuar tendo os seus sonhos, lhe trará maiores condições psíquicas para uma cura.
Ela precisa entrar em contato com seu problema (câncer).
3. Explicar sobre o tratamento, quimio, tempo.
Cirurgia, quando, qual será a retirada.
Orientação à família.
Aceitação, compreensão sobre a doença ‘câncer’ pelos profissionais da saúde; pois “o exemplo vem de casa” ou seja, ajudará muito mais ao paciente encontrar profissionais que lidem com o assunto morte, câncer e vida, naturalmente.

F1

1. Detectar os pontos de carências e enfrentamento da paciente, bem como seu meio familiar e social, permitindo uma melhor compreensão do profissional;
2. Enquanto fisioterapeuta prepará-la fisicamente com orientações respiratórias e posturais para um possível pré-operatório mais ameno ou até para atravessar o período de quimio mais tranqüila.
Encaminhá-la ao tratamento psicológico;
3. Atenção e esclarecimento da “doença” como ela cita em vários momentos;
Encaminhada ao psicólogo trabalhando a aceitação do corpo (possível retirada da mama).

A2

1. Está análise não deixa de considerar nenhum dos aspectos / dados apresentados pela paciente. Possibilita reflexão mais profunda sobre a situação vivenciada pela paciente;
2. S. Social – entrar em contato com os familiares de M4 para ouvi-los e refletir com estes a questão das atitudes e revolta que não oferecem benefício nenhum à paciente e tratamento;
3. Estar atenta e acompanhar juntamente com a família a questão estética da quimioterapia e da cirurgia (então, pré e pós-cirúrgico) – (se aceitar encaminhamento para a psicóloga);
4. Apoio / incentivo (valorização pessoal "EU") e, valorização do empenho, etc.
5. Sua preocupação com a estética.

E2

1. Ampliou a visão que existe da vida atrás de cada paciente: “Nem sempre podemos confiar no primeiro diagnóstico”;
2. Podemos estimular o tratamento mostrando bons resultados. Ajudá-las a ver outros valores que auxiliam e as motivem a luta;
3. Levá-las a enxergar que a vida não cessa diante de um diagnóstico e sim inicia-se uma luta;
4. Quando ficou sabendo do diagnóstico, quando que iniciou a Quimioterapia e no pré e pós-operatório.

A1

1. A paciente está fazendo o tratamento devidamente, encarando-o com coragem, acreditando que tudo vai dar certo, não sei se está preparada no caso de acontecer uma mastectomia total;
2. A equipe poderia prepará-la mais intimamente e trabalhar intensamente a família que não aceita a doença da paciente.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Câmpus de Bauru

Faculdade de Ciências

Anexo 9 Entrevistas com Pacientes

Formação continuada de profissionais da saúde: "Interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama"

Terceiro Encontro "Enfrentamento de mulheres com câncer da mama"¹

Entrevista 01- M1

Idade: 35a
Escolaridade: 5ª série do 1º grau
Profissão: confecciona sapato em casa (*free lancer*)
Religião: católica
Estado civil: casada
Reside com: marido e quatro filhos
Filhos: 4 filhos (dois de 9a, um de 4a ,2a)
Renda Familiar: marido
Acesso ao serviço de saúde: SUS
Diagnóstico: CA mama D (T2 No Mo - IIA)
Início do tratamento: março de 1996
Tempo de exposição ao tratamento: 2 meses
Seqüência de procedimentos terapêuticos aplicados: aplicações de quimioterapia neoadjuvante
Momento da entrevista: retorno para 3ª aplicação de quimioterapia neoadjuvante (FEC- Krytil)

Bloco 01: Câncer e Enfrentamento

E: M2, pensando nestas últimas quatro semanas de sua vida, neste último mês. O que

vem à sua cabeça (em imagens e palavras) quando eu pergunto sobre a sua doença, ou seja, sobre seu problema?

M2: Nestas últimas semanas entrei num estado de nervo por causa da cirurgia, tá chegando perto, eu não tava ligando, não tinha caído na realidade ainda, porque é uma coisa que a gente nunca espera passar. Agora, esta semana, sabe quando você sente raiva de você mesma? Um estado de nervo... meu marido falou que eu só estou dando "coice" nele. Ele chega pra falar eu fico nervosa, fico nervosa com as crianças... eu sempre fui uma pessoa calma, sabe? Agora nestas últimas semanas não sei se por causa da cirurgia, medo de deixar as crianças em casa.... porque meu marido tem problema de beber. Ele é alcoólatra. Então eu tenho medo de deixar as crianças em casa. Então nestas últimas semanas tá me dando um estado de nervo, só de pensar. Não sei quantos dias vou ficar no hospital. Eu não tenho com quem deixar as crianças, né? O problema meu nestas últimas semanas é isso aí. Medo eu não tenho, porque eu vou fazer a cirurgia e

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

vou ficar bem e tudo, mas o problema é as crianças.

E: Hum, Hum... Quando eu falo então, sobre a sua doença, sobre seu problema o que lhe vem à cabeça....?

M1: Não estou preocupada comigo e sim com meus filhos.

E: O que sua doença representa pra você, M1?

M1: A doença pra mim foi assim....fazia tempo que eu já tinha visto isto daqui. Fui em dois médicos e eles falaram que não era nada, mas eu resolvi ir em outra médica e ai ela me falou o que era. Mas você espera que dê negativo, né? Você vai indo e vai esperando que dê negativo. Na hora que ela me falou, sabe? quando você leva aquele choque? Demorou pra mim aceitar, sabe?... Não entrou..... agora, que tá chegando perto da cirurgia que eu tô caindo na realidade.... que eu tenho mesmo né? Mas comigo eu não tô me preocupando... eu sei que vou fazer a cirurgia e vou ficar boa. Eu tenho muita força de vontade de ficar boa. Eu não me entreguei, eu não me entreguei para doença e não me entrego, não me entrego por nada! Porque eu sei que tenho meus quatro filhos pra mim cuidar deles e se não for eu... eu não tenho ninguém. Então a minha preocupação é com os meus filhos, eles é que tão me dando força pra mim ir em frente e ficar curada

E: Entendo. Então M1, como é que você está lidando com este momento?

M1: Eu não penso... tento não pensar. Não gosto nem de pensar porque seu pensar...seu sentar....eu não fico nem parada...porque seu sentar para pensar me dá desespero. Estes dias atrás me deu vontade de sair... sem rumo e andar pra me acalmar um pouco. Às vezes eu tenho vontade de ficar sozinha, mas não tenho com quem deixar meus filhos. Meu desespero é esse... não tenho com quem deixar meus filhos... Tento conversar com meu marido... quando ele tá bom ele entende... depois que ele bebe não quer nem saber.

E: Fala mim, o que você gostaria de dividir com ele.

M1: Queria conversar com ele... ele não quer saber do meu problema. Ele fala que quando ele tá na firma ele fica pensando em mim, depois ele chega e bebe e ai é mesma coisa que se eu não tivesse nada. Estes dias eu tava falando pra ele: “você me trata como se eu fosse uma coisa”. Quando eu tô trabalhando eu tô bem, quando eu paro de trabalhar, porque não tem serviço, eu sou vagabunda, eu sou um monte de coisa, sabe? Pra ele tá bom só quando eu estou trabalhando. Ele não me trata como pessoa. Eu queria apoio dele... eu falo pra ele: “para de beber... pelo ao menos até passar minha cirurgia, para você ficar com as crianças!”

E: Você tem ajuda de parentes aqui, M1?

M1: Eu tenho. Já conversei com eles e eles vão... só que eu queria que eles ficassem na minha casa com meus filhos, não queria dividir eles pra casa dos outros. Então aceitaram ficar lá um dia cada um, por causa do pequenino, a gente solta ele lá e ele não dá trabalho nenhum. Agora quando vai pra casa dos outros... não sei né? Agora eu consegui convencer... minha mãe e minha sogra vão ficar na minha casa mesmo. Porque minha mãe tem meu irmão que bebe também... não posso deixar lá também. Minha sogra tem um cachorro enorme que morde as crianças. Ontem eu fiquei mais tranqüila por isso, vou deixar as crianças em casa mesmo. Lá eles tem tudo.

E: Já está marcada sua cirurgia, M1?

M1: Vai marcar hoje. Eu tava com medo disso. Quando eu tive meu menino pequeno eu não espera engravidar, porque meu marido bebia, eu não aceitava a gravidez de jeito nenhum.

E: Não aceitava por conta do momento que você estava vivendo com seu marido?

M1: É. Depois eu aceitei. Graças à Deus, ele nasceu com saúde e tudo. Agora eu estou com medodepois da cirurgia

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

entrar em depressão, porque quando eu fiquei grávida do moleque eu quase que entrei... é que eu tive muito apoio. Mas eu tenho medo de ficar sozinha... de fazer uma besteira...mas o que tá me dando força é meus filhos.

E: A força para enfrentar este momento vem dos seus filhos...?

M1: É. Se eu não tivesse eles ali, eu não estava com esta força não. Eu sei lutei e vou lutar por causa deles...para criar eles... depois que criar não tem problema... o que acontecer comigo não tem problema. Eu quero deixar eles já, pra eles já tomar conta deles, sem depender de ninguém, porque do pai eles não pode depender...ele não cuida... nem pra ficar um minuto pra gente ir ao supermercado ele acha ruim de ficar com as crianças.

E: Você toma conta de tudo.

M1: Só eu. Ele não faz nada. Quando ele tá são, ele só dorme, chega do serviço, come e dorme. Quando ele bebe fica até dez, onze da noite falando sem parar.

E: M1, não pensar sobre a cirurgia, sobre sua doença, preocupando-se mais com os filhos, funciona pra você? Como você se sente?

M1: Funciona, me sinto bem assim.... se tem alguma pessoa pra conversar, alguma coisa pra fazer. Mas se eu tô ali na máquina começa a passar um monte de besteira pela cabeça.

E: Pensando em que, M1?

M1: Só penso na cirurgia. Não sei como eu vou reagir na hora. Por enquanto eu acho que eu não caí na realidade.

E: Como você chegou a esta conclusão para agir deste modo que você falou pra mim... não pensando sobre a doença, sobre o problema...

M1: É. Eu acho que eu não caí na realidade ainda. Eu tô estranhando o modo que eu tô reagindo desde o começo, sabe? As pessoas chegavam lá em casa... porque eles pensam que a gente vai ficar desesperado. Eu não!...eu é quem puxava assunto quando chegava em casa. Eles chegavam com cara de quem tava com dó de você, sabe? Eu não

gosto disso. Eu não gosto que as pessoas sintam dó de mim. Então eu começava a conversar, brincar com eles ali. Então, eu guardei tudo pra mim mesmo porque eu nunca tive com quem conversar, desde quando eu recebi a notícia... tava eu e minha mãe ali, eu me fechei ali, ela também não falou nada e nem eu falei nada para ela. Continuei reagindo como se não tivesse nada, acontecendo nada.

E: Hum, Hum...mas preocupada... pensando...

M1: É...pensando e tentando não demonstrar para as pessoas o que eu tava sentindo. Porque eu não gosto de demonstrar o que eu sinto para as pessoas. Então, meu medo este... na hora que chegar da cirurgia e eu saber que eu operei ali, sabe? que fez a cirurgia... e eu não sei o que vai acontecer comigo, entendeu? Meu medo é esse... depois da cirurgia eu não sei como é que eu vou reagir. Até chegar a hora eu sei o que está acontecendo comigo... depois eu não sei... eu tenho medo de entrar em depressão. Tanto que eu tô segurando, fazendo de conta que não tá acontecendo nada.

E: O que mais a preocupa na cirurgia?

M1: Meu medo é depois da cirurgia. Eu sei que eu vou passar pela cirurgia, ele já me falou que dependendo é um quadrante só, mas que meu seio é pequeno e talvez tire tudo. Mas isto eu não estou pensando... eu penso depois... como é que eu vou cuidar dos meus filhos.

E: Você está preocupada então, se depois da cirurgia você vai estar bem pra cuidar dos seus filhos?

M1: É. Comigo eu não penso muito. Comigo... Deus me dando força e saúde eu levo a vida tranqüila. Sempre levei Graças à Deus!

E: Você disse também que não tem com quem conversar, você gostaria de conversar com outras pessoas....?

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

M1: É. Eu gostaria de conversar com o meu marido... a gente convive ali junto, né? Mas ele... só vem falar dos problemas dele, da fábrica onde ele trabalha lá. Então quer dizer que você não tem tempo de você falar... se você fala, sabe? se você fala ele já corta o assunto, muda o assunto... fala que esse problema não é nada, sabe? Então as vezes você queria alguém pra conversar, sentar ali e conversar... mas eu não tenho. Ele não entende, ele desconversa, ele não entende.

Bloco 02: Saúde e Doença

E: Hum, Hum... M1, fala mim, o que é, pra você, ser saudável?

M1: Pra mim eu fui sempre uma pessoa saudável. Mesmo tando com problema, eu sempre me alimentei bem para ser uma pessoa saudável. Depois que eu casei... sempre pensando neles pra cuidar deles. Eu sempre fui uma pessoa saudável, graças a Deus. Só agora aconteceu isso, né? eu nunca esperava que ia acontecer isso comigo e aconteceu. Sempre você pensa nas outras pessoas e ai você pensa: "comigo nunca não vai acontecer, né?". É uma coisa que você nunca espera na sua vida. Você vê as outras pessoas passando e você acha que nunca vai passar por isso. E isto te dá mais força...só passando por isto mesmo... eu não sei aonde que eu arrumei tanta força até agora, você acredita?.

E: Sozinha, né?

M1: Sozinha. Sem o apoio de ninguém. Tenho apoio, é lógico... de amigas que eu não via há muito tempo. Mas não de ficar ali conversando, sabe?... eles pensam que a gente precisa de coisas material... se você está precisando de coisa material, e às vezes não! é uma conversa só. Eles vêm e ficam um pouco e vão embora, eu não tenho com quem conversar. Chora não gosto... não gosto de chorar na frente dos meus filhos.. eu não gosto de passa... deixar eles preocupado, nada. Quando eu vim aqui no hospital e soube, cheguei em casa... primeiro eu entrei no banheiro, chorei lá a vontade, acabei de

chorar, sai pra fora e depois fui conversar com eles, brincar com eles. Mas não falei do meu problema... falei só que a mãe ia internar pra fazer uma cirurgia logo e expliquei pra eles, pra eles não leva aquele choque. Graças a Deus meu cabelo não tá caindo muito, tá firme. Eu não gosto de passar que eu tô preocupada para eles. É isso ai, pessoa saudável eu acho que eu sou, mesmo tendo isso eu sou uma pessoa saudável, graças a Deus.

E: Entendo. Então, uma pessoa saudável para você é uma pessoa que cuida de sua alimentação, que se cuida. Como é que você chegou a está conclusão P4? Sempre foi assim?

M1: Sempre pensei mais na saúde dos outros, nunca na minha mais. Me cuidava sim, quando tinha algum problema, ia no médico. Mais eu pensava mais na saúde do meu pai, da minha mãe, dos meus filhos, né? Sempre eu sabia que eu ia cuidar de alguém, sempre procurava me manter em forma, bem alimentada, cuidar bem da minha saúde.

Bloco 03: Enfrentamento em outras situações estressantes

E: Certo. M1, você já passou por outra experiência tão marcante quanto esta?

M1: O que me marcou mais também foi a gravidez do meu último menino. Me deu um desespero na hora... eu só chorava... chorava direto. Eu não queria... engravidei tomando comprimido! Tava amamentando meu menino e trabalhando, sentada na máquina e amamentado, pra poder ajudar porque tava uma situação difícil. Acho que foi isso que me marcou muito, porque eu sempre lembro desta fase da minha vida que foi difícil. Meu marido bebia, chegava em casa onze horas da noite, brigando. Acho que foi isto... me deu um desespero uma vontade de me matar, não sei como não me matei aquela época.

E: Foi aquela época que você falou que teve depressão?

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

M1: É. Depois minha cunhada me pegou, não fui em médico não. Conversei com um padre amigo nosso, ele que me ajudou tirar um pouco da depressão que eu tava. Isso me marcou muito.

E: Naquela época M1, como você acabou lidando com a situação?

M1: Eu procurei ajuda. Naquela época eu não sabia nem o que eu estava fazendo. Eu trabalhava. Minha mãe chegou, eu tava chorando...

E: Nesta situação você chorava mais na frente das pessoas?

M1: É. Eu chorava, agora não, é difícil eu chorar.

E: Hum, Hum. Daí sua mãe a viu chorando...

M1: Ela falou pra minha cunhada e ela marcou uma hora com o padre. Aí ele fez eu aceitar meu filho. E foi quando ele começou a mexer dentro de mim. Depois que eu comecei a sentir ele é que ele começou a me dar força para lutar por ele, não por mim, mas por ele, pela vida dele.

E: M1, aquele momento que você passou, a maneira com que você lidou com ele, lhe ajuda a lidar com o momento presente?

M1: Aquela vez eu desabafava mais... vinha bastante gente em casa, eu desabafava, conversava. Cada pouco tinha gente em casa, tava em casa conversando.

E: Você se sentia mais acompanhada, M1?

M1: Tinha porque eles sabiam que eu tinha tudo filho pequeno. Que eu chorava que eu não queria de jeito nenhum. Então eu achei mais apoio naquela época, das pessoas, porque eles viam que meu marido bebia direto ali, e fica xingando, daí eles vinham toda a hora pra ficar conversando. E deste aqui (referindo-se ao problema atual) no começo eu conversava, porque eu moro no prédio e a cada pouquinho conversava com alguém. Mas nestas últimas semanas eu me fechei... pensando mais na cirurgia. Depois da segunda quimioterapia. No começo eu tava melhor... meu marido tinha parado um pouco de beber, não sei se foi por causa do

choque... depois aumentou. Eu fiquei revoltada com aquilo, porque eu acho que ele tinha que me dar apoio e então eu me fechei.

E: No começo da entrevista você disse que passou a sentir raiva de você mesma. Como é que isto?

M1: Sabe, quando você levanta da cama, eu sinto assim... eu não sei te explicar... eu sentia naquela época também... raiva das coisas que eu faço, sabe? Eu levanto brava comigo mesma. Não é porque eu tô passando por isso é que eu tenho que maltratar as pessoas, né? Meu marido falou que tô estúpida e então quando eu estou nervosa, quando não durmo direito... eu sinto raiva de mim mesma.

E: Naquela situação M1, você colocou que desabafava mais e nesta não, você saberia me dizer o porquê?

M1: Eu nunca fui uma pessoa de expressar muito meus sentimentos. Naquela eu me sentia precisando mais das pessoas, agora eu não sei. Agora eu não quero que as pessoas tenham pena de mim, tenham dó de mim. É por causa disso que eu me fechei mais agora.

E: Você acha que o problema é mais grave do que antes?

M1: Eu acho que não... porque tem cura, o médico já me explicou..

Bloco 04: Enfrentamento da Família e Apoio Social

E: M1, como é que você está percebendo que as pessoas, com quem você convive, estão compreendendo este momento que você está vivendo?

M1: Meu marido nunca tocou no assunto comigo, da cirurgia, do problema, nada. Quando eu vou falar com ele, ele tentar mudar de assunto... não sei se ele não quer pensar também no que vai acontecer depois da cirurgia. O que me dói mais é por causa dele mesmo, porque minha mãe tá sempre ali... telefonando... meu pai também preocupado... minha irmã já trabalhou aqui

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

e já sabe o que eu vou passar. Eles estão preocupados comigo, né? Só não sinto preocupação do meu marido. Do meu pai, da minha mãe e dos meus irmãos, tá tudo preocupado, sabe? Eu acho que eu dei mais força pras pessoas do que elas deram pra mim. Eu dou uma de forte.

E: A maneira destas pessoas agirem com você neste momento, ajuda ou não?

M1: Eu queria que meu marido conversasse mais comigo, disso eu sinto falta. Pelo menos agora... parasse um pouco de beber pra me ajudar a olhar das crianças, é isto que me preocupa.

E: Entendo... M1 e suas atividades do dia a dia... você continua trabalhando...continua fazendo as coisas em casa...

M1: Trabalhando não, só nas coisas de casa. Quando ele bebe fica me xingando de vagabunda, que não trabalho. Mas a vida continua a mesma.

Bloco 05: Corpo e Seio

E: M1, o que vem à sua cabeça quando eu falo a palavra corpo.

M1: A gente tem que cuidar do corpo. Mas eu nunca liguei muito para isto não, com a aparência. Eu sempre fui assim, gosto do meu corpo, ele sempre foi assim... do jeito que eu tô agora.

E: Hum. Hum. E quando eu falo a palavra seio, o que vem a sua cabeça.

M1: Eu não sei como eu vou reagir. Só depois eu vou saber como eu vou reagir.

E: Você está falando da cirurgia, não é?

M1: É.

E: Qual o significado desta parte de seu corpo, pra você?

M1: É importante pra toda mulher... pra amamentar... faz parte do corpo da mulher, mas eu nunca liguei muito pra isto e é por isso que eu não sei como vou reagir. Por que não sei se vou tirar a mama toda ou uma parte. Não quero pensar nisto.

Bloco 06: Expectativas Futuras e Avaliação da Entrevista

E: Tudo bem. M1, fala pra mim, quais suas expectativas daqui pra frente.

M1: Espero que dê tudo certo, lá em casa e na cirurgia, mas não sei como vou reagir depois de tudo, isso eu não sei.

E: O que você acha que pode acontecer.

M1: Não posso entrar em depressão como aquela vez que fiquei grávida, porque eu tenho meus filhos.

E: Não fique preocupada, você já me disse que sua mãe e sua sogra vão lhe ajudar, normalmente são poucos dias de internação, você vai ser bem atendida e pense no melhor.

M1: Vou tentar.

E: Hum.Hum. M1, como você se sentiu falando sobre tudo que conversamos hoje, nesta entrevista?

M1: Bem. Já estou mais aliviada. Eu tava com tudo isto sufocado dentro de mim e agora já estou mais aliviada.

E: Teve alguma questão que você não gostou de responder?

M1: Não, foi bom conversar, me ajudou muito, tava sufocado isto pra mim.

E: M1, se na sua casa você ficar pensando sobre o que conversamos e se tiver alguma dúvida e sentir necessidade de perguntar pra mim, entre em contato comigo, na carta convite tem meu telefone e a I. também pode me localizar, tudo bem?

M1: Tá bom.

Entrevista 02 – M2

Idade: 42a

Escolaridade: 1º grau incompleto (4ª série)

Profissão: trabalha no centrinho há 11 anos (limpeza)

Religião: católica

Estado civil: divorciada há 3 anos (casada 22 anos)

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

Filhos: 7 filhos: 24a, 22a, 20a, 19a, 18a, 17a, 14a; e 7 netos) - filhas são divorciadas e quando se separam foram morar com a mãe
 Reside com: 15 pessoas
 Renda familiar: M3
 Acesso ao serviço de saúde: SUS
 Diagnóstico: CA mama (T4b N1 Mo - IIIB)
 Início do tratamento: outubro de 1995
 Tempo de exposição ao tratamento: 8 meses
 Seqüência de procedimentos terapêuticos aplicados: 3Qt + Mast+ Rd+ 3Qt
 Momento da entrevista: retorno para 6ª aplicação de quimioterapia adjuvante (FEC-Krytil)

Bloco 01: Câncer e Enfrentamento

E: M2, o que vem a sua cabeça quando eu falo sobre a sua doença, sobre seu problema?

M2: O que vem a minha cabeça?... Não vem nada.....Ah! Vem coisas boas.

E: Fala pra mim quais são estas coisas boas (sorri...)

M2: (Sorri) Vem assim... Que eu tenho uma esperança que eu tô curada, que eu estou bem... e que tudo isso que eu passei já ficou pra lá, já esqueci tudo... e que agora daqui pra frente vem coisas boas... que eu tô bem... que eu vou sarar e começar a trabalhar novamente.

E: O que a sua doença representa pra você hoje?

M2: Hoje.... o que ela representa pra mim.... Pra mim... agora não representa mais nada... eu acho que eu tô bem... o que eu já tinha que passa eu já passei mesmo. Depois que eu operei não representa nada.

E: Você ficou preocupada no começo do tratamento?

M2: Muito... muito... principalmente no dia que eu fiquei sabendo que eu tinha esta doença. Ai ela me deixou muito preocupada.... muito revoltada, sabe? Depois eu comecei a pensar... eu pensava até em me matar, sabe? Depois eu comecei a pensar que eu tenho meus filhos, eu ainda sou jovem, tenho muita coisa pela frente... meus filhos

precisam de mim. Então porque eu vou fazer isso? Não! porque eu vou pensar isso se eu posso me internar, operar e ficar boa. Eu conversei também bastante com a assistente social do meu trabalho, a psicóloga de lá, elas me deram a maior força e então eu esqueci tudo aquilo, mas no início eu fiquei muito apavorada sim.

E: Você primeiro foi atendida em B.?

M2: Eu passei por uns 3 médicos em B. Quando eles falavam lá que eu tinha que tirar o seio eu achava que não! Eu procurava outro médico, porque eu pensava que não ia ter necessidade de tirar o seio, achei que iria ter cura sem tirar o seio. Então, procurando outros médicos que eu encontrei o Dr. daqui que me deu a maior força. Ele me deu muita... muita força mesmo com ele eu me senti bem, tanto que com ele eu aceitei a cirurgia, ele conversou comigo e disse que meu problema era grave e então eu fiquei mais tranqüila com ele, porque com os outros eu não me senti bem.

E: Entendo... Então foi um choque muito grande pra você quando você ficou sabendo do diagnóstico. Esta doença representava o que pra você?

M2: Sei lá... esta doença representava pra mim uma coisa muito grave. Eu não esperava ter esta doença. É assim.... a gente vê nos outros e a gente acha que nunca vai acontecer com a gente... Então foi um choque muito grande.

E: É uma doença que pode acometer com todas as mulheres.

M2: Agora eu sei... mas eu sempre fui uma pessoa com muita saúde... nunca tive doença nenhuma, tive 7 filho, eu só ia para o hospital praticamente só pra ganhar meus filhos, nunca passei por nenhuma cirurgia grande, nunca tive outro tipo de doença. Então quando eu fiquei sabendo que eu tinha isso... eu me apavorei.

E: E hoje... como é tudo isso pra você?

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

M2: Hoje ainda... quando eu fico pensando um pouquinho... ainda representa que não é uma coisa boa.... mas não do mesmo jeito que eu pensei no início quando eu fiquei sabendo... Hoje eu já vejo de outra forma porque eu não sabia direito sobre a doença. Antigamente a gente encontrava com uma pessoa que comentava assim: “Ai esta doença é horrível!!!!” então eu ficava apavorada, eu não sabia muito sobre isso... então eu fiquei apavorada de saber.

E: E hoje como é que você lida com o momento que você está vivendo?

M2: Tento não pensar muito em coisa ruim... porque às vezes vem aqueles pensamento na cabeça da gente. Eu procuro isolar e esquecer aquilo. Na minha casa procuro sempre estar trabalhando, fazer uma coisinha na minha casa, porque agora eu estou afastada do serviço. Então eu procuro não pensar nela, porque tem dia... não sei se é por causa do que eu passei... que eu fico meio revoltada, tem dia que eu amanheço revoltada.

E: Revolta em relação a que? Por ter tido a doença?

M2: Não sei porque...tem dia que eu amanheço muito revoltada. Mas o dia que eu tô assim eu procuro fazer alguma coisa... às vezes sair... andar... dar uma volta.. conversar com alguém... ou com pessoas que passou a mesma coisa que eu. Porque onde que eu moro, de frente a minha casa, tem uma pessoa que passou pela mesma coisa que eu. Então às vezes eu vou conversar com ela e ai passa, eu esqueço e já volto ao normal, fico mais calma e assim vou levando a vida.

E: E a quimioterapia como foi pra você? Como foi fazer?

M2: A quimio foi horrível!!!

E: Está sendo ainda?

M2: Tá.

E: Desde a primeira aplicação?

M2: Horrível!!! Só de pensar me dá nervoso, ela dá nervoso, porque ela é horrível....porque ela judia. Eu fiz a última há quase um mês já e eu ainda sinto mal. Não sei se é porque eu

vim aqui hoje e sei que vou fazer.... ai é terrível!!!!

E: E sobre a queda do cabelo?

M2: Isso foi horrível também!!! Quando eu comecei a sentir que meus cabelos estavam caindo... isso me deixou muito apavorada. Ainda bem que eu trabalho no hospital e a turma que trabalha do meu lado... sempre dando aquela força, todo mundo dando força... então quando eles perceberam que eu estava apavorada por causa do cabelo o pessoal deu uma peruca e eu me senti muito bem... depois que eu botei a peruca passou tudo, acabou tudo aqui! Depois... teve uma festa lá no trabalho, eu me vesti de corintiana, apesar de não ser corintiana, eu fui de peruca, dancei, depois dei um show, tirei a peruca, foi a maior festa. Acabou todo o preconceito.

E: Preconceito de outras pessoas?

M2: Não, não ... meu preconceito, só meu.

E: Entendo.

Bloco 02: Saúde e Doença

E: M2, pra você o que é ser saudável?

M2: Ser saudável é ser assim.... ter uma vida saudável, sem.... ter o que eu tenho, sem ter uma doença. Eu acho que é isso.

E: M2, como é que você chegou a esta conclusão, do que é ser saudável? Foi sempre assim pra você... em toda sua vida?

M2: Pra mim sempre foi assim, né?

E: Esta definição de ser saudável tem a ver com você?

M2: Tem. Agora no momento eu tô me senti assim... saudável, mas antes não.

Bloco 03: Enfrentamento em outras situações estressantes

E: M2, você já viveu alguma experiência em sua vida que tenha sido tão marcante quanto a que você está vivendo neste momento?

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

M2: Eu acho que a que eu passei... que foi assim marcante... foi durante o tempo que eu fui casada com o meu marido. Essa foi uma experiência pior do que eu tô passando aqui. Porque ele me judiava... ele me batia... chegava bêbado, ele judia dos filhos e isso foi uma coisa que me marcou muito. Foi mais do que eu tô passando. Hoje eu ainda me sinto bem, junto com os meus filhos, tô tranqüila, sem preocupação, sem briga, sem aquele ambiente pesado que era durante o tempo que eu era casada com ele.... ele chegava bêbado, batia na gente, fazia aquele escândalo. Hoje não... eu tô junto com os meus filhos eu tô tranqüila. Meus filhos me dão a maior força.

E: Viver estes momentos difíceis com seu marido lhe ajuda de alguma forma a lidar com o momento atual?

M2: Ajuda muito porque eu já tinha passado por uma situação dura, entendeu? E como eu já tinha passado por esta situação dura com o meu marido... e se eu consegui sair... como eu não vou sair desta agora?

E: Naquela época você lidou como com a situação que envolvia seu marido?

M2: Eu fui assim.... lidando assim com paciência porque eu acho que eu tenho muito paciência, tive paciência com ele e com os meus filhos... fui até onde eu vi que dava e quando não deu mais parti para separação.

E: E com paciência você também lida com seu problema atual?

M2: É.... com muita paciência.

Bloco 04: Enfrentamento da Família e Apoio Social

E: Certo... M2, pensando nas pessoas com quem você convive, como você está percebendo que elas estão compreendendo este momento que você está vivendo? Seus filhos, amigos, pessoas que trabalham com você...

M2: Meus amigos, os meus filhos estão me tratando normal, como eles me tratavam antes. Quando eles estão junto comigo, na minha casa eles não vêm assim... “Ai

coitadinha como ela tá doente”. Só que tem uma coisa se eles vêem que eu tô fazendo alguma coisa que não pode, algum serviço... eles me dão conselho... ficam preocupados... mas me tratam normal, não me tratam como uma doente. Nem eu me considero uma doente.

E: Conversam sobre seu problema?

M2: Às vezes...às vezes... a gente conversa. Antes eu não gostava muito de falar sobre meu problema.

E: Antes da cirurgia?

M2: Antes e depois. Se por exemplo chegava alguma colega na minha casa eu não gostava não... ficava chateada, saía de casa. Agora eu não ligo não. Agora se tiver que ajudar uma outra pessoa que está passando pela situação que passei eu vou lá e converso e dou a maior força pra pessoa. Como já dei força aqui dentro deste hospital para uma pessoa que tava apavorada... de vez em quando eu vou até na casa dela, ajudar ela porque ela tá passando por uma situação bem pior que a minha.

E: Então... o fato de seus filhos e amigos lhe tratem como uma pessoa normal e não como uma pessoa doente lhe ajuda, você prefere assim?

M2: Me ajuda muito... eu gosto assim, isso ajuda muito.

E: Nessas últimas semanas como tem sido seu relacionamento em casa ou não? Com seus filhos, netos... amigas.

M2: Tudo bem. Minhas amigas vêm sempre na minha casa me visitar, às vezes eu vou lá no meu serviço conversar com elas, eles estão sempre ali juntinho... família, filhos, amigas do trabalho.

E: E suas atividades de casa como estão?

M2: Eu faço algumas coisas. Eu faço porque eu sempre fui uma pessoa que sempre trabalhou muito, eu não sou uma pessoa de ficar parada, eu me sinto mal se eu ficar parada sem fazer nada... Então eu gosto de sempre tá fazendo alguma coisa....

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

como eu tenho os netos lá junto comigo, eu gosto de ficar brincando com os netos, o que eu puder fazer eu vou fazendo, sabe? Às vezes minhas meninas me dão bronca porque eu vejo roupa suja e já vou pegando pra lavar e elas ficam bravas. Mas eu não sou de ficar parada... eu sou agitada.

Bloco 05: Corpo e Seio

E: M2, o que vem a sua cabeça quando eu falo a palavra corpo... de maneira geral.

M2: Corpo... Um corpo normal... saudável... que não falta nada como o meu que está faltando um seio.

E: Como você se sente em relação a retirada da mama M2?

M2: Sei lá... neste ponto assim... eu sinto em mim que tá faltando alguma coisa... que é o seio. Antes eu tinha um corpo bonito que não faltava nada, tudo completo. Hoje eu já não sinto assim... que tá faltando alguma coisa.

E: O que representa pra você os seios, os seus seios.

M2: Eu acho que os seios é tudo numa mulher. Eu não fiz plástica, nem nada, eu só tenho prótese de silicone, mas hoje eu não tenho coragem de botar uma camiseta, não boto um vestidinho, não ponho uma roupa transparente. Então eu acho que ele significa muita coisa pra gente... ele é tudo para uma mulher.

E: Sempre você pensou desta maneira?

M2: Sempre... sempre foi uma coisa muito importante pra mim, o seio. Eu acho o corpo da mulher muito bonito com o seio. Eu acho bonito você botar uma roupinha que você se sente bem, que você se acha bonita dentro daquela roupa. Eu sempre gostei de por aqueles vestidinhos sem manga, de alça. Hoje eu não me sinto bem. Agora eu só ando assim... com blusa mais fechada.

E: Você não usa porque as pessoas vão notar... ou porque você não se sente bem?

M2: Porque eu não me sinto bem... Também porque eu acho que as pessoas vão me

olhar.... mas se eu chegar a por um vestido decotado eu mesmo vou me sentir mal porque tá faltando alguma coisa... porque quando eu era solteira até há pouco tempo eu era muito vaidosa sobre isso e por isso que eu fiquei com esse preconceito.

Bloco 06: Expectativas Futuras e Avaliação da Entrevista

E: Entendo... M2, quais são suas expectativas para o futuro?

M2: Em breve terminar meu tratamento, quero voltar a trabalhar e continuar minha vida... curtir minha vida como antigamente.

E: M2, como você está se sentindo agora depois do que conversamos, depois desta entrevista?

M2: Eu estou me sentindo bem, porque eu pelo menos pude falar com alguém... contar o que eu tava sentindo.

E: Caso você queira conversar num outro momento sobre nossa entrevista, por favor, entre em contato com a secretária I. que nós marcaremos outro horário. Obrigada pela entrevista.

M2: De nada.

Entrevista 03 – M3

Idade: 43 anos

Escolaridade: 2º grau (curso de magistério, sem exercer profissão)

Profissão: professora (curso de magistério sem exercer profissão) / do lar

Religião: católica

Estado civil: casada

Filhos: 1 filho de 16 anos

Reside com: marido e filho

Renda Familiar: do marido

Acesso ao serviço de saúde: exames pelo SUS / cirurgia e consultas no particular

Diagnóstico: mama D (T3N2Mo - IIIA)

Início do Tratamento: dezembro de 1990

Tempo de exposição ao tratamento: 3 meses

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

Cirurgia: dezembro de 1990 (mama D/ mastectomia), 1993 retirada de um nódulo na mama E

Seqüência de tratamento: mama D (Mastectomia e Radioterapia)

Momento da entrevista: 5 anos e 5 meses após mastectomia, consulta de acompanhamento que é realizada de 6 em 6 meses

Bloco 01: Câncer e Enfrentamento

E: M3, com base nestas últimas quatro semanas de sua vida (um mês) o que vem à sua cabeça (em imagens e palavras) quando eu lhe pergunto sobre o problema que você teve, sobre a doença que você teve...

M3: Olha... eu... a imagem que eu tenho é que eu sempre agradeço à Deus que eu tô bem. Eu me sinto bem. Então... eu não sou uma pessoa revoltada porque eu tirei a mama, aceitei tudo numa boa. Eu faço natação, eu frequento piscina, ponho meu maiô, ponho uma roupa decotada sem manga, porque têm muitas que não aceitam, eu não, aceito numa boa. A imagem que me vem é essa que eu tô bem, que eu me sinto bem.

E: O que a doença representa pra você hoje, mesmo estando curada?

M3: Eu ainda tenho muito medo. Eu vejo assim a doença... não como uma nuvem preta, mas como uma bola preta, sabe? que eu procuro sobrar pra ela ir pra bem longe.

E: Desde o diagnóstico a doença é pra você esta bola preta?

M3: Sempre.

E: Como você vem lidando com esta representação da doença, que vem como uma bola preta, como uma coisa negativa, ruim?

M3: Eu procuro me distrair. Quando isso me vem à cabeça eu pego minha bolsinha me troco bem trocada e saio, vou passear. Eu vou andar pra esquecer, pra... eu não fico ali...sentada. Eu tenho medo... tem aquela bola preta, mas eu procuro soprar pra longe e então eu procuro sair, fazer algum serviço, pego a borracha e vou lavar a calçada porque

ali passa bastante gente, passa um e conversa, passa outro e conversa. É uma fuga, mas se você sentar e ficar ali pensando naquilo, você fica louca.

E: M3, como é que você chegou a esta conclusão de lidar com o problema?

M3: Eu achei assim.... ficando sentada, pensando... o problema iria virar como se fosse aquela planta parasita que dá numa árvore e vai matando aquela árvore, me matando. A planta parasita vai enraizando... que seria o medo... o medo vai me enraizando... eu não quero isso, eu quero levantar e seguir em frente, quero seguir a minha vida, quero viver.

E: M3, isso só hoje ou durante o tratamento?

M3: Olha! Isso é uma coisa muito interessante, porque enquanto eu tava mesmo com o problema eu não percebia nem as pessoas preocupadas em volta de mim. Eu pra mim eu tinha operado e já tinha sarado o problema. Eu não sabia que ainda tinha resultado de exame pra vir de outros tecidos que tinham tirado, que eu tinha ainda radioterapia pra fazer eu não sabia nada...

E: Você não tinha noção... foi tudo muito rápido pra você?

M3: Foi uma coisa bem rápida e como eu nunca tinha convivido com isso eu não sabia.

E: E depois de 3 anos foi descoberto outro nódulo?

M3: Ai, quando ele achou o outro nódulo também foi uma coisa muito rápida. Ele me telefonou dizendo que tinha dado uma dúvida no meu exame e que queria conversar comigo. Eu vim aqui e ele disse que teria que partir pra cirurgia. Eu falei: “e quando você me faz?”, e ele disse: “se você quiser amanhã!”, e eu disse “então é amanhã”. Só que aí como eu estava num acompanhamento bem rigoroso, eu tava indo de 4 em 4 meses, eu falei “poxa vida!” se for alguma coisa maligna vai tá

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

ali só, não vai ter tomado os outros órgãos. Então eu falei “não é tão grave”, e meu pensamento era esse. Então eu não me apavorei e vim numa boa.

E: M3, Como você se sente agindo e pensando desta maneira?

M3: Me sinto bem, me faz bem.

Bloco 02: Saúde e Doença

E: M3, o que pra você é ser saudável?

M3: Antes de tudo é cabeça, né? Pensamento positivo. Ter disposição pra viver, não é ficar sentada ali... eu não sou de ficar sentada... e deixar a vida passar. Depois da cirurgia eu fiquei mais ainda... se tem que fazer uma coisa e se dá pra fazer hoje, então vamos fazer hoje. Que nem às vezes um passeio, meu marido fala:

- Ah! essa vez nós não vamos.

- Mas porque nós não vamos? Porque você não quer ir ou porque não dá pra ir financeiramente?

- Ah! porque eu não quero ir, da outra vez nós vamos.

- Não! então nós vamos hoje, porque deixar pra amanhã? Se dá pra ir... e se é um passeio, porque se é uma coisa que você vai sofrer, então não. Se é um passeio que vai fazer bem, então não tem porque deixar... é o que eu quero saber fazer... é viver.

E: Isso, M3 é muito em função da experiência que você viveu?

M3: Foi.

E: Você teve medo de morrer?

M3: Eu tive sim.

E: Isso passou pela sua cabeça depois do diagnóstico, durante a cirurgia?

M3: É que nem o doutor J.R. perguntou pra mim... qual foi a sensação que você teve ao entrar no centro cirúrgico? Eu tive uma sensação de morte... porque eu pra mim tinha um me esperando assim... com os dois braços abertos. Só que eu entrei e pensei bem... que não era vez que eu vou, eu vou te vencer.

E: Então M3, pelo o que você relatou você não quer deixar de viver o presente e deixar pra depois o que pode ser vivido hoje, é isso? Em função da experiência que você viveu.

M3: Isso. Às vezes até mesmo comprar uma roupa, eu vejo uma roupa bonita na loja e penso: “Esse mês eu não posso vou deixar para o mês que vem. Ai eu chego em casa faço as minhas contas e vejo que dava pra comprar e compro”. Porque eu cheguei a conclusão que ninguém é imune a uma doença grave como esta, hoje você está bem e a amanhã pode não estar, então... Quer dizer... eu levantei e se não tivesse levantado? Quantas coisas que eu poderia ter feito e não fiz.

E: Isso tudo que você me falou você concluiu após a cirurgia?

M3: Depois da cirurgia, uma semana depois, nesta fase eu pra mim nada... parece que me deu um branco. Depois que o resultado do exame chegou e todos ficaram sabendo e ficaram contentes e que o médico falou que eu não precisava fazer a quimioterapia, aí que eu comecei a dar valor pra tudo. Puxa a vida, olha, eu me safei de muitas coisas piores, né?

E: Então M3, pra você ser saudável é principalmente estar com a cabeça boa e viver com prazer, fazendo coisas que lhe trazem satisfação. Sempre foi assim?

M3: Não, eu sempre fui muito negativa, achava que nada ia dar certo que eu não ia conseguir.

E: E hoje neste momento esta definição de ser saudável tem a ver com você?

M3: Eu estou me sentindo bem eu tô me sentindo saudável, só que a três anos atrás eu também tava me sentindo assim e na hora dos exames deu um nódulo, então vamos ver os resultados dos exames. Agora... a cabeça está bem.

Bloco 03: Enfrentamento em outras situações estressantes

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

E: M3, antes da experiência com câncer na mama, você passou por uma outra experiência tão marcante quanto esta?

M3: É... eu tive um aborto que eu senti bastante.

E: Quanto tempo antes do câncer?

M3: Olha... uns 10 anos antes do câncer e depois que eu engravidei do meu único filho.

E: Esta situação foi muito difícil pra você?

M3: Eu achei muito difícil. Ela me marcou bastante.

E: Como você lidou na época com esta situação?

M3: Até que eu enfrentei, né? Senti muito.

E: Foi de poucos meses?

M3: Foi de poucos.

E: A maneira que você lidou com aquela situação lhe ajudou de alguma forma a lidar com o câncer da mama?

M3: Não. Naquela época eu tinha outra maneira de pensar, eu era mais negativa, então me abateu mais e por isso me marcou.

E: Aquela situação lhe abateu mais?

M3: É, porque naquela época eu era muito dependente de marido e da mãe.

E: Dependia como?

M3: De uma ajuda, de uma palavra.

E: E com câncer da mama você se achou diferente?

M3: Eu me achei mais forte nesta situação.

Bloco 04: Enfrentamento da Família e Apoio Social

E: Pensando nas pessoas com quem você convive hoje, como é que você acha que eles compreendem o momento que você está vivendo? Depois de tudo...

M3: Olha... o marido é tipo assim... ele não é de ficar falando, ele tem uma cabeça, tudo, mas ele não é de ficar assim... eu não posso fazer o serviço pesado e então ele não fica falando "olha não faz isso", mas eu percebo que ele se preocupa. Agora, meu pai e minha

mãe são mais preocupados... eu venho fazer os exames e assim que eu chego em casa eles já querem saber o que deu, mas meu marido não.

E: Então esta demonstração mas clara de preocupação vem de seus pais? E de seu filho?

M3: Meu filho não pergunta nada, não tá nem aí (fala rindo).

E: M3, você e seu marido conversam sobre isso, sobre a doença?

M3: Conversamos.

E: E o que ele lhe passa e que você percebe....

M3: Ele passa sempre.... "você está bem, você não tem mais nada, você está curada".

E: E isso lhe ajuda de alguma maneira a lidar com a situação?

M3: Ajuda.

E: E com relação a atitude de seus pais?

M3: Ajuda também.

E: M3, nestas últimas semanas como tem sido o seu relacionamento familiar, com marido, filhos, parentes e amigos e colegas?

M3: Olha... em casa é assim... é a cabeça e eu procuro levar tudo numa boa, mas quando eu tenho vir pra fazer os exames e a consulta eu fico nervosa, eu fico preocupada e daí eu já mudo um pouco e fico brava e por qualquer coisinha eu já... mas com os outros tudo bem!

E: E em relação a equipe aqui do hospital? Relacionamento com as pessoas daqui.

M3: Eu gosto daqui, do atendimento e tudo. Demais.

E: E sobre suas atividades diárias como estão?

M3: Continuam todas normais.

Bloco 05: Corpo e Seio

E: M3, o que vem à sua cabeça quando eu falo a palavra corpo?

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

M3: Bom, eu acho que em uma mulher o corpo é tudo (risos). Quando uma mulher é relaxada, com o corpo desproporcional, parece que nem ninguém nota ou então notam pra criticar. Agora se já passa uma mulher com o corpinho ajeitadinho, todo mundo olha e parece que ela é até mais querida.

E: Foi sempre assim pra você? Como você chegou a esta conclusão?

M3: Eu sempre pensei assim.

E: M3, o que vem à sua cabeça quando eu falo a palavra seio.

M3: Olha... me tirou um e não me fez falta. Hoje eu poderia fazer reconstituição e eu não quero fazer. Porque eu me sinto bem assim. Em casa eu não tenho vergonha de marido e de filho, como eu te falei eu vou à natação, vou a uma academia, eu tomo banho, eu me troco na frente das amigas, não me escondo a não ser que tenha uma criança perto, aí a gente evita, mas não por vergonha... é pra não deixar a criança ver, porque não é uma cena bonita... porque por exemplo sou uma mulher que tenho bastante com uma mama só.

E: M3, o que representa os seios pra você... hoje e antes da cirurgia.

M3: Eu nunca dei muito valor... porque meu filho eu pouco amamenteei. Eu nunca parei pra pensar nisso. Eu me preocupo com o corpo no geral. Procuro me manter na linha. O seio é bonito e também é importante pra amamentação.

E: Sempre foi assim?

M3: É, mas hoje não me incomoda não ter um deles.

Bloco 06: Expectativas Futuras e Avaliação da Entrevista

E: M3, quais são suas expectativas para o futuro... daqui pra frente.

M3: Eu quero viver a cada minuto. Não quero deixar nada... o que eu puder fazer hoje eu faço.

E: Como é que fazer esta entrevista? Falar sobre o que conversamos?

M3: Olha... Eu nunca tive problema nenhum em comentar com as pessoas sobre isso. Sabe, às vezes tem muitas pessoas que me procuram pra conversar. Eu tenho uma amiga que eu conheci aqui no hospital, ela mora em Lins e ela tirou um quadrante da mama há três anos atrás e agora na mesma mama eles acharam um outro tumor e ela vai ter que partir para a mastectomia total, só que ela ficou desesperada e ainda está. Quando ela telefona, nós ficamos 40 minutos no telefone. Ela fala: "eu gosto de conversar com você M3 porque você não é negativa e procura levantar a gente". Eu acho que é porque eu me sinto bem, eu tô bem.

E: E como é foram as perguntadas que eu lhe fiz? Foram invasivas?

M3: Não, não.... foram boas.

Entrevista 04- M4

Idade: 37a

Escolaridade: segundo colegial

Profissão: secretária em um hospital

Religião: católica

Estado civil: casada

Filhos: uma menina de 16a e um menino de 14a

Reside com: marido e os dois filhos

Renda familiar: M4 e marido

Acesso ao serviço de saúde: SUS

Diagnóstico: CA mama E (T2 No Mo - IIA)

Início do tratamento: abril de 1996

Tempo de exposição ao tratamento: 1 mês

Seqüência de procedimentos terapêuticos aplicados: aplicações de quimioterapia neoadjuvante

Momento da entrevista: retorno para 2ª aplicação de quimioterapia neoadjuvante (FEC- Krytil)

E: M4, antes de você vir para cá você foi consultada em sua cidade?

M4: Há um ano atrás eu descobri um carocinho no seio e fui procurar um médico, ele disse que não era nada.

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

Procurei outro e ele disse também que não era nada. Fiz mamografia e o radiologista disse que não era nada, fiz um ultra-som e também não deu nada. Ai, depois eu pedi que fizessem uma biópsia porque não sumia, né? Não doía nem nada, mas para mim era uma coisa que não era normal. Ai, ele fez, porque eu pedi, e o resultado foi positivo, tinha dado carcinoma. No mesmo dia fui encaminhada para cá.

E: Então você ficou sabendo do diagnóstico de seu problema sua cidade e então você veio para cá?

M4: Isto. Por telefone já me passaram os nomes de todos os exames que eles iam precisar, daí eu fiz tudo lá e trouxe pronto para cá. Daí, ele começou o tratamento no mesmo dia (primeira aplicação de quimio).

Bloco 01: Câncer e Enfrentamento

E: Certo M4, eu gostaria que você, agora, pensando nessas últimas quatro semanas de sua vida, neste último mês, dissesse pra mim, o que vem à sua cabeça, em imagens e palavras, quando eu lhe pergunto sobre sua doença, sobre seu problema...

M4: Hoje eu tô mais conformada. No começo sempre é um “baque”, né?, quando você fica sabendo, porque eu acho ninguém aceita este tipo de doença, né? Depois não, eu vim aqui me consultei, e eu vi que... eu acho que o meu problema, às vezes, ainda tem jeito... tem muitos casos piores que agente viu aqui, né? que eu vi. E lá na minha cidade a gente também viu casos que não tem solução, né? Então eu acho que eu vou levar normal, você entendeu? Não penso muito, tô trabalhando, sabe? Levo uma vida normal. Não esquento minha cabeça com isto. Não fico preocupada, não fico pensando se vai dar certo o tratamento ou não vai. Eu estou fazendo com a esperança de que vai dar certo, né? Agora não fico pensando bobagem não! Eu acho que pra tudo tem jeito, né? Então vamos ver! (dá uma risada)

E: (Sorri também) Então, M4 quando eu lhe perguntei sobre sua doença, recapitulando,

você falou do “baque” do diagnóstico que foi muito difícil, mas ... e atualmente...?

M4: É... é difícil no primeiro impacto, porque eu acho que ninguém... nem em outras pessoas a gente não aceita este tipo de doença. Porque eu acho, que porque eu trabalho a muito tempo no hospital, então eu via muita gente com este tipo de doença, e eu nunca aceitei esta doença.

E: O que ela significava para você.

M4: Pra mim, assim, eu acho que era o fim da vida, sabe? Que não tinha solução pra nada e que você dali pra frente só ia sofrer. Eu sempre imaginei isto. Por que o final de uma doença desta é só sofrimento mesmo, tanto para família quanto para o paciente. Agora, eu acho que porque eu não tenho dor, posso trabalhar normal depois da biópsia... hoje eu aceito bem . Eu acho que aceitei melhor em mim do que em outras pessoas. Agora eu estou mais tranqüila.

E: Hum, Hum. M4 você já falou um pouco sobre como você está lidando com este momento “procura não pensar...”

M4: É... eu trabalho o dia todo, em casa sempre tem gente, nunca me deixam sozinha. Meu marido me dá muito apoio, tá ali perto de mim, a gente conversa muito sobre outras coisas, então eu não penso sobre este problema. Tá certo que a gente não esquece porque sempre vem um e comenta, vem outro e comenta, entendeu? Mas eu não fico preocupada, não estou com medo.

E: Hum, Hum. M4, como você chegou a esta maneira de lidar com a situação, com este momento?

M4: No começo eu fiquei muito abalada, comecei a entrar em depressão. Aí eu acordei! Uma hora assim, eu acordei. “Pera aí eu não estou morrendo, estou forte, tenho meus filhos, eu tenho meu marido, eu tenho meu serviço, né? Eu tenho mais é que viver e lutar para continuar vivendo”. Antes disso eu fiquei uns três dias assim, que eu não queria comer, só queria dormir, não queria conversar nem nada. De repente

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

eu acordei. “Ai meu Deus! tem tanta gente que quer levantar de uma cama e não pode, eu que posso vou ficar deitada? Não vou!” Ai deu um “estalo” em mim, levantei e pronto! Levei minha vida normal. Foi de repente eu dei uma pensada, “pera ai! eu não estou morrendo, ainda, né? Vamos viver enquanto tem tempo, né?”

E: Como você se sente pensando e agindo desta maneira, M4?

M4: Me sinto bem. Eu não me preocupo. Muita gente as vezes não gosta que se comenta, você entendeu?...este tipo de problema, mas qualquer pessoa que chega perto de mim e pergunta eu converso numa boa, normal, como se qualquer uma gripe. Eu não deixo de falar, se perguntam eu conto como aconteceu, como é que foi e como está sendo, você entendeu? A única coisa que eu não gostei é que está caindo meu cabelo, o resto está numa boa.

Bloco 02: Saúde e doença

E: M4, fala pra mim o que é pra você ser saudável? Pra você!

M4: Eu acho que... eu não sei direito, nunca pensei sobre isto...

E: Se quiser pode pensar agora.

M4:Uma pessoa saudável come bem, dorme bem, não precisa ir em médico, não fica procurando médico. Vai muito da cabeça da gente também, este negócio de que eu tenho isto, eu vou ter aquilo... e tudo acontece. Eu não procuro pensar em doença. Eu acho que até hoje eu sou uma pessoa saudável, eu como bem, eu durmo bem, eu converso, eu brinco, eu dou risada, eu acho que eu sou uma pessoa saudável.

E: Então a definição que você deu do que é ser uma pessoa saudável: “dormir bem , comer bem, conversar, sorrir...” tem a ver com você?

M4: É. Eu faço o meu tratamento, mas não deixo de comer, de dormir, de trabalhar, de cuidar dos meus filhos, nem nada, eu acho

que eu sou uma pessoa saudável, e vai bem por aí.

E: Hum, Hum, entendo. Como você chegou a esta conclusão M4, do que é ser uma pessoa saudável.

M4: Acho que você não deve ficar encucando muito a vida, se entendeu? Deve levar a vida do jeito que ela vem. Se der para você ir empurrando, você vai empurrando.

E: E sempre foi assim?

M4: É. Eu acho que é isto ai, sempre achei isto.

Bloco 03: Enfrentamento em outras situações estressantes

E: M4, você já passou por alguma outra experiência que tenha sido tão marcante quanto esta?

M4: Eu tenho uma filha com problemas de hormônio e que faz tratamento em São Paulo. Ela não cresce, tem que tomar remédio para se desenvolver, tem problemas no ouvido, alguns tumorzinhos no ouvido. Já fez cirurgia, vai ter que fazer novamente. Eu acho que isto foi pior do que aconteceu comigo, porque com filho a gente sofre mais do que com a gente, né? Então a cirurgia dela... vai ter que fazer outra... isto me abala mais do que está acontecendo comigo.

E: Isto lhe preocupa muito, né?

M4: Bastante.

E: M4, como é que você está lidando com esta situação, com o problema de sua filha.

M4: Normal. Eu mesmo que levo no médico, não quero que ninguém acompanhe ela, eu mesmo vou. Vou para São Paulo, fui a semana passada, vou esta semana. Eu gosto de eu tomar a frente. Eu estou tratando dela como sempre tratei desde os cinco anos, e não vou parar tão cedo.

E: Hum, Hum... A experiência que você está passando com sua filha, lhe ajuda de

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

alguma maneira a lidar com o momento que você está vivendo atualmente?

M4: Por isso que eu não penso muito... eu me preocupo mais com ela do que comigo. Eu acho que eu...que a gente sabe o que está passando com a gente e com filho da gente, a gente só sabe quando ele fala. Então eu me preocupo mais com ela pra saber como ela vai reagir, porque ela também não aceita o problema dela, se entendeu? Então ela é revoltada, não sai de casa, isto já pesa mais... Eu procuro cuidar dela direitinho. E isto me ajudou muito porque se eu não tivesse outra coisa para pensar seria pior.

Bloco 04: Enfrentamento da família e Apoio Social

E: Entendo... M4 e com as pessoas com quem você convive, como é que elas estão vendo e compreendendo o seu momento... marido, filhos, pais, amigos...

M4: O meu marido não aceita este tipo de problema, mas ele me trata normal como antes, cê entendeu? Procura ficar sempre mais comigo, porque antes ele era sempre mais ausente. Hoje ele é mais companheiro, ficou mais apegado... e os filhos também.

E: O que seu marido não aceita M4?

M4: Ele acha assim... que eu não podia ter isto...que esta doença não é pra mim. Este tipo de coisa, tipo de tratamento, ele acha que eu não deveria passar por isto, mas todo mundo tá sujeito a passar por isto.

E: Ele não se conforma...

M4: Nem ele nem meus filhos. Eu é quem dou força para eles, porque se dependesse deles dá força pra mim, "tava ruim hem?" Porque eles ficam mais nervosos do que eu.

E: Você é quem acaba passando alguma tranquilidade para eles?

M4: Porque eu acho que se eu também ficar nervosa não vai resolver, porque ai então vão ser quatro que não vão conseguir resolver o problema. Não adianta ficar preocupada, já que tem o problema, vamos tratar, vamos fazer o que tem que fazer e viver normal

porque não adianta ficar encucando, ficar revoltado, ficar nervoso. Ele por exemplo não pode ver a médica que me tratou esse um ano. Ele já culpa ela pelo meu problema. Eu não, no começo eu fiquei revoltada com ela, cê entendeu? porque ela falava que não tinha nada, que não tinha nada. Mas meu Deus do céu! todo ser humano erra, todo mundo que é humano erra. Eu acho que eu não tenho que condenar ela, nem ninguém. O que eu tenho que passar ninguém vai passar por mim. Eu penso assim...mas ele não... ele ficou bem revoltado com ela, ele não pode nem ver ela na frente. Mas em casa, no nosso relacionamento, eu acho que serviu para unir a família.

E: A sua irmã está lhe acompanhando... parece uma pessoa próxima de você... ficou preocupada em lhe deixar sozinha para ser entrevistada. Como ela está compreendendo este momento de sua vida M4?

M4: Ela também não aceita minha doença. Nós somos muito unidas, somos em quatro irmãs e minha mãe também é viúva, então são cinco mulheres dentro de casa. O que um passa, todo mundo passa junto, a gente sempre foi assim. Elas também não aceitaram, elas também estão revoltadas como ele.

E: Do mesmo modo que seu marido?

M4: É.

E: A maneira como eles estão compreendendo este momento que você está vivendo, afeta positivamente ou negativamente no seu modo de lidar com a situação?

M4: Não afeta negativamente. Eles ficam falando assim... "Ah, se eu fosse você ia lá e falava para essa médica que ela errou..." Porque eles acham que tô tranquila, mas só da boca pra fora. Mas não é... é o que eu sinto, eu não tô pensando nisto, cê entendeu? Eu tenho que ter pensamento positivo e tenho. Eu não vou ficar condenando ninguém nem vou ficar

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

achando que vou morrer. Agora, eles falam... “você S1, você vai sarar”. Agora, eu não sei se no fundo no fundo eles realmente acreditam que isto vai acontecer. Então eles ficam muito preocupados, muito ali juntos, só que sempre criticando alguém, sempre culpando alguém. É eu acho que sempre quando acontece uma coisa ruim a primeira coisa é você culpar alguém, você não se conforma, e eles estão sempre culpando alguém... isto na minha família toda... minha mãe, minhas irmãs, meu marido... sempre culpando alguém. Agora eu graças a Deus não culpo ninguém.

E: Então M4, a maneira que eles estão reagindo a esta situação não lhe afeta de alguma maneira?

M4: Não. Eu procuro sempre mostrar pra eles que não tem nada a ver, procuro sempre conversar com eles pra ver se eles mudam de opinião, porque não vai resolver isto daí, só eles que vão ficar mais revoltados do que já estão, não vai resolver nada... não muda nada na minha cabeça.

E: Certo M4, nas últimas semanas como tem sido seu relacionamento com seu marido? Você colocou que ele mostra muita revolta com o que está acontecendo...

M4: Hoje a gente conversa bastante, antes a gente tinha as desavenças. Hoje não, a gente senta e conversa bastante, melhorou muito nosso relacionamento (Risada).

E: (Sorri) E com os filhos...

M4: Também melhorou... mais união.

E: Parentes, amigos...

M4: Tenho muitos amigos e não sabia que tinha tantos.

E: Colegas de trabalho...

M4: Todos são muito amigos.

E: Equipe de saúde aqui do hospital...

M4: Todos me dão muita força, muito apoio, o médico, os funcionários... todos procuram conversar comigo e me dar apoio... Eu não tenho nem um porquê de ficar com coisa na cabeça.

E: M4 e sobre suas atividades de trabalho, como estão?

M4: Estou trabalhando e quando venho fazer quimio não trabalho uns três, quatro dias depois, mas depois volto a trabalhar normalmente.

Bloco 05: Corpo e Seio

E: M4 você comentou que a única coisa que te incomodava neste momento era a queda do cabelo...

M4: É. O que me deixa mais nervosa foi cair meus cabelos. No dia da quimio eu não senti nada. Só no outro dia que eu não suportava cheiro de tempero. Agora, eu não consigo me imaginar sem cabelo. Eu sempre fui uma pessoa que teve cabelo cumprido, faz pouco tempo que eu cortei meu cabelo. Eu nunca preendi nada no cabelo, sempre deixava ele solto, dai antes do tratamento cortei o cabelo e estranhei, agora eu acho um absurdo o tanto que cai. Fiquei muito brava, porque não é uma coisa normal.

E: Na verdade, é uma consequência do tratamento. É passageiro, voltará a crescer e enquanto isto você pode colocar, se sentir necessidade, com muitas pessoas, um turbante, um lenço, ou mesmo peruca.

M4: Eu prefiro o turbante. Eu acho que eu não aceito muito por causa do meu serviço, do meu trabalho. Não porque eles vão saber o que eu tenho, porque eu conto e converso sobre isto. Mas porque sempre tem um que “tira sarro e ri”.

E: Hum, Hum, entendo. M4, o que vem a sua cabeça quando eu falo a palavra corpo.

M4: Eu acho que você quer saber sobre a cirurgia que eu vou fazer.

E: Se você associou a pergunta a cirurgia, fale sobre isso.

M4: Eu acho que por enquanto eu estou aceitando numa boa. O médico disse que eu não vou tirar a mama toda, eu vou tirar parte dela. Sei lá por enquanto eu estou aceitando, não sei se vou aceitar depois, cê

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

entendeu? Porque tirar um pedaço de uma coisa que você nasceu com ela, não sei que reação que eu vou ter depois da cirurgia, depois que eu olhar no espelho.

E: M4, e sobre o significado do seu corpo pra você?

M4: Pra mim ele é muito importante. Eu gosto muito do meu corpo e tirar um pedaço dele vai ficar faltando alguma coisa pra mim.

E: Seu corpo foi sempre algo importante pra você?

M4: Sempre foi assim. Desde pequena eu sempre gostei muito de me cuidar, gostava sempre de ficar em forma, fazendo caminhada, fazendo ginástica.

E: Hum, Hum... M4, e o que vem a sua cabeça quando eu falo a palavra seio. Qual o significado disso para você.

M4: Pra mim é uma coisa assim.... você nasceu com isto aí, e ficar sem não é legal.

E: E o significado pra você desta parte do seu corpo.

M4: Eu sei que muita gente fala assim... “o seio só tem uma utilidade... que é quando você amamenta”. Não é o meu caso porque meus filhos já estão criados e não vou amamentar mais. Mas é uma parte do meu corpo que eu gostaria de ficar com ela para sempre.

E: Então pra você M4, os seios não tem apenas a função de amamentar, certo?

M4: É. É uma parte importante do corpo da mulher.

E: E foi sempre assim, antes de casar, ter filhos...

M4: Foi. Eu sempre pensei assim... “quando os meus seios começarem a não ficar legal, eu vou fazer uma plástica”, sempre me preocupei muito com isso. Mas sei lá! a gente tem que passar por tanta coisa, eu não sei como vou reagir depois (referindo-se a doença e a cirurgia).

Bloco 06: Expectativas Futuras e Avaliação da Entrevista

E: M4, fala um pouco pra mim de suas expectativas futuras, daqui pra frente...

M4: Eu estou em tratamento, espero sair daqui curada, né? e mesmo sem um parte do seio quero sair daqui curada e depois futuramente se der pra mim fazer uma cirurgia corretiva, sei lá...

E: Hum, Hum... Parece que você quer pensar sobre isto mais pra frente... para o futuro.

M4: É. Agora eu quero ficar curada com o tratamento.

E: M4, pra finalizar nossa entrevista. Conta pra mim como é que você está se sentindo agora, a respeito de tudo que falamos aqui.

M4: Foi bom. Eu nunca escondi de ninguém como eu me sinto. É bom falar, a gente fica mais aliviada sempre falando, né? com algumas pessoas.

E: E sobre as perguntas... você achou que elas foram invasivas... teve alguma que você se sentiu incomodada em responder.. como é que foi?

M4: Foi tranquilo. Nada que eu não quisesse responder.

E: Que bom! Obrigada. Se mais tarde, na sua casa, você tiver alguma dúvida a respeito desta entrevista ou a respeito do que conversamos... você pode telefonar pra mim ou deixar recado com a secretária I., que ela entrará em contato comigo. Tudo Bem?

M4: Tudo.

¹ Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

Anexo 10 - Plano de Ensino

Quarto Encontro “Identidade Profissional”

Universidade Estadual Paulista (Unesp) –Bauru / Centro de Psicologia Aplicada

Formação continuada de profissionais da saúde – Interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama

Objetivo geral: Proporcionar condições para que os participantes possam identificar e avaliar suas características pessoais e profissionais em diferentes contextos

ETAPAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMENTOS	INSTRUMENTOS E MATERIAIS	AValiação	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Discutir e avaliar os resultados do encontro anterior	Apresentar os dados de avaliação do encontro anterior e solicitar que os participantes manifestem suas opiniões a respeito	Dados da avaliação feita pelos participantes Folha de registro do encontro anterior	Observação da participação dos membros do grupo nas atividades propostas	15 min
	Apresentar e discutir com os participantes elementos de conhecimento teórico sobre a formação da identidade, em especial da identidade do profissional da saúde	Solicitar que os participantes expressem suas opiniões a respeito da formação da identidade do profissional da saúde	Perguntas de orientação: Na sua opinião, em que se constitui a identidade de uma pessoa? Como ela se forma?		20 min
DESENVOLVIMENTO	Proporcionar um momento de autoconhecimento e conhecimento do outro, por meio da identificação, descrição e manifestação pública de características pessoais e profissionais que compõem a identidade dos participantes	Proposição de duas atividades baseadas em técnicas de dinâmicas de grupo: Auto-retrato (1) e Painel das atividades profissionais (2)			30 min
					30 min
					15 min
CONCLUSÃO	Estimular tomada de consciência da trajetória de vida pessoal e profissional dos participantes	Aplicação da técnica de relaxamento	Folha de registro com o texto que será narrado Aparelho de som e CDs		20 min
	Coletar informações que possam servir de para uma avaliação do encontro	Solicitar que os participantes retomem os objetivos do encontro e avaliem se estes foram atingidos	Instruções para avaliação do encontro (3)	15 min	

(1) Em uma folha sulfite em branco os participantes desenharem um corpo humano (com cabeça e membros). Da cabeça de todos os desenhos sairá um balão no qual os participantes escreverão três idéias/pensamentos/attitudes que não irão se modificar ao longo do tempo; dos olhos, a sua melhor qualidade e o que gostaria de mudar em você; da boca, uma frase que disse e hoje se arrepende e outra que ainda gostaria de dizer; da mão direita, um sentimento disponível para oferecer; da mão esquerda uma necessidade em receber; do coração, o que mais valoriza na vida; do pé esquerdo, uma meta; do pé direito, os passos que dará para atingir esta meta. Em seguida, cada participante fará uma exposição de seus desenhos e uma discussão será coordenada, com o objetivo de síntese das características expostas que nos personalizam em contexto pessoal e profissional, em interação com o outro. (2) Os participantes receberão canetas hidrocor e uma folha sulfite em branco, dividida em quatro partes iguais. Os participantes deverão preencher cada quadrante com as seguintes instruções: 1) no quadrante superior à esquerda, escreva o que você faz e gosta de fazer; 2) no quadrante superior à direita, escreva o que você faz e não gosta de fazer; 3) no quadrante inferior à esquerda, escreva o que você não faz e gostaria de fazer; 4) e no quadrante inferior à direita, o que você não faz e não gostaria de fazer. Feito isso, cada participante fará uma exposição de seus quadros e uma discussão será coordenada com o objetivo de avaliar a proporcionalidade das atividades que produzem satisfação profissional e pessoal, bem como pensar em alternativas para maximizar atividades mais positivas. (3) Os procedimentos e técnicas utilizadas neste encontro proporcionaram um momento de reflexão e de autoconhecimento (pessoal e profissional)? O que foi mais significativo para você neste encontro?

ANEXO 10

Síntese do Quarto Encontro

Identidade Profissional

Objetivo deste encontro: proporcionar condições para que os participantes possam identificar características pessoais e profissionais que compõem sua identidade. Participaram deste encontro E1, F1, P1, C1 e C2 no grupo da manhã e A1, A2, E2, C1 e C2 no grupo da noite.

Após síntese do encontro anterior foram propostos dois exercícios. No primeiro exercício os participantes escreveram e avaliaram sobre valores pessoais, qualidades, dificuldades, planos de vida, enfim, elementos que pudessem representar características de sua identidade pessoal e profissional. A seguir seguem os dados referentes à dinâmica de grupo “Auto Retrato”.

1- Três idéias, pensamentos, atitudes que não irão se modificar ao longo do tempo

E1: *Deus é amor. Minha família é tudo. Amo viver a vida com quem quero bem.*

F1: *Necessidade de ter uma espiritualidade. A importância da estrutura familiar. Sinceridade, às vezes, excessiva, que choca.*

P1: *Amor pela profissão que escolhi. Fé nas possibilidades de soluções e melhoras. Lutar contra a dor, a violência e buscar a paz e harmonia psíquica e espiritual.*

A1: *Respeito, amor, apoio, humildade, compreensão.*

A2: *Caráter e esperança.*

E2: *Fé, caráter e franqueza.*

2- Sua melhor qualidade e o que gostaria de mudar em você

E1: *Coragem. Impaciência.*

F1: *Vontade de servir ao próximo. Dificuldade de relaxar.*

P1: *Acreditar, enxergar e valorizar a parte “boa” das pessoas. Disciplina.*

A1: *Humildade. Jeito brusco de falar.*

A2: *Franqueza. Orgulho.*

E2: *Honestidade. Não gostaria de absorver tantos problemas familiares e me angustiar por isso.*

3- Uma frase que disse e hoje se arrepende e outra que ainda gostaria de dizer

E1: *Eu não perdôo. Perdôo quantas vezes forem necessárias.*

F1: *Criticar o nosso país – não patriotismo. Como você é importante para mim, na minha vida.*

P1: *Nenhuma. Tudo bem, eu ainda agüento, espero.*

A1: *Eu sei que é terrível, mas é preciso aceitar. As pessoas nunca podem perder a esperança.*

A2: *Não tenho tempo agora. Você mudou...*

E2: *Não me lembro de algo que disse que me arrependi. Gostaria de contagiar as pessoas com o amor de Deus porque esse nos faz fortes e felizes.*

4- Um sentimento disponível para oferecer e uma necessidade em receber

E1: *Amor. Amor.*

F1: *Toque –carinho (que é meu instrumento de trabalho). Necessidade em receber amor e reconhecimento de minha família.*

P1: *Uma flor. Descanso e gargalhadas.*

A1: *Amor. Carinho.*

A2: *Amizade. Respeito.*

E2: *Amor. Amor*

5- O que mais valoriza na vida

E1: *Família.*

F1: *Meus filhos e minha saúde.*

P1: *Viver, crer e ter fé.*

A1: *Amor.*

A2: *Amor.*

E2: *Fidelidade e sinceridade*

6- Uma meta e os passos que dará para atingir esta meta

E1: *Servir à Deus e ao próximo Através do meu trabalho.*

F1: *Ser feliz. Amar e ser amada Respeitar Realizar-se profissional mente e buscar paz interior.*

P1: *Tornar-se uma pessoa consciente, desenvolvida, ter paz, alegria, saúde, amor Buscar aprimoramento profissional, pessoal e espiritual para viver.*

A1: *O auxílio a quem necessita. Descobrir (investigar), conhecer melhor os recursos disponíveis, orientar, conscientizar, apoiar, incentivar.*

A2: *Trabalhar em um só lugar. Apresentar propostas mostrando o trabalho que pode ser realizado se tivéssemos mais tempo na unidade.*

E2: *Trabalhar até 60 anos com saúde e executando um bom trabalho.*

De modo geral, em relação ao primeiro exercício, os participantes relataram como principal objetivo de vida: o desenvolvimento pessoal, relacionado ao trabalho em prol das outras pessoas; valores pessoais e profissionais, tais como o amor, o respeito pelo outro, o amor pela família, a seriedade e responsabilidade profissional foram providos por práticas religiosas ou crenças espirituais.

No segundo exercício foi solicitado aos participantes descrevessem o que atualmente faziam em seu trabalho que gostavam, o que não faziam mas gostariam de fazer, o que faziam mas não gostavam de fazer e o que não faziam e tampouco gostariam de fazer.

1. O que eu faço e gosto de fazer?

E1- Dar palestras, fazer orientações, enfim trabalhar com questões de prevenção.

F1- Exercer a fisioterapia (ortopedia, neurologia adulto/infantil e Ginecologia/Obstetrícia), pelo contato com o paciente. Ser docente e gosto de pesquisar.

P1- Ser psicóloga e trabalhar com adultos.

A1- Gosto de conversar com os meus pacientes. Gosto de orientá-los, porque eu tenho paciência de explicar sobre os exames, onde tem que ser feito, o que vai acontecer com ele... Porque eu acho que se faz a pessoa sofrer muito por uma má orientação, informação. Agora, se você dá aquela informação de maneira carinhosa, com jeitinho, você vai fazer uma pessoa feliz, porque ela vai ganhar tempo. Quando eu faço isso me satisfaz, porque eu estou sendo útil.

A2- Buscar recursos para o paciente fora da Secretaria do Município, não gosto de ficar muito na dependência da Secretaria porque ela falha.

E2- Gosto de ter contato com as pessoas e orientá-las.

2. O que eu faço e não gosto de fazer?

E1- Não tem nada!

F1- Aplicar e corrigir provas; fazer prática respiratória em crianças com "doenças respiratórias".

P1- Resolver assuntos burocráticos do meu local de trabalho; fazer anotações durante às sessões; trabalhar algumas vezes por semana após as 19 horas, por impossibilidade de agendamento do cliente; trabalhar somente dentro do consultório por não fazer o trabalho com o social diretamente.

A1- Preencher papéis e trabalhar em campanhas relâmpagos que a secretaria nos obriga para cumprir seu papel educativo, mas que não funcionam, por exemplo, o dia nacional contra o tabagismo. Então, neste dia a gente enfeita a unidade com um monte de cartaz, distribui panfleto, conversa com os pacientes na sala de espera e no outro dia, desmonta o circo.

A2- Distribuir passes e atender em sala que não ofereça privacidade para o paciente.

E2- A parte burocrática do trabalho (preencher papéis).

3. O que você não faz e gostaria de fazer?

E1- Gostaria de trabalhar mais com prevenção, palestras, orientações, visitas!

F1- Exercer as atividades de fisioterápicas na rede pública de saúde, dando assistência à mulheres gestantes e pós-operadas da mama.

P1- Trabalhar com a psicologia social; trabalho em um hospital; trabalhar em equipe;

Trabalhar, com maior frequência com pacientes oncológicos.

A1- Atender somente pessoas com câncer. Voltar a trabalhar no SOPC (ganhando mais, é claro!)

A2- Eu gosto de fazer visitas domiciliares e hospitalares, mas eu faço menos do que gostaria de fazer.

E2- trabalhar em um serviço organizado, num ambiente agradável, de pessoas contentes com aquilo que fazem.

4. O que você não faz e não gostaria de fazer?

E1- Trabalhar em hospital, em situações de atendimentos emergenciais.

F1- Exercer a fisioterapia respiratória em ambiente de UTI.

***P1-** Não sei, já que não faço, não gostaria de fazer, não consigo pensar no momento o que poderia ser.*

***A1-** Visitar as famílias que perderam seus bebês (pesquisa de mortalidade materno-infantil).*

***A2-** Inscrever as pessoas ou dar benefícios sem nenhuma orientação. Não gosto de facilitar a vida do outro por facilitar... quando tenho que apoiar, apoio... quando tenho que puxar a orelha do paciente, também faço, é também minha função mostrar para ele que ele tem que agir diferente e não se acomodar.*

***E2-** Atender pacientes usuários e dependentes de drogas.*

Em relação aos dados obtidos, com a aplicação do segundo exercício, os participantes relataram sobre os aspectos positivos da profissão que escolheram e destacaram as dificuldades enfrentadas pela carência de recursos financeiros, que os impedem de atender plenamente às necessidades dos pacientes, principalmente dos que se utilizam do Sistema Único de Saúde.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Câmpus de Bauru
Faculdade de Ciências

Anexo 10 – Texto 2

Formação Continuada para profissionais da saúde: Interação profissional da saúde e mulheres com câncer da mama

IDENTIDADE PROFISSIONAL

*Em que se constitui a identidade de uma pessoa?
Como ela é construída?
Como se manifesta?*

Questões como "Quem sou eu?", "Por que cheguei a ser quem sou?" sugerem respostas que se referem a construção de nossa identidade.

A identidade pode ser concebida como um registro, uma marca personalizada, idiossincrática.

Inicialmente, a identidade revela-se enquanto superficialidade, algo imediato e imutável. Por exemplo, o nosso nome. Embora o nome seja apenas uma representação da nossa identidade, ele é considerado a própria identidade, de tal forma que o utilizamos como se ele fosse a única forma de nos identificarmos.

Essa discussão pode abordar um segundo aspecto para o estudo da identidade: a articulação entre diferença e igualdade. Ou seja, o nome, ao mesmo tempo em que nos iguala, diferencia-nos dos demais. Exemplificando melhor: através do sobrenome, identificamo-nos com os outros membros da família; e através do nome, diferenciamo-nos deles e de outros.

Partindo para a análise da atividade do indivíduo em relação à identidade, percebemos que "o indivíduo não mais é algo: ele é o que faz" (Ciampa, 1987, p. 135). Percebemos com isso que o indivíduo passa a se identificar não somente pelo nome, mas pela atividade que exerce (ou exerceu num determinado momento).

Sabemos que é através da atividade que o homem apreende a realidade externa (se apropriada da mesma/apropriação) ao mesmo tempo em que a transforma (que torna a

realidade seu objeto de ação/objetivação). Assim, podemos dizer que é através do que o indivíduo interage com o seu mundo, social e físico, que a identidade se define e se constitui.

É preciso atentar, contudo, para o fato de que a identidade não é algo *dado*, mais sim algo *dando-se*, algo construído, em contínuo processo. Então, não podemos dizer que alguém *é* enfermeiro, assistente social, psicólogo, médico, fisioterapeuta; o correto é que *está sendo* enfermeiro, assistente social, psicólogo, médico, fisioterapeuta..

Identidade é, portanto, temporal e histórica. Ou seja, a identidade vai além do produto final, ela envolve toda uma trajetória de interações estabelecidas ao longo da vida do indivíduo.

Segundo Ciampa (1987), os padrões de identidade são dados pela estrutura social. Isto significa que a posição de uma identidade refere-se ao processo em que dois objetos são relacionados, considerando-se um deles como o padrão que serve para identificar o outro.

Por exemplo: o profissional da saúde é profissional da saúde (ou está sendo) porque está atendendo, diagnosticando e tratando um paciente, tendo em vista os cursos que fez, suas concepções em relação à doença, ao doente e a sua própria prática profissional. Por outro lado, o paciente é paciente (ou está sendo) porque está sendo atendido e examinado pelo profissional da saúde, tendo em vista uma queixa, seu quadro clínico, suas práticas de saúde. Mas, e se o paciente for um profissional da saúde? Ele continua sendo um profissional ou passa a ser paciente? Ou ele é paciente e profissional ao mesmo tempo? Podemos dizer que, neste caso, passa a ser paciente; entretanto, quando estiver na posição de cuidador, examinador,... então torna-se profissional.

Sendo assim, a posição determina a existência concreta do homem e manifesta, em cada momento dessa existência, uma parte dele (homem) - embora ele seja uma totalidade. Parafraseando Ciampa (1987), é como se ele fosse o representante de si mesmo (papéis sociais).

Um conjunto de indivíduos forma, então, uma 'rede de representações'. As representações, por sua vez, são mantidas pela atividade de cada um e estruturam as relações sociais. "Assim, a identidade que se constitui no produto de um permanente processo de identificação aparece como um dado, e não como um dar-se constante, que expressa o movimento do social" (Ciampa, 1987, p. 171).

Retomando a questão da representação, podemos colocar que cada indivíduo é um representante de si mesmo através do desempenho de papéis decorrentes de sua posição em determinado momento histórico e em determinada estrutura social. Com isso, outras partes “contidas na (...) identidade pressuposta e re-posta” (Ciampa, 1987, p. 177) desse indivíduo não são reveladas.

O ‘representar’ é caracterizado por Ciampa (1987) com base em três aspectos: num primeiro momento, o homem como representante de si mesmo; num segundo momento, a representação a partir do “desempenho de papéis decorrentes de (...) posições” (p. 179); e por último, quando o homem repõe no presente o que tem sido, quando reitera a apresentação de si mesmo.

Essa diversidade de expressão na representação da identidade refere-se à própria caracterização dessa categoria, ou seja, ao seu caráter mutável.

Portanto, a definição ‘metamorfose’ da identidade “indica uma possibilidade e uma tendência” (Ciampa, 1987, p. 181). Isso porque o homem é um ser histórico e social, que traz consigo um conjunto de possibilidades e tendências concretizadas na materialidade da atividade e das relações sociais.

Além da perspectiva de Ciampa (1987) podemos em linhas gerais mencionar o que Moreno (1975) escreveu sobre a formação e expressão de nossa identidade.

Para Moreno (1975) nossa identidade possui matrizes de natureza fisiológica, psicológica e social, ressaltando sua base histórica. Para este autor, a história filo e ontogênica se transforma nas e pelas interações e interpretações do organismo humano em interação com seu ambiente. A identidade seria um tipo de placenta que nutre o desenvolvimento do feto em interação com o mundo.

Desta forma, a identidade do homem é concebida como um conjunto de papéis, que se integram, se interagem, se modificam ao longo de sua vida.

Segundo Moreno (1975) existem processos de desenvolvimento da identidade. Estes processos se estabelecem por meio de transações do "eu" com o "outro". São eles: a) processo eu-eu, pode ser considerado como um processo de auto-percepção, sem referenciais externos (momentos da primeira infância); processo eu-outro, pode ser também considerado como um processo de auto percepção, por meio do reconhecimento do outro (pessoas próximas, referenciais sociais); processo outro-eu, pode ser considerado um processo de auto percepção, por meio do colocar-se na posição do outro.

Estes processos são contínuos e constituem-se em exercícios de identificação, reconhecimento, mudança, aprendizagem, ou seja, de autoconhecimento. Autoconhecimento sobre o modo como sou e opero, ajo, atuo sobre meu mundo físico e social; identificando, reconhecendo meu modo de agir, meu modo de pensar, e de que maneira esse modo "de ser" tem efeito sobre as pessoas com quem convivo, além disso, de que maneira o modo de ser do outro tem efeito sobre mim.

A seguinte citação abaixo expressa a concepção de identidade do autor:

Um encontro de dois: olhos nos olhos, face a face. E quando estiveres perto, arrancar-te-ei os olhos e colocá-lo-ei no lugar dos meus; E arrancarei meus olhos para colocá-los no lugar dos teus; Então ver-te-ei com teus olhos e tu ver-me-ás com os meus.

J.L. Moreno

Questões de discussão:

1. *Quais os elementos, relacionados à história de vida e formação profissional, que poderiam estar influenciando na constituição da identidade do profissional da saúde?*
2. *Nós, profissionais da saúde estamos buscando nossa identidade, ou seja, nos conhecermos, nos reconhecer, conhecer o outro, colocar-se no lugar do outro? Isso é possível?*
3. *Quais são, se existem, os estigmas e estereótipos ligados a cada profissão? Quais são os exageros e equívocos ligados a cada profissão?*
4. *O que vem a cabeça quando você pensa em um médico, em um enfermeiro, em um psicólogo, em um fisioterapeuta, em um assistente social?*

Bibliografia

- BERVIQUE, J. A., MEDEIROS, E. P. G. *Profissões da saúde e reflexão filosófica*, Salusvita, v.1, p.55-61, 1982.
- CIAMPA, A. C. *A estória do Severino e a história da Severina – um Ensaio de Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense, 1987. 242p.
- CIAMPA, A. C. Identidade. In: LANE, S. T. M., CODO, W. (Org.) *Psicologia social – o homem em movimento*. 12ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p.58-75.
- MORENO, J. L. *Psicodrama*. São Paulo: (SP). Cultrix., 1975.

Material didático de uso exclusivo do curso "Formação continuada de profissionais da saúde: interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama" (fevereiro/março de 2001).

Anexo 10 – Texto 3

Formação Continuada para profissionais da saúde: Interação profissional da saúde e mulheres com câncer da mama

Atividade: Aplicação de uma técnica de relaxamento (Relaxamento indutivo - YOZO, R. Y. K. (1995) *100 jogos para grupos: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas*. São Paulo: (SP). Editora Ágora.)

Objetivo: Proporcionar um momento de reconhecimento e tomada de consciência da identidade pessoal e profissional dos participantes.

Texto

Procurem uma posição confortável na cadeira... e fechem os olhos.

De olhos fechados, preste atenção, por alguns segundos, em sua respiração.

Sinta-se acolhida(o)...

Este é um momento seu, que você reservou para pensar em você, para reconhecer-se... para perceber-se melhor.

Sinta-se acolhida(o)...

Sinta-se segura(o) para mergulhar em sentimentos... em emoções... em experiências vividas intensamente...

Sinta-se acolhida(o)...

Pense na primeira imagem que lhe vem à cabeça quando menina (criança)...

Pense no lugar onde mais gostava de estar, aproveitando o dia...

Pense nas pessoas que mais gostava de compartilhar estes momentos... seus sorrisos... suas histórias.

Sinta-se acolhida(o)...

Pense na menina (criança) que cresceu... nas mudanças de seu corpo... nos planos de vida que se fizeram quando você tornou-se mulher (homem/adulto)...

Pense nas pessoas que conheceu... que compartilharam de seus planos ... que você amou e ainda ama.

Sinta-se acolhida(o) ...

Pense em momentos que você precisou caminhar sozinha(o)... em pensamentos, em atitudes, em valores.

Pense nos sonhos que se realizaram...

Pense nas pessoas que caminharam discretamente ao seu lado...

Sinta-se acolhida(o)...

Pense nas opções desejadas... pense nas opções forçadas que você, somente você, soube acolher...

Pense no caminho que trilhou até hoje... talvez diferente... talvez semelhante ao caminho daqueles que você admirava e amava.

Sinta-se acolhida(o)...

Hoje... você... mulher adulta (homem adulto/adulto)... Com suas experiências... seus vínculos afetivos... seus planos... sua profissão... sua ideologia de vida... socializada... compartilhada e também particular.

Esta é a sua história...

Uma história constituída de fatos... de acontecimentos... de pessoas... de música... de natureza... de multidões... de cores... de cheiros... de encantos... de momentos bons... de momentos difíceis... de momentos valiosos que a tornam mais viva.

Esta é sua história...

Você foi quem a construiu e está construindo...

Você pode retomá-la a qualquer momento... Você pode fazer dela fonte de energia vital. Você pode recuperá-la a qualquer hora.

Está é a sua história... Sinta-se então, neste momento, plenamente acolhida(o) e consciente, capaz de identificar-se, reconhecer-se, reconhecer o outro, acolher-se e acolher outros.

Ainda de olhos fechados... Volte sua atenção para o ambiente desta sala, para a música que está tocando e para o grupo que formamos....

Assim que quiserem... abram os olhos.

Anexo 11 – Plano de Ensino

Quinto Encontro "Interação Profissional da Saúde e Paciente"

Universidade Estadual Paulista (Unesp) –Bauru / Centro de Psicologia Aplicada

Formação continuada de profissionais da saúde – Interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama

Objetivo geral: Apresentar e discutir sobre os diferentes comportamentos de profissionais da saúde em interação com a clientela atendida, bem como relacionar o modo como os profissionais vêm interagindo a elementos de contexto pessoal, acadêmico e profissional

ETAPAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMENTOS	INSTRUMENTOS E MATERIAIS	AValiação	DURAÇÃO	
INTRODUÇÃO	Discutir sobre os resultados do encontro anterior	Apresentar os dados de avaliação do encontro anterior e solicitar que os participantes manifestem suas opiniões	Dados registrados do Encontro anterior Folha de registro do encontro anterior	Observação da participação dos membros do grupo nas atividades propostas	15 min	
DESENVOLVIMENTO	Proporcionar condições para que os participantes possam identificar, descrever, analisar e manifestar publicamente seu modo de interação com a clientela atendida	Apresentar os dados da pesquisa – Etapa 1: fundamentação teórica, justificativa, objetivos, método, resultados e principais conclusões	Resumo do relatório final da pesquisa		Transparências	40 min
		Apresentar os principais posicionamentos observados de profissionais da saúde em interação com pacientes (Angerami-Camon, 1998)	Artigo de Angerami-Camon (1998)			30 min
		Solicitar que os participantes possam manifestar suas opiniões a respeito das categorias de posicionamento identificadas por Angerami-Camon	Questões que orientarão a discussão do artigo de Angerami-Camon (1)			60 min
CONCLUSÃO	Coletar informações que possam ser parâmetro de avaliação do encontro	Solicitar que os participantes respondam oralmente às questões de avaliação do encontro	1) Principais pontos de discussão deste encontro; 2) Contribuições para a prática profissional	Respostas às questões de avaliação	20 min	

(1) 1) Quais os ganhos positivos e negativos de cada modo de interação?; 2) Você poderia identificar, com base em sua experiência profissional, outras categorias de interação profissional-paciente?; 3) Após a apresentação das categorias observadas pelo autor, você se colocaria em alguma delas?; 4) A que você atribui cada posicionamento identificado pelo autor? quais elementos de contexto você poderia elencar, que possivelmente estariam relacionados ao estabelecimento dos modos de interação profissional-paciente observados pelo autor?

ANEXO 11

Síntese do Quinto Encontro

Interação Profissional da Saúde e Paciente

Objetivo deste encontro: apresentar e discutir os diferentes comportamentos de profissionais da saúde em interação com a clientela atendida, bem como relacionar o modo como os profissionais vêm interagindo a elementos de contexto pessoal, acadêmico e profissional. Participaram deste encontro E1, F1, M1, P1, C1 e C2 no grupo da manhã e A1, A2, E2 e C1 e C2 no grupo da noite.

Visando ilustrar o tema do encontro "Interação profissional da saúde e paciente" os participantes assistiram cenas do filme "Patch Adams: o amor é contagioso". O filme relata a história de Patch, um homem adulto que se interna num hospital psiquiátrico porque tinha idéias suicidas. Ao longo da interação com outros pacientes, percebe que pode ajudar as pessoas e escolhe ser médico para concretizar essa ajuda. O filme retrata muito bem a trajetória do estudante de medicina, mostrando claramente a formação teórico-técnica que lhe é oferecida. Na aula inaugural da faculdade, o reitor ostenta que o curso de medicina retirará dos alunos a humanidade e os transformará "*em algo melhor... vamos transformá-los em médicos*".

O filme também retrata a interação do profissional com a doença e não com a pessoa que está doente. Patch é um profissional que se envolve emocionalmente com o paciente e que busca a qualidade de vida do mesmo, por meio do riso, de uma canção e de uma conversa.

No final do filme, um colega de Patch apela para os seus conhecimentos diante de uma paciente que não queria comer. Ele (colega de Patch) afirma que é o melhor "diagnosticador" do hospital, mas lamenta com Patch, não conseguir convencer a paciente a comer: "*Patch, você tem um talento: sabe lidar com gente*".

Em relação ao tema do filme, que aborda essencialmente a interação profissional-

paciente, com base nos dados da pesquisa (Etapa 1) e em relação ao texto de Angerami-Camon (1998), de modo geral os participantes fizeram as seguintes constatações:

- Que as condições de trabalho impostas influenciam sobre o modo como cada profissional interage com sua clientela. Principalmente, no modo negativo, desumano, frio e essencialmente técnico;
- Que a universidade preocupa-se em formar o profissional para o mercado de trabalho consumidor de um produto, deixando o afeto interpessoal, em segundo plano;
- Que o avanço tecnológico é tão grande, a universidade fica tão preocupada em dar conta de garantir o conhecimento técnico e esquece de valorizar a parte humana, sentimental e afetiva;
- Que o afeto acaba aparecendo somente em contexto familiar – quando existe, e não no trabalho. Porém ressaltaram que não satisfaz viver este afeto nos finais de semana com a família, seria preciso estendê-lo para o contexto profissional.

As coordenadoras destacaram a fala do colega de Patch Adams: “você tem talento, você sabe lidar com gente?” questionando se este “talento” não poderia ser desenvolvido, promovido pelos cursos de formação. A formação de um profissional criativo e reflexivo sobre sua prática poderia contribuir para minimizar os problemas identificados na interação humana (profissional – paciente, profissional – profissional, profissional – instituição)?

Os participantes avaliaram que sim. No entanto, P1 buscou esclarecer que não devemos cair no cientificismo para resolver um problema existencial de angústia. A busca de um culpado, ou uma ciência culpada, não é a solução para os vazios e angústias do homem. P1 afirmou que enquanto colocarmos a culpa em uma ciência não nos comprometeremos enquanto indivíduo. Para M1 o objetivo de pesquisar significa buscar um método. M1 nega ser cartesiano, mas diz “pensar cientificamente”. Entretanto, ressaltou a ciência nem sempre tem respostas as nossas indagações.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Câmpus de Bauru
Faculdade de Ciências

Anexo 11

Apresentação da Primeira Etapa da Pesquisa: Entrevistas com os Profissionais da Saúde

INTERAÇÃO PROFISSIONAL DA SAÚDE E PACIENTE

INTRODUÇÃO

A temática interação profissional e paciente vem ganhando destaque na literatura nacional e estrangeira. Segundo estudiosos deste tema, a adesão do paciente ao tratamento, suas possibilidades de recuperação e de adaptação psicossocial estão relacionadas, dentre outros fatores, ao modo como o profissional interage com o paciente nos diferentes setores de atenção à saúde e em diferentes condições de tratamento (Angerami-Camon, 1998; Gimenes, 1994; Guerra, 1996; Mamede, 1991; Silva, 1996; Tironi & Valente, 1996). Sendo o câncer da mama uma ameaça à saúde pública mundial da mulher, ocupando o primeiro posto na categoria de incidência e o segundo de mortalidade desta população (Malzyner, et. al., 1997), além de ser um evento causador de grande impacto emocional nas pacientes acometidas pela enfermidade (Gimenes, 1986; Holland & Rowland, 1990; Petrilli, 2000; Sant'Anna, 1997; Wanderley, 1994), é imprescindível que o profissional da saúde tenha, além da competência técnica, competência interpessoal.

OBJETIVO

Diante do relevante papel do profissional da saúde, principalmente em interação com pacientes que são submetidos a tratamentos longos, invasivos e muitas vezes mutiladores, o presente estudo objetivou fazer uma análise de comportamentos de profissionais da saúde em interação com mulheres em tratamento do câncer da mama. Para tanto, esta pesquisa buscou, por meio do relato desses profissionais, identificar os comportamentos dos profissionais em interação com a clientela atendida e relacionar o modo como vêm interagindo a elementos de contexto pessoal/familiar e profissional.

MÉTODOS

1. Participantes

Participantes	Formação	Experiência
A1	Serviço Social	25 anos
A2	Serviço Social	06 anos
A3	Serviço Social	16 anos
E1	Enfermagem	07 anos
E2	Enfermagem	18 anos
E3	Enfermagem	06 anos
F1	Fisioterapia	16 anos
M1	Medicina	19 anos
M2	Medicina	08 anos
P1	Psicologia	04 anos

2. Local de coleta de dados: Local de trabalho dos participantes.

3. Procedimento de coleta de dados: carta convite e entrevista individual gravada.

4. Procedimento de análise dos dados:

4.1- Identificação, por meio do relato, das atitudes, pensamentos e sentimentos dos profissionais em interação com suas pacientes;

4.2- Identificação, descrição e análise do contexto histórico (pessoal e profissional) dos participantes, relacionando o modo como interagem com seus pacientes, em especial, com mulheres com câncer da mama.

RESULTADOS

A- Quem é o paciente?

“Alguém que precisa de ajuda, orientações” (A1, A2, A3, E1, E3, M1)

“Alguém que precisa ter muita calma, por fazer o tratamento no SUS” (E1)

“Ser humano que merece respeito, amor, solidariedade” (F1)

“Alguém que tem muita paciência, alguém vulnerável, mas consciente” (P1)

“Alguém normal” (M2)

“Cliente que quer conhecer sobre a doença, que exige qualidade, que tem consciência dos seus direitos e que participa do tratamento” (E2)

A- Elementos de contexto

1. Escolha e formação profissional

“Eu queria prestar serviço às pessoas; poder educar, orientar” (E1)

2. História de interação com pessoas com câncer ou outros problemas de saúde

“Eu sempre tive problema de saúde grave dentro de casa. Eu era filha única e minha mãe sempre foi uma pessoa muito doente (...) então, quando eu vejo saúde, eu entendo o que esteja acontecendo.” (A3)

3. Formação religiosa e participação em serviços comunitários

“Eu acredito que se o profissional não tiver uma estrutura embasada numa espiritualidade, ele não consegue se manter numa integridade pra tá passando isso pro paciente. Eu acho que a religião te embasa, de uma certa maneira, como ser humano, como pessoa” (F1)

B- Quem é o paciente com câncer da mama?

“Mulher arrimo de família, que enfrenta dificuldades para fazer o tratamento no SUS e que quer retornar logo ao trabalho para garantir o sustento dos filhos (A3)

“Mulher que sofre limitações, mutilações” (E3)

“Mulher que levou uma flechada” (P1)

“Alguém que vai sofrer muito” (F1)

“Alguém que tem uma doença curável, (...) que pode ter qualidade de vida e expectativa de vida” (M2)

B- Elementos de contexto

1. Visão que cada profissional tem sobre o câncer, o câncer da mama, a saúde e a doença

“... quando você fala em paciente com câncer da mama ou paciente com gripe, dá na mesma, a intenção é que ele viva com qualidade, tendo vontade de viver, tendo esperança de viver” (...)

“Eu acho que eu não consigo encarar (o câncer) como eu falei pra você. Se você falar pra mim que eu estou com uma pneumonia ou com um câncer, eu ia preferir ouvir que eu estava com pneumonia (risos).” (M2)

2. Clientela atendida

“Quando eu me lembro de uma mulher com câncer da mama, eu sempre me lembro da mulher que é arrimo de família, que ela não tem acesso... porque se ela tivesse dinheiro, acesso, ela teria um plano de saúde; então ela tem acesso ao SUS e no SUS ela tem problema.” (A3)

C- Quem o paciente difícil?

Aquele que apresenta dificuldade ou recusa o tratamento e/ou a doença (A2, A3, P1, E2, E3, M2) e requer mais atenção do profissional (A2, E2, M2)

Não existe (E1, F1, M1)

Pessoas humildes que têm dificuldade para entender as orientações. Embora exija mais do profissional, é mais gratificante atender esse tipo de paciente (A1)

C- Quem é o paciente ideal?

Aquele que faz, aceita e/ou participa do tratamento (A1, A3, F1, M2, P1)

Não existe (A2, E1, E3, M1)

“Aquele que entende as orientações e caminha com as próprias pernas” (A1)

“Nem sempre é aquele que aceita tudo, mas aquele de fácil trato - você conversa, ele escuta, você ouve” (E2)

C- Elemento de contexto

1. Formação profissional - ênfase no ‘curar’, em resolver a problemática do paciente.

2. Escolha profissional

“Eu queria prestar serviço às pessoas; poder educar, orientar” (E1)

“Eu tinha algumas curiosidades (...) eu me interessava muito pela parte técnica da Medicina” (M2)

3. Experiência profissional

“Eu aprendo a cada dia, não só com o paciente, mas eu aprendo com o aluno, que eu acho que isso é fruto do relacionamento. Pra mim, qualquer tipo de relacionamento é um desafio, é um eterno aprendizado” (F1)

“Você aprende com a equipe e com o paciente. Você atende melhor porque conhece mais e leva em consideração aspectos que antes não eram relevantes” (A1)

“Existem pacientes que ensinam muito, pacientes que estão preparados para a doença (principalmente os religiosos); então eles sabem lidar com a doença, mesmo na hora da morte. Tem pacientes que são lindos. Então, você aprende a ter humildade para aceitar as coisas, para lidar com a doença e até aceitar a dor. Você cresce nesse plano espiritual” (E2)

D- Aspectos gratificantes

Satisfação em ajudar, satisfação por estar ao lado do paciente num momento tão difícil como a doença, satisfação em interagir com sua clientela, satisfação em ver o crescimento das pessoas (A1, A3, E1, F1, M1, P 1)

Satisfação pelas amizades, carinho com os pacientes (E3, M1)

Satisfação por atender os pacientes de maneira agradável; satisfação em fazer uma cirurgia conservadora; aprendizado emocional (separação de questões pessoais e profissionais) (M2)

Satisfação pelo tipo de interação que estabelece com o paciente: considerar o paciente, passar as informações corretamente, não analisar e julgar (A2)

Crescimento proporcionado pela interação com pacientes (A2, A3, E2, F1, M1, P1)

D- Elementos de contexto

1. Clientela atendida

“Paciente de câncer é muito especial. Você tem que tratar com muito mais carinho, ouvir mais, conversar mais...”(E2)

2. Espiritualidade

“Eu aprendo a cada dia, não só com o paciente, mas eu aprendo com o aluno, que eu acho que isso é fruto do relacionamento. Pra im, qualquer tipo de relacionamento é um desafio, é um eterno aprendizado” (F1)

E- Aspectos difíceis

Lidar com a morte (A1, A2, A3, E3, M1, M2, P1)

Lidar com a não adesão do paciente ao tratamento (A1, A3, E3, M2)

Lidar com a paciente no momento pré e pós- cirúrgico (A1, E3, M2, P1)

Lidar com a paciente diante da quimioterapia (A1, A2, F1, M2)

Quando o profissional não consegue encaminhar o tratamento - deficiência do SUS (A2, E1, E2, M1, M2)

Lidar com pacientes que tenham características semelhantes as suas (mesma idade, filhos pequenos...) (A3)

Lidar com o paciente terminal quando a família não o aceita (E2)

E- Elemento de contexto

1. Dificuldade do ser humano em aceitar sua finitude

“Eu trabalho com perdas (...) E isso como ser humano é difícil pra gente. É muito difícil você estar com uma pessoa e ir perdendo” (A3)

2. Formação profissional - ênfase na cura da doença

“Como é difícil! (...) É difícil porque você fica sem muita coisa pra fazer” (M2)

“Quando você sai da faculdade, o conhecimento teórico, técnico, se você não tem todos ali na cabeça, na hora, você vai num livro, sempre encontra. Agora, depois que você saiu, onde você vai encontrar estrutura interna? Experiência para ver uma lágrima escorrer? Olha é uma coisa tão simples ver uma lágrima escorrer, mas é a coisa mais difícil de lidar porque não tem livro que diga que palavra usar nessa hora” (P1)

3. História de perdas na família

“...a perda da minha mãe. Muito difícil, muito difícil, porque eu sempre me julguei uma pessoa preparada e não consegui enxergar que ela estava morrendo” (A3)

4. Significado da mama

“Tirar o seio é terrível (...) Para a mulher, essa perda é muito traumatizante” (A1)

F- Atitudes e atividades desenvolvidas pelos profissionais em interação com o paciente

Investigação sobre as condições físicas, psíquicas, econômicas e/ou sociais (A1, A2, A3, E3, F1)

Cuida e/ou dá importância ao ambiente físico; prepara um ambiente “humanizador” (A3, E3, F1, P1)

Faz orientações sobre o tratamento médico (A1, A2, A3, E1, E2, E3, F1, M1)

Faz orientações sobre direitos do paciente (A1, A2, A3)

Realiza atividades com as pacientes com o objetivo de retornarem às AVDs (F1)

Reflete sobre a interação profissional e paciente; coloca-se na posição do paciente (F, M1)

Trabalha com a redefinição de papéis (mulher, esposa, mãe e ser social) (P1)

Procura saber se o paciente quer ou não saber sobre o seu diagnóstico (A3, E3, P1)

Comunica o diagnóstico através de “eufemismozinho” (M2)

Comunica o diagnóstico de acordo com “aquilo que você sente” do paciente (A3)

Decide, junto com o paciente, o melhor tratamento (M2)

Faz visitas domiciliares (A1, A2, A3, E1)

Acompanha a consulta médica (E1, E2)

Prepara a paciente para lidar melhor com os eventos estressantes do tratamento;

Incentiva, dá apoio ao paciente (TODOS)

Conscientização da família sobre o tratamento (participação e/ou orientações sobre o tratamento; limitações e possibilidades do paciente) (TODOS)

F- Elementos de contexto

1. Escolha e formação profissional;

“Eu gostei muito da área de Oncologia, porque o relacionamento médico-paciente é diferente, é difícil de descrever... Você sente que está fazendo alguma coisa pelo outro” (A3)

1. Experiência profissional

“Conforme os anos vão passando, a sua visão das pessoas vai aumentando (...) não só o físico, mas a forma dela viver, dela pensar” (E2)

“Eu acho que experiência de vida, ou prática de vida, eu acho fundamental pra um profissional (...) Uma das coisas que contribuiu extremamente pra minha formação profissional (...) foram os estágios extracurriculares.” (P1)

“Com o passar do tempo, você passa a ter assim, uma auto-confiança (...) Hoje é bem diferente (...) É prática do dia-a-dia.” (E3)

2. Clientela atendida

“Você tem que fazer por etapa, manda bilhetinho... Porque ele não tem condições de entender; são aquelas pessoas bem humildes mesmo” (A1)

3. Espiritualidade

“Se você é uma pessoa que não acredita em nada, que pensa que a vida é apenas uma sequência de fatos, o que você vai poder passar de bom para o paciente? (...) É preciso dar esperança, ver além...” (A2)

CONCLUSÃO

De maneira geral, pode-se constatar que os profissionais mantêm com sua clientela uma interação predominantemente de ajuda e de respeito pela dor e sofrimento dos pacientes, buscando conhecer as necessidades de cada um, nas diferentes situações que os envolvem.

Os principais elementos de contexto histórico, identificados e relacionados ao modo como os profissionais vêm interagindo com sua clientela foram: a) interação dos profissionais com pessoas com câncer ou outros problemas de saúde, religiosidade e escolha profissional; b) formação profissional, tempo de experiência profissional e tipo de clientela atendida.

Quatro categorias mais observadas por Angerami-Camon (1995), em relação ao posicionamento do profissional da saúde frente ao paciente e sua doença.

CALOSIDADE PROFISSIONAL: agrupa os comportamentos que evidenciam indiferença para a dor e para o sofrimento do paciente;

DISTANCIAMENTO CRÍTICO: agrupa os comportamentos que evidenciam distanciamento justificado para melhor compreender o problema, a queixa do paciente;

EMPATIA GENUÍNA: agrupa os comportamentos que se relacionam com seus pacientes sem restrições, explorando e conhecendo a privacidade do paciente (sua história, sua família, a história de sua queixa) e expondo a sua privacidade;

PROFISSIONALISMO AFETIVO: agrupa os comportamentos que evidenciam respeito pela dor e sofrimento do paciente, distanciamento crítico e envolvimento afetivo que beneficie o paciente, tais como expressar amabilidade, alegria, preocupação, entre outros afetos.

Bibliografia

- ANGERAMI-CAMON, V. A. Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. In ____ (org.) *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: (SP). Pioneiras, 1998, cap.3, p.41-60.
- ADAMS, P. *Patch Adams: o amor é contagioso*. Tradução Fabiana Colasanti. Rio de Janeiro: (RJ). Sextante, 1999.
- BIRD, B. *Conversando com o paciente*. São Paulo: Manole, 1978.
- MAMEDE, M. M. *Reabilitação de mastectomizadas: um novo enfoque assistencial*. Ribeirão Preto, 1991. 140p. Tese (Livre - Docência) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- MARSIGLIA, R. M. G. Unidades básicas em serviços em saúde, disponibilidade tecnológica e processos de trabalho e recursos humanos. In: GUIMARÃES, R., TAVARES, R. (Orgs.) *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abrasco/IMS.UERJ, 1994, p.213-24.
- MIRANDA, C. F., MIRANDA, M. L. *Construindo a relação de ajuda*. 10.ed. Belo Horizonte: Crescer, 1996. 261p.
- NUNES, C. H. P. Relação médico-paciente em cancerologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.29, n.3, p.199-202, 1980.
- PORRO, F. N. V. (Org.) Relación médico - paciente. In: _____. *Psicología médica*. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987, vol.II, p.9-25.
- SARANO, J. *O relacionamento com o paciente: dificuldades e perspectivas no relacionamento entre terapeutas e clientes*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1978.

ANEXO 11

Quinto Encontro Interação Profissional da Saúde e Paciente

Mensagem 2 - OS SONS FA FLORESTA

No século III d.C., o rei Ts'ao mandou seu filho, o príncipe T'ai ir estudar no templo com o grande mestre Pan Ku. O objetivo era preparar o príncipe, que iria suceder ao pai no trono, para ser um grande administrador. Quando o príncipe chegou ao templo, o mestre Pan Ku logo o mandou, sozinho, à floresta de Ming-Li. Ele deveria voltar um ano depois, com a tarefa de descrever os sons da floresta. Passado o prazo, T'ai retornou e Pan Ku lhe pediu para descrever os sons de tudo aquilo que tinha conseguido ouvir. "Mestre", disse o príncipe, "pude ouvir o canto dos cucos, o roçar das folhas, o alvoroço dos beija-flores, a brisa batendo suavemente na grama, o zumbido das abelhas e o barulho do vento cortando os céus". Quando T'ai terminou, o mestre mandou-o de volta à floresta para ouvir tudo o mais que fosse possível. T'ai ficou intrigado com a ordem do mestre. Ele já não tinha distinguido cada som da floresta? Por longos dias e noites o príncipe se sentou sozinho na floresta, ouvindo, ouvindo. Mas não conseguiu distinguir nada de novo além daqueles sons já mencionados ao mestre Pan Ku. Então, certa manhã, sentado entre as árvores da floresta, começou a discernir sons vagos, diferentes de tudo o que ouvira antes. Quanto mais atenção prestava, mas claros os sons se tornavam. Uma sensação de encantamento tomou conta do rapaz. "Esses devem ser os sons que o mestre queria que eu ouvisse", pensou. Sem pressa, o príncipe passou horas ali, ouvindo e ouvindo, pacientemente. Queria ter a certeza de que estava no caminho certo. Quanto T'ai retornou ao templo, o mestre lhe perguntou o que mais ele tinha conseguido ouvir. "Mestre", respondeu reverentemente o príncipe, "quando prestei mais atenção, pude ouvir o inaudível – o som das flores se abrindo, do sol aquecendo a terra e da grama bebendo o orvalho da manhã". O mestre acenou com a cabeça em sinal de aprovação. "Ouvir o inaudível é ter a disciplina necessária para se tornar um grande administrador", observou Pan Ku. "Apenas quando se aprende a ouvir o coração das pessoas, seus sentimentos mudos, os medos não confessados e as queixas silenciosas, um administrador pode inspirar confiança a seu povo, entender o que está errado e atender às reais necessidades dos cidadãos. A morte de um país começa quando os líderes ouvem apenas as palavras pronunciadas pela boca, sem mergulhar a fundo na alma das pessoas para ouvir seus sentimentos, desejos e opiniões reais".

Anexo 12 – Plano de Ensino

Sexto Encontro "O profissional da Saúde diante de Situações Estressantes"

Universidade Estadual Paulista (Unesp) –Bauru / Centro de Psicologia Aplicada

Formação continuada de profissionais da saúde – Interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama

Objetivo geral: 1) Apresentar e discutir sobre os diferentes comportamentos de profissionais da saúde diante de condições relatadas como estressantes (que representam ameaça, prejuízo e/ou desafio); 2) Relacionar o modo como os profissionais se comportam diante de condições estressantes a elementos de contexto pessoal, acadêmico e profissional; 3) Relacionar possíveis alternativas de enfrentamento diante de condições profissionais adversas.

ETAPAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMENTOS	INSTRUMENTOS E MATERIAIS	AValiação	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Discutir sobre os principais posicionamentos observados de profissionais da saúde em interação com pacientes (Angerami-Camon, 1998)	Solicitar que os participantes manifestem suas opiniões a respeito das categorias identificadas pelo autor	Resumo do artigo de Angerami-Camon, 1998 Slides	Observação da participação dos membros do grupo nas atividades propostas	30 min
DESENVOLVIMENTO	Proporcionar condições para que os participantes possam identificar e manifestar publicamente seus comportamentos (pensamentos, atitudes e sentimentos) em interação com situações estressantes do dia-a-dia de sua prática profissional	Solicitar que os participantes respondam a questões relacionadas a sua história de perdas	Questões (1) Slides		60 min
	Apresentar e discutir sobre o modo como nossa sociedade vem se comportando diante de eventos como a morte, doenças graves e perdas de uma maneira geral	Apresentar uma síntese dos textos da bibliografia que abordam a temática deste encontro	Resumo dos textos da Bibliografia do encontro Slides		60 min
CONCLUSÃO	Coletar informações que possam ser parâmetro de avaliação do encontro	Solicitar que os participantes respondam oralmente às questões de avaliação do encontro	Questões (2) Slides	Respostas às questões de avaliação	30 min

(1) 1) A primeira perda da qual eu me lembro foi...; 2) Eu tinha...anos; 3) Os sentimentos que eu me lembro que eu tive foram...; 4) A coisa que mais me lembro daquela experiência foi...; 5) Eu lidei com esta perda da seguinte maneira...; 6) Meu modo de lidar com perdas é...; 7) Eu sei que meu luto está resolvido quando...; 8) É adequado para mim dividir minhas próprias experiências de luto com um paciente quando...

(2) 1) Principais pontos de discussão deste encontro; 2) Contribuição para a prática profissional.

ANEXO 12

Síntese do Sexto Encontro

O profissional da Saúde diante de Situações Estressantes

Objetivo deste encontro: apresentar e discutir os diferentes comportamentos de profissionais da saúde diante de condições relatadas como estressantes (que representam ameaça, prejuízo e/ou desafio). Além disso, relacionar o modo como os profissionais se comportam diante de condições estressantes a elementos de contexto pessoal, acadêmico e profissional; e relacionar possíveis alternativas de enfrentamento diante de condições profissionais adversas. Participaram deste encontro E1, F1, M1, C1 e C2 no grupo da manhã e A2, E2, C1 e C2 no grupo da noite. P1 justificou ausência por problemas particulares.

Neste encontro foi possível refletir sobre a história de perdas pessoais, visto que esta discussão foi considerada importante para que o profissional possa lidar de maneira satisfatória com as dificuldades relacionadas à interação com pacientes com doenças graves.

Individualmente, os participantes responderam, por escrito e depois oralmente, às seguintes questões:

- *A primeira perda da qual eu me lembro foi...*
- *Eu tinha...anos*
- *Os sentimentos que eu me lembro que eu tive foram...*
- *A coisa que mais me lembro daquela experiência foi...*
- *Eu lidei com esta perda da seguinte maneira...*
- *Meu modo de lidar com perdas é...*
- *Eu sei que meu luto está resolvido quando...*
- *É adequado para mim dividir minhas próprias experiências de luto com um paciente quando...*

Depois cada participante expôs suas respostas, relatando inicialmente sobre os seguintes eventos.

E1: perda da mãe há três anos.

“Eu tinha 34 anos. Os sentimentos que eu me lembro foram saudade, sensação de vazio e dor. A coisa que eu mais me lembro naquele momento foi a despedida. Eu lidei com essa perda da seguinte maneira: eu procurei viver mais as coisas que ela me ensinou. Meu modo de lidar com as perdas é aprender com elas. Eu sei que o meu luto está resolvido quando eu consigo rever fotos, momentos, sem interrompê-los com choro e tristeza, só com saudade. É

adequado para mim dividir minhas próprias experiências de luto com os pacientes quando eu posso ajudá-lo”.

F1: perda de uma amiga quando tinha aproximadamente 14 anos.

“O sentimento que eu mais me lembro foi o medo mesmo, porque até então... eu acho que a morte é muito abafada, os adultos abafam muito a morte para a criança e o adolescente, e quando uma pessoa jovem tanto quanto eu morreu, isso me trouxe medo da morte. A coisa que eu mais me lembro daquela experiência foi assim, nítido, a doença aniquilando a vida dela como um todo – no contexto familiar, no contexto social. Eu lidei com esta perda... foram momentos: o primeiro, foi um choque, quando chegaram e falaram; o segundo momento foi a expressão de tristeza, o choro, toda aquela tristeza do momento; no terceiro momento, sentia falta, sentia ausência, não só a saudade como sentir falta – física e espiritual; não a falta da pessoa física, mas a falta espiritual que ela fazia; e o quarto momento quando você faz uma reflexão frente a morte, enxergando a morte não só como uma quebra do físico, da matéria, e sim como um seguimento ou uma possível outra vida. Demora um pouco chegar nessa fase. O meu modo de lidar com perdas é instável, depende tanto das pequenas mortes, como das mortes físicas. É instável, depende muito do contexto que a gente está vivendo naquela hora, no contexto que a gente está inserido – seja ele emocional ou não. Eu sei que o meu luto está resolvido quando eu consigo chegar neste 4 estágio, o quarto momento, que é o refletir sobre, sem deixar a emoção agir, quando eu consigo racionalizar um pouquinho sobre a morte. E é adequado para mim dividir as minhas próprias experiências de luto com o paciente só quando isso não interfere no tratamento dele, quando o que eu vou passar pra ele não interfere no tratamento que ele está esperando, que ele veio me procurar pra isso”.

M1: teve várias perdas, mas a mais significativa foi a de um tio.

“Ele era uma pessoa alegre, brincava comigo e ele morreu. Ele era diabético. E eu estava no primeiro ano de Medicina. Os sentimentos que eu lembro que eu tive foram angústia, tristeza, impotência. A coisa que eu mais me lembro foi no dia anterior à sua morte. Ele já estava dando sinais de que não estava bem, tudo bem e eu, estudante de Medicina, vi que ele não estava bem mesmo, mas eu falei “eu não sou médico”. E ele acabou morrendo no dia seguinte, na madrugada de Domingo para segunda-feira. O meu modo de lidar com perdas é da seguinte maneira: eu racionalizei: a morte faz parte da vida,... fugi mesmo da questão sentimental. Racionalizei que ele ia morrer, era uma perda muito grande pela pessoa que ele era, tinha família, tinha 3 filhos maravilhosos, um casamento super legal... eu me sentia plenamente integrado com ele. O meu modo de lidar com perdas atualmente é totalmente diferente: eu acho que toda e qualquer perda faz parte da vida, no sentido de que a vida é um permanente que se ganha e se perde, você aprende, e ganha sempre; então a perda, nunca é perda, é sempre ganho – é a minha forma de posicionar perante a vida e as pessoas. Eu sei quando o meu luto está resolvido quando, diferente de quando meu tio morreu e eu racionalizei... Então eu sei que o meu luto está resolvido quando eu me ateno ao presente, e quando eu estou em luto, eu estou em luto mesmo: estou lá pensando na pessoa, elaborando as coisas... Eu perdi recentemente o meu sogro, foi horrível! Eu já tenho todo um aparato emocional... Mas aí não existe aparato, é perda afetiva mesmo, é luto, é choro. Não houve um preparo. A morte anunciada é diferente. Não sei se existe algo científico, mas existe um período que você fica meio fechado, triste e isso

acontece. Agora tem uma coisa que eu acho que o sentimento de luto, assertivamente falando, é eternamente: você lembra da pessoa... só você sabe o quanto faz falta aquela pessoa e o que você está sentindo... só de você lembrar daquela sensação de perda, etc e tudo mais, isso é um sentimento de luto. É adequado dividir minhas próprias experiências de luto com o paciente quando... sim, eu divido com os meus pacientes quando compartilhar produza mudança de comportamento favorável ao paciente. É isso”.

E2: Quando sua irmã mudou-se para São Paulo.

"Eu citei uma perda que não foi de luto não. Eu quando era pequena morava numa cidade pequenininha e a minha irmã, a Segunda, sempre cuidou muito de mim, sabe aquela irmã que faz papel de mãe? Ela comprava as coisas pra mim, pegava o dinheiro dela para comprar um sapato, uma roupa pra mim. Então nós duas sempre fomos muito ligadas. Ai então ela quis ir para São Paulo para trabalhar. Quando ela foi embora, e agora? Ela atendia a todas minhas necessidades, até as de escola, era uma mãe pra mim. Eu fiquei muito triste, insegura. Eu precisava começar então a viver sozinha, eu era adolescente mas precisa procurar um emprego, meus pais eram pobres. Ai então eu fui à luta, eu estudava de manhã e a noite arrumei um emprego de auxiliar de dentista. Eu lidei desta forma, indo à luta e isso ficou resolvido pra mim quando eu consegui este equilíbrio de entender que ela realmente precisava ir para São Paulo trabalhar, fazer faculdade, e que eu não podia ser a sombra dela, ela não era a minha mãe e sim minha irmã, ela tinha que ter a vida dela e eu a minha. Agora dividir minha experiência com o paciente, eu faço isso sim, cito alguns casos... que aconteceram comigo ou na minha família, eu acho que isso serve para levantar o paciente, pra ele ver que não acontece só com ele, coisas chatas e desagradáveis, e que estas coisas passam porque são fases."

A1: Morte do avô

"Eu me lembro da minha primeira perda como algo que marcou muito em minha vida... foi a morte do meu avô. Eu tinha dez anos, eu era criança. O sentimento que eu me lembro... eu senti um vazio, e uma sensação de desânimo, o velório, aquela coisa toda. O que eu mais me lembro daquela experiência foi a despedida do corpo. Meu pai abraçou a gente em roda, todos de cabeça pra baixo e eu não consigo esquecer isso até hoje... o canto da sala... eu lembro disso até hoje. Como eu lidei com esta perda? Não sei eu era muito criança e o tempo passou e a gente acabou esquecendo. Algumas vezes eu cheguei na porta do quarto tentando ver o meu avó, o espírito de meu avó, eu queria ver meu avó de novo. Como eu lido com perdas de maneira geral? Eu costumo usar um ditado com três frases que me dão muita força, principalmente agora com a partida de minha filha para São Paulo e com rompimento do meu namoro: "Deus sabe o que faz. Cada um tem o que merece. E tudo tem a sua hora". Então não adianta a gente se descabelar, nada como o tempo. Quando eu sei que meu luto está resolvido? Quando a gente vai pensando cada vez menos naquilo. Agora tem um negócio assim eu que eu faço... quando era quero esquecer a pessoa eu destruo tudo que eu tenho dela. Então se a pessoa tinha isso que ela gostava eu tiro isso da minha frente, foto eu tiro, guardo... procuro não ver. Eu exponho minha experiência para o paciente sobre perdas quando eu sinto que ele precisa, se nossa conversa for tomando este rumo."

A2: Morte do pai.

"A primeira perda que eu lembro foi a morte do meu pai. Antes disso eu me lembro também que tivemos uma perda financeira, o meu pai foi avalista de um colega que não pagou a dívida e tivemos que até mudar de cidade. Pra mim esta mudança foi boa por que nós viemos morar aqui em Bauru onde meus avós moravam. Pra gente que era criança a gente levou numa boa mesmo mudando de uma casa bonita para uma casa feia de madeira. Agora perda mesmo foi a morte de meu pai, eu tinha dezoito anos. Eu fiquei triste porque eu não acreditava que ele fosse morrer, porque ele tinha um problema sério de saúde, então ele ficava um tempo em casa e outro no hospital. Então eu achei que fosse mais uma crise que ele iria para o hospital e iria voltar. A coisa que eu mais me lembro desta experiência foi a despedida. Meu pai passou muito mal e meu irmão mais velho foi chamado. Minha mãe arrumou as coisas dele e colocaram ele no carro e saíram. Eu vi tudo isso da janela da frente da casa. Isso sinto por não ter me despedido, mas isso pra gente era uma coisa que até era normal. Na verdade a gente não sabia, minha irmã e eu, da gravidade da doença do meu pai. Eu chorei pouco no velório, eu não acreditava naquilo, meus avós ainda eram vivos e não tinha vivido esta experiência. Primeiro eu não acreditei, depois de algum tempo você vai sentindo que realmente perdeu. Minha maneira de lidar com perdas, seja no trabalho, de pessoas, de coisas materiais, como por exemplo esta semana roubaram meu carro... é ficar revoltada. Depois eu choro, choro, choro e depois eu vou pensar no que fazer. Eu sei quando meu problema está resolvido quando eu posso falar no assunto sem chorar, rir um pouco da situação. Pra mim é adequado dividir minha experiência com o paciente quando eu avalio que aquilo vai de alguma forma ajudá-lo, se não eu não falo".

Após a realização da dinâmica uma síntese sobre a temática do encontro foi apresentada, com o objetivo de trazer a discussão sobre o modo como nossa sociedade vem se comportando diante de eventos como a morte, doenças graves e perdas de uma maneira geral (Texto 02, em anexo).

Após apresentação os participantes discutiram os diferentes posicionamentos dos profissionais, diante do paciente, apresentados por Angerami-Camon (1998).

Os participantes discutiram e concluíram, juntamente com as coordenadoras que:

- O "*distanciamento crítico*" é importante nos momentos mais difíceis para o paciente;
- O paciente sabe avaliar quando o profissional se posiciona com "calosidade" ou "distanciamento crítico".
- Os profissionais são formados para interagir com um organismo (biológico);
- A formação familiar e religiosa é atualmente determinante do modo como o profissional se relaciona com o paciente;
- Que os cursos de formação inicial e continuada são omissos na promoção e desenvolvimento de habilidades interpessoais dos alunos, incluindo, a discussão sobre o posicionamento do profissional diante da religiosidade do paciente.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Câmpus de Bauru
Faculdade de Ciências

Anexo 12 – Texto 4

O PROFISSIONAL DA SAÚDE DIANTE DE SITUAÇÕES ESTRESSANTES

Embora a morte, ou situações de perdas, de maneira geral, seja inerente à natureza humana, ela é negada e escondida pela nossa cultura ocidental calcada em valores sociais e econômicos de uma sociedade capitalista, que valoriza a vida baseada na produtividade do ser humano. Índices significativos, de 10% a 20% dos casos atendidos pelas clínicas de saúde mental apresentam que associado à doença pode-se constatar uma história de perda e luto "não resolvido" (Worden, 1998).

As pessoas atualmente procuram os profissionais da saúde para ajudá-las em seu luto. Esta demanda cresceu em função: 1) da consolidação da atuação do profissional da saúde; 2) da baixa participação da população em organizações religiosas, que ao longo da história serviram como rede de apoio às pessoas que sofreriam perdas; 3) no passado as famílias eram mais próximas, moravam em bairros próximos, ofereciam uma ligação coesa que ajudavam seus membros pertencentes a lidar com o luto, atualmente o sentimento de comunidade e de grupo familiar extensivo quase não existe, tão pouco a família está disponível para ajudar (compromissos com o trabalho e com a família nuclear).

O luto tem sido comparado à doença física. Profeta Isaías: “unide os de coração partido”. Tanto o luto quanto à doença física levam tempo para curar e incluem aspectos emocionais e físicos. O processo de luto é um assunto complexo e as pessoas vivenciam de diferentes maneiras.

Segundo Bowlby (em Worden, 1998) a perda tem sua importância em nossa vida porque existe o apego. Para falarmos de perdas precisamos descrever o que é o apego: maneira pela qual os seres humanos estabelecem fortes laços afetivos. O apego ocorre independente das necessidades biogênicas do indivíduo; os laços surgem de uma necessidade de segurança e de proteção. O comportamento de apego tem um valor de sobrevivência e este foi observado em todas os filhotes de mamíferos.

1.1. O luto do profissional da saúde

O aconselhamento do luto apresenta um desafio para o profissional da saúde, pois em situações de morte e perda ficamos muitas vezes impedidos de colocarmos em prática nossa função de ajudar o outro. Segundo Parkes (em Worden, 1998), a morte é relatada e vivida como uma experiência dolorosa e intensa. A dor é inevitável, visto que não podemos trazer o morto de volta. Deste modo, o enlutado não pode gratificar a pessoa que está tentando ajudá-lo demonstrando estar sendo ajudada.

No Brasil, podemos constatar que o profissional da saúde lida diariamente com situações estressantes, de luto. Ele vive a iminência de morte do paciente, vive em contato com a família do paciente diante da morte, com o momento pós-cirúrgico, com a não adesão do paciente ao tratamento e com o paciente diante da estrutura do sistema público de saúde.

A experiência do luto nos afeta, como conselheiros, de três modos: 1) nos torna conscientes de nossas próprias perdas (dos fatos e dos modos como enfrentamento nossos lutos); 2) traz à tona as próprias perdas temidas (filhos, marido...); 3) nos coloca em contato com nossa própria morte.

Importante que o conselheiro investigue sobre suas próprias histórias de perdas (programa de treinamento). Desta forma, o conselheiro pode ter uma clara noção dos tipos de recursos disponíveis para a pessoa enlutada, do que pode ajudá-la ou não, do que pode ser dito ou não. Importante reconhecer sobre o próprio modo de lidar com a perda e quanto isso pode afetar em sua intervenção de conselheiro.

O profissional da saúde também é conhecido por sua inabilidade de negociar sua própria ajuda. O trabalho em equipe pode ajudar em termos de encaminhamento, revezamento de casos (número limite de atendidos e de tipos de casos).

1.2. O papel do profissional da saúde diante do luto do paciente

1- Paciente que sofreu perdas (mutilações, perdas temporárias, morte de pessoas próximas):

Acompanhamento e aconselhamento durante as “quatro tarefas do processo de luto do paciente” (Worden, 1998)

Tarefa I: Aceitar a realidade da perda

Tarefa II: Expressar a dor da perda

Tarefa III: Ajustar-se à ausência da pessoa

Tarefa IV: Dar continuidade a sua vida

2- Paciente terminal (fora de possibilidades terapêuticas):

Acompanhamento e aconselhamento durante as as prováveis fases de “Negação”, “Raiva”, “Barganha”, “Depressão” e “Aceitação” de sua morte (Kübler Ross, 1969/1998)

1.3. As quatro tarefas no processo de luto

Tarefa I: Aceitar a realidade da perda

A primeira tarefa do processo de luto é o reconhecimento de que a pessoa está morta, de que se foi e não irá retornar. O processo de aceitação pode levar tempo, pois envolve além da aceitação intelectual/racional a aceitação emocional.

Exemplos de pessoas que se negam aceitar que a pessoa está morta: passam a reconhecê-la na rua; vêem na pessoa de um parente ou amigo; mumificam o corpo; tomam objetos pessoais do falecido como se fosse o mesmo. O processo de negação é concebido como natural nos primeiros dias e semanas após a perda. Os rituais tradicionais de luto (velório, funeral) ajudam as pessoas a aceitarem o fato.

Tarefa II: Para elaborar a dor da perda

Dificuldade de realização da Tarefa II, pois a sociedade sente-se desconfortável com a manifestação de “dor” da pessoa enlutada. Dar lugar ao luto é uma atitude tanto estigmatizada como mórbida, uma atitude não saudável e desmoralizante. A própria ação de um amigo é tomada uma distração, para que a pessoa de luto saia do mesmo (Geoffrey Corer, em Worden, 1998).

A negação desta tarefa consiste em não sentir. Normalmente as pessoas se negam a falar sobre o assunto, fazem viagens (cura geográfica), estimulam pensamentos prazerosos da pessoa que faleceu, idealizam o morto, evitam lembranças, fazem uso de álcool e drogas. Pode-se observar também, em casos extremos, a disforia e a euforia.

Segundo Bowlby (em Worden, 1998), as pessoas que sucumbem a dor do luto mais cedo ou mais tarde manifestam a depressão. Quanto mais tempo se sucumbe o sofrimento, mais difícil é resolvê-la depois, ou seja, lidar com ela, mesmo porque o apoio social que poderia estar mais disponível na época da perda, pode não estar presente na época atual (pessoas sensíveis à condição do enlutado).

Tarefa III: Ajustar-se a um ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu

Esta tarefa pode ser entendida como o perceber o que é viver sem a pessoa que faleceu. Muitas viúvas, via de regra, após três meses se deparam com o que é viver sem o marido... cuidar dos filhos, das finanças, da casa vazia. Estudos recentes apontam que as

peessoas que estruturam sua identidade a partir da identidade do parceiro ou de outros, quando estes morrem, sentem não só a perda de uma pessoa significativa, mas também a “perda de sua própria identidade”. Passam não só por uma redefinição de papéis, mas também por uma redefinição de identidade.

Tarefa IV: Reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e continuar a vida

Este reposicionar-se não significa esquecer. Esquecer a pessoa de valor que perdemos seria impossível, a não ser que acionássemos mecanismos de desligamento cognitivo, emocional, social que pudessem prejudicar nossa própria identidade (o ser e o estar presente consciente de nossa realidade, de nossa vida, nossas atitudes, pensamentos e sentimentos em interação com o mundo).

Volkan (em Worden, 1998), o luto termina quando a pessoa enlutada não tem mais necessidade exacerbada que evocar o falecido em seu dia-a-dia. A Tarefa IV é impedida por um apego ao passado que não a permite constituir novas relações, vínculos de afeto / de amor. Muitas vezes as pessoas enlutadas pensam que continuar amando é deixar de amar aquele que se foi.

1.4. Quando o processo de luto termina?

Fazer esta pergunta é como perguntar qual é altura mais alta. Difícil de se responder. Difícil é dizer se o luto termina após as quatro tarefas e quanto tempo isso demanda. Para muitas pessoas um ano, para outras, dois não é muito. Um sinal de luto terminado é quando a pessoa é capaz de falar do falecido sem sentir dor (física e emocional). A pessoa readquire interesse pela vida, sente-se mais esperançosa. Receber condolências com gratidão é um sinal de que o enlutado está elaborando o luto de maneira satisfatória. Para muitos autores o luto nunca termina, ele desaparece e reaparece com maior ou menor frequência. O luto é um processo longo e não irá culminar no estado anterior ao mesmo.

A tarefa do profissional da saúde não é convencer o enlutado a desistir de sua relação com a pessoa que morreu, mas a de ajudá-lo a encontrar um local adequado para o falecido em sua vida emocional, um local que irá capacitá-lo a continuar a viver bem no mundo.

Bibliografia

- KOVÁCS, M. J. O profissional da saúde em face da morte. In: OLIVEIRA, M. F. P., ISMAEL, S. C. (Orgs.) *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. Campinas: Papyrus, 1995, cap.7, p.89-105.
- KUBLER- ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: SP, Martins Fontes, 1998.
- WORDEN, J. W. *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. Tradução Max Brenner e Maria Rita Hofmeister. Porto Alegre: (RS). 2ª edição. Artes Médicas, (1991/1998).
- MARANHÃO, J. L. S. *O que é morte*. Editora Brasiliense, São Paulo: (SP), 1996. Coleção primeiros passos.

Anexo 13 – Plano de Ensino

Sétimo Encontro "Competências interpessoais"

Universidade Estadual Paulista (Unesp) –Bauru / Centro de Psicologia Aplicada

Formação continuada de profissionais da saúde – Interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama

Objetivo geral: Identificar e discutir sobre as habilidades comportamentais do profissional da saúde que deveriam ser manifestadas na interação com os pacientes

ETAPAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMENTOS	INSTRUMENTOS E MATERIAIS	AVALIAÇÃO	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Apresentar e discutir sobre o modo como nossa sociedade vem se comportando diante de eventos como a morte, doenças graves e perdas de uma maneira geral	Apresentar uma síntese dos textos da bibliografia que abordam a temática deste encontro	Resumo dos textos de referência do encontro anterior Slides	Observação da participação dos membros do grupo nas atividades propostas	20 min
	Coletar informações que possam ser parâmetro de avaliação do encontro anterior	Solicitar que os participantes respondam oralmente à questão de avaliação do encontro	Questão (2) Slide		20 min
DESENVOLVIMENTO	Proporcionar condições para que os participantes possam definir quais seriam as competências interpessoais que o profissional da saúde deveria desenvolver, visando uma melhor interação com o paciente e equipe	a) Solicitar que os participantes respondam às seguintes questões: 1- O que é um profissional competente para você?; 2- Poderíamos falar em diferentes tipos de competência? Se sim, quais seriam estes tipos? b) Após leitura de um relato de interação profissional e paciente, solicitar que os participantes avaliem as “competências” manifestadas pelo profissional e pelo paciente (Remen, 1998)	Questões que orientarão a discussão Texto (Remen, 1998) Slides		60 min
	Apresentar e discutir sobre as competências gerais do profissional da saúde em interação com o paciente	Apresentar uma síntese dos textos Moscovici (1998), Silva (1996), Stefanelli (1993), Perrenoud (2000)	Resumo dos textos Slides		30 min
CONCLUSÃO	Coletar informações que possam ser parâmetro de avaliação do encontro	Solicitar que os participantes respondam oralmente às questões de avaliação do encontro	Questões (2) Slides		15 min

(1) Como você vem lidando atualmente com situações difíceis, estressantes, relacionadas à interação com o paciente?

(2) a) Principais pontos de discussão deste encontro; b) Contribuição para a prática profissional?

ANEXO 13

Síntese do Sétimo Encontro

Competências Interpessoais

Objetivo deste encontro: identificar e discutir as competências interpessoais que deveriam ser manifestadas na interação com pacientes com câncer da mama. Participaram deste encontro E1, F1, P1, C1 e C2 no grupo da manhã e A1, A2, E2, C1 e C2 no grupo da noite.

O encontro foi iniciado com uma síntese dos principais aspectos abordados pelos participantes no encontro anterior, a saber:

- Formação técnica do profissional que desconsidera a relação interpessoal;
- A ênfase do profissional na cura o paciente, ocasionando sentimentos de frustração e impotência quando não atinge este objetivo;
- A imagem do profissional da saúde – principalmente do médico, que é visto como um herói, um conquistador da morte;
- A morte do paciente remete o profissional à sua história de perdas, o medo de perdas futuras, além de colocá-lo em contato com a própria finitude.

A respeito do modo como os profissionais poderiam minimizar situações estressantes, alguns apontamentos foram destacados para as reflexões do dia a dia: investigar a história de perdas para compreender o processo de luto do outro; saber dos próprios recursos adaptativos; conhecer as próprias limitações; praticar o luto, expressando emoções; buscar ajuda.

Após síntese e avaliação do encontro anterior, o sétimo encontro teve como objetivo proporcionar condições para que os participantes pudessem definir quais seriam as competências interpessoais que os profissionais da saúde deveriam desenvolver, visando uma melhor interação com o paciente e a equipe.

Duas questões orientaram a discussão dos participantes:

- *Quem é o profissional competente? Existem diferentes competências?*

E1 começa falando que na mesma semana havia pensado sobre isso e ressaltou: *“Esse curso tem sido tão bom pra mim... para refletir... eu tenho voltado muito às minhas*

origens” (refere-se a valores, ensinamentos familiares...)”. Para E1 o profissional competente é aquele que “vai além do teórico-técnico”. Deve estar presente em sua prática profissional: “a abertura/flexibilidade em relação ao paciente e a outros profissionais, além de saber ouvir as expectativas dos pacientes”. Portanto, para E1 o profissional competente é aquele que reúne características “técnicas e humanas”.

P1 complementou dizendo: *“lidar com o ser humano significa lidar com uma pessoa como eu, significa lidar com incertezas, significa lidar com emoções...”*

Concluíram E1, F1 e P1 que por isso é tão difícil ser um profissional competente, visto que há uma *“técnica”* para isso.

F1 definiu que para ela o profissional competente é aquele que *“consegue estabelecer uma relação harmoniosa entre o seu cabedal intelectual, a sua prática, a sua formação humana (que nós vamos dar um nome para isso) e a sua espiritualidade”*.

A1 respondeu que o profissional competente *“é aquele que sabe resolver os problemas que são da área dele – o que compete a ele, ele sabe fazer. Eu vejo mais como solução do problema.”*

A2 disse que o profissional competente *“é aquele que respeita o paciente e que pode ajudá-lo”*. A1 concordou dizendo que às vezes um profissional *“desestrutura”* toda a equipe. E2 também falou do profissional competente enquanto alguém que está *“empenhado em dar o melhor de si pra coisa sair bem feita, melhor possível”*.

A2 questionou se essas são diferentes competências ou conjunto de características pessoais do profissional que vão interferir na sua atuação profissional. Acrescentou que quando procura um profissional competente, busca mais que o saber fazer técnico, o que inclui também *“o saber conduzir um grupo e saber trabalhar em equipe”*.

Com o objetivo de refletir sobre as competências interpessoais que o profissional de saúde deveria desenvolver, visando uma melhor interação com o paciente e equipe, foi lido e discutido a crônica de Remen (1998) *“Encontro com o homem certo”* (em anexo).

O texto relata o caso de uma psicóloga que corria todos os dias num parque onde com frequência encontrava um médico e corriam juntos. Após o diagnóstico de câncer da psicóloga, nunca mais encontrou o médico no parque. Até que um dia, resolveu mudar o caminho e o encontrou. Disse ter ficado magoada com ele e este respondeu: *“Desculpe. Eu não tinha idéia do que seria certo dizer”*.

P1 comentou que o psiquiatra não foi competente enquanto pessoa. F1 questionou se o psiquiatra não teria se afastado porque imaginava que a psicóloga esperasse dele uma

postura profissional e não humana.

As coordenadoras questionaram se o posicionamento profissional exclui o “ser humano”. As participantes discutiram que não, exemplificando, em seguida, que “gestos” muito simples fazem parte das habilidades interpessoais que todo profissional deveria manifestar. E2 disse que *“as pessoas não querem muito, basta um gesto (...) que demonstre um certo interesse para fazer com que a pessoa sintam-se feliz (...)”*. A1 disse perceber como o paciente sente-se bem quando o profissional preocupa-se com ele, por exemplo, quando faz uma ligação telefônica para a família avisando que o paciente está no Pronto Socorro.

P1 disse que compreendia o termo “competência” como um processo: *“a cada momento existem novos desafios, novos conhecimentos... e sempre será um aprendizado”*. P1 complementou que mesmo que o profissional não consiga desenvolver certas competências de maneira plena, por exemplo, utilizar-se de recursos tecnológicos é importante que ele sabia que existem, onde encontrá-los, para que servem e em que contextos podem ser utilizados.

E1 opinou quanto às competências mais significativa para sua prática: *“as competências relacionadas ao trabalho em equipe”*. F1 avaliou que as 10 competências apresentadas englobavam toda a prática profissional. Na sua opinião, as competências relacionadas ao trabalho com o paciente são cumpridas por ela (são mais simples).

E1 falou que trabalhou em *“equipes e equipes”*. E ressaltou que o trabalho em grupo dependia dos interesses comuns, do interesse do profissional em estar naquele local, de objetivos comuns, da flexibilidade das pessoas e *“acima das diferenças, das dificuldades, respeitando cada profissional e sua área de conhecimento”*.

Falando sobre trabalho em equipe, A2 chamou à atenção do grupo dizendo que assim como os profissionais, todo serviço (instituição unidade) precisa ter uma identidade.

E2 falou da dificuldade de alguns profissionais em não conseguirem separar os problemas familiares das atividades profissionais. Ressaltou que os profissionais, todos os funcionários, deveriam fazer elogios uns aos outros e não se desqualificarem como acontece na unidade. Para E2 esta seria uma atitude positiva e de competência interpessoal.

A1, A2 e E2 comentaram ainda sobre as dificuldades de se trabalhar diante das injustiças sociais. Pacientes que dependem do SUS são prejudicados quando necessitam de algum tratamento que não é subsidiado pelo SUS – *“É difícil trabalhar com a diferença assim, né? Puxa vida!”* (A2). O SUS tem um protocolo utilizado para cada doença

(quantidade e tipo), *"isso é um absurdo"* (A1 e A2). Por outro lado, E2 entende que *"se você abrir a mão, vira uma roubalheira do cão"*.

Os participantes sugeriram que deveria ter uma auditoria acompanhando os gastos do SUS, a fim de que os desvios de verbas não prejudicassem os pacientes. Além disso, comentaram sobre a mudança de local de trabalho dos funcionários, transferidos de uma unidade para outra sem serem consultados.

De todas as competências discutidas "o trabalho em equipe" foi considerado o mais difícil, uma vez que depende de no mínimo duas pessoas para ocorrer.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Câmpus de Bauru
Faculdade de Ciências

Anexo 13 – Transparências 2

Sétimo Encontro – Competências Interpessoais

1- O que é um profissional competente para você?; 2- Poderíamos falar em diferentes tipos de competência? Se sim, quais seriam estes tipos?

O que é interação humana?

A interação humana é uma forma de encontro que ocorre permanentemente entre as pessoas, seja na família, na escola, no trabalho, entre outros. Ela acontece através de comportamentos verbais e não-verbais, pensamentos e sentimentos; e seu sucesso depende do que se denomina de COMPETÊNCIA INTERPESSOAL.

O que é competência interpessoal?

Competência interpessoal é a “habilidade de lidar eficazmente com relações interpessoais, de lidar com outras pessoas de forma adequada às necessidades de cada uma e às exigências da situação” (Moscovici, 1998, p.36)

Quais as habilidades do profissional da saúde?

Compreender os pensamentos e sentimentos dos pacientes - ser empático;

Observar uma mesma situação de vários aspectos, atuando de maneira adequada às exigências dessa situação;

Elaborar formas criativas de solucionar problemas ou situações menos convencionais;

Manter o equilíbrio entre cognição e afeto, de maneira que uma dimensão não afete negativamente a outra;

Comunicar-se.

O que é empatia?

Na simpatia, os sentimentos são compartilhados; ou seja, uma pessoa que simpatiza com a outra, tem seus sentimentos conforme os sentimentos da outra.

Já na empatia, existe a compreensão de como o outro se sente e age.

O que é comunicação?

É “o processo de transmitir e receber mensagens.” Ela ocorre a partir da interação humana, e tem como finalidades “entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade” (Silva, 1996, p. 23).

Tipos de Comunicação

1. Verbal e Não-verbal

a- Verbal: quando se refere à linguagem escrita e falada;

b- Não-verbal quando envolve outras formas de comunicação que não as palavras (gestos, posturas corporais...). Sua função é complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal, podendo também expressar sentimentos. (Boltanski, 1984, in Silva, 1996).

Elementos que envolvem a comunicação

1. As pessoas que se comunicam (emissor/receptor e receptor/emissor), formando um processo recíproco;
2. A mensagem que é enviada e recebida;
3. A maneira como essa mensagem é transmitida (canal);
4. O efeito que ela gera no outro. (Silva, 1996; Stefanelli, 1993).

Habilidades da comunicação interpessoal

1. Paráfrase: consiste em dizer com as próprias palavras o que o outro disse. Isso requer do receptor atenção, escuta ativa e empatia;
2. Descrição de comportamento: refere-se à descrição das ações observáveis dos outros, sem fazer julgamentos de valor ou acusações de atitudes;
3. Verificação de percepção: consiste em dizer sua percepção sobre os sentimentos do outro, com o objetivo de verificar se está compreendendo o outro além do conteúdo verbal;
4. Descrição de sentimentos: refere-se ao ato de revelar ao outro aquilo que você sente diante dele ou de alguma situação.

A interação profissional e paciente como um processo educativo: AS 10 NOVAS COMPETÊNCIAS PARA ENSINAR (PERRENOUD, 2000)

1. Organizar e dirigir situações de aprendizagem; 2. Administrar a progressão das aprendizagens; 3. Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação; 4. Envolver os pacientes em práticas de saúde e no tratamento; 5. Envolver os familiares no tratamento do paciente; 6. Trabalhar em equipe; 7. Participar da administração do serviço; 8. Enfrentar os deveres e dilemas éticos da profissão; 9. Administrar sua própria formação contínua; 10. Buscar conhecer e utilizar novas tecnologias.

1. Organizar e dirigir situações de aprendizagem (planejamento e desenvolvimento):

- Aprender a traduzir nossas funções em objetivos de aprendizagem. Queremos que o paciente seja capaz de que? Por exemplo, de compreender seu diagnóstico, seu quadro clínico, a importância de sua participação no tratamento, avaliar sua condição de saúde;
- Conhecer qual é o “conhecimento do paciente” sobre condição da saúde; Identificar as limitações e potencialidades do paciente para adesão do tratamento e engajamento em práticas de saúde;
- Instigar, promover, favorecer condições para que o paciente conheça sobre seu problema, seu quadro clínico, sobre suas potencialidades de recuperação.

2. Administrar a progressão das aprendizagens (avaliação do item 1):

- Avaliar condições de ensino implementadas;
- Identificar as situações problemas vivenciadas pelos pacientes, que estariam impedindo que os objetivos descritos no item 1 fossem atingidos.

3. Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação:

- Identificar e administrar a heterogeneidade dos pacientes;
- Fornecer apoio profissional ao paciente;
- Promover o contato entre pacientes.

4. Envolver os pacientes nas práticas de saúde e no tratamento:

- Suscitar o interesse pelo conhecimento, pela aprendizagem e pela avaliação de sua condição geral de saúde e de vida;
- Sugerir a confecção de um projeto pessoal (objetivos, metas a serem avaliadas com o profissional da saúde, a curto, médio e longo prazo);
- Instruí-los à advogar seus direitos particulares e comuns (enquanto grupo de pacientes oncológicos);
- Apresentar, na medida do possível, opções de tratamento, ou diferentes formas de intervenção;
- Estabelecer “regras” de convívio e interação (baseadas na confiança e afeto).

5. Informar e envolver os familiares do paciente:

- Dirigir, promover reuniões de informação e debate;
- Entrevistar, dialogar (identificar expectativas em relação à condição de saúde do paciente, formas de enfrentamento, características das interações familiares estabelecidas), promovendo o envolvimento da família.

6. Trabalhar em equipe:

- Elaborar um projeto da equipe (interesses comuns);
- Conduzir reuniões;
- Discutir aspectos pedagógicos das intervenções técnicas e interpessoais da equipe com a clientela;
- Identificar, analisar e administrar crises e conflitos interpessoais (profissional – paciente e profissional-profissional).

7. Participar da administração do serviço:

- Elaborar, negociar, implementar um projeto institucional;
- Administrar os recursos da instituição/ serviço;
- Estabelecer objetivos a serem alcançados pela equipe em interação com os paciente e entre os profissionais.

8. Enfrentar os deveres e dilemas éticos da profissão:

- Evitar danos;

- Preservar a autonomia do paciente;
- Lutar contra os preconceitos e discriminações;
- Promover ações de prevenção de doenças;
- Identificar e avaliar as relações de autoridade que se estabelecem;
- Desenvolver o senso de responsabilidade, solidariedade e justiça.

9. Administrar sua própria formação contínua:

- Saber explicitar as próprias práticas;
- Estabelecer e avaliar suas competências e seu programa pessoal de formação contínua;
- Acolher a formação dos colegas e participar dela.

10. Buscar conhecer e utilizar novas tecnologias:

- Novas teorias, investimentos na área da saúde, técnicas de intervenção;
- Editores de texto, programas didáticos, comunicação à distância (telemática), ferramentas de multimídia.

Bibliografia

MOSCOVICI, F. Competência interpessoal. In: ____ . *Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo*. 8.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998. p.32-42.

PERRENOUD, Ph. *10 novas competências para ensinar*. Porto Alegre: RS. Artes Médicas, 2000.

SILVA, M. J. P. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Gente, 1996. 133p.

STEFANELLI, M. C. Comunicação terapêutica. In: ____ . *Comunicação com paciente – teoria e ensino*. 2.ed. São Paulo: Role Editorial, 1993. p.79-122.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Câmpus de Bauru
Faculdade de Ciências

Anexo 13

SÉTIMO ENCONTRO - COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS

ENCONTRO COM O HOMEM CERTO

Durante uma longa viagem ao Canadá, passei por um cemitério histórico e deparei-me com uma lápide na qual se lia: “Aqui jaz George Brown, homem ao nascer, gastroenterologista ao morrer”. Eu não devia ter mais do que 12 ou 13 anos de idade, e lembro-me de ter ficado influenciada por aquilo. Como a especialidade médica era muito valorizada na minha família, achei que era um grande progresso. Hoje não fico mais impressionada pela alta especialização como antes. Penso que talvez o valor de toda uma vida seja medido mais por sua generosidade do que por sua competência. Uma de minhas ex-pacientes é psicóloga, grande atleta, que toda manhã corria no parque próximo de sua casa antes de ir para o consultório. Ali, com frequência, encontrava um colega, psiquiatra de renome. Sem combinação prévia, eles haviam corrido juntos mais ou menos à mesma hora durante muitos anos. Depois de diagnosticarem que ela estavam com câncer, inexplicavelmente seu companheiro de corridas nunca mais apareceu por ali. Minha cliente, mulher forte e decidida, continuou a correr todos os dias, apesar de passar por um difícil processo de cirurgia e quimioterapia. Depois de alguns meses correndo sozinha, ela telefonou para o consultório do psiquiatra, mas ele não ligou de volta. Passado cerca de um ano do término da quimioterapia, ela um dia mudou de caminho e viu logo à frente o psiquiatra correndo. Como ela era vinte anos mais jovem, alcançou-o com facilidade. Enquanto corriam lado a lado, ela disse a seu ex - companheiro de corridas que ficara magoada por ele não ter retornado a ligação. A comunidade de profissional a que ambos pertenciam era pequena demais, e quase todo mundo sabia que ela estava com câncer. Ele sem dúvida ficara sabendo. A resposta do psiquiatra deixou-a pasma: “Desculpe-me. Eu não tinha idéia do que seria certo dizer”. Perguntei a ela o que gostaria de ter ouvido. Com um sorriso triste, ela respondeu: “Ora, algo como: ‘Eu soube que este tem sido um ano difícil. Como vai você?’ Alguma coisa assim, simples e humana”.

REMEN, R. N. *Histórias que curam: conversas sábias ao pé do fogão*. Tradução: Laura Teixeira Motta. São Paulo: (SP). Editora Ágora, 1996/1998.

Anexo 14 – Plane de Ensino Oitavo Encontro "Trabalho de Equipe"

Universidade Estadual Paulista (Unesp) –Bauru / Centro de Psicologia Aplicada
Formação continuada de profissionais da saúde – Interação profissional da saúde e pacientes com câncer da mama
Objetivo geral: Identificar e discutir sobre diferentes formas de atuação profissional em equipe

ETAPAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMENTOS	INSTRUMENTOS E MATERIAIS	AValiação	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Proporcionar condições de integração entre os participantes do Grupo 1 e Grupo 2	Promover a apresentação dos integrantes: nome, profissão e local de trabalho			20 min
DESENVOLVIMENTO	Proporcionar condições para que os participantes possam identificar e definir, na área da saúde, quais as diferentes formas de atuação em equipe	Solicitar que os participantes respondam às seguintes questões: 1- O que é para você uma atuação multi, inter e transdisciplinar? Existem semelhanças e diferenças entre estas formas de atuação? 2- Como você avaliaria sua atuação em equipe?	Instruções sobre a atividade Questões que orientarão a discussão	Observação da participação dos membros do grupo e respostas às questões relacionadas ao tema do encontro	20 min
		Apresentar uma síntese das discussões de Paviani e Botomé (1993) acerca do trabalho interdisciplinar	Livro de Paviani e Botomé (1993)		20 min
	Proporcionar condições para que os participantes relatem sobre possíveis projetos de intervenção que possam ser desenvolvidos em diferentes locais de trabalho	Solicitar que os participantes apresentem seus projetos, já esboçados, e que os demais membros do grupo façam comentários sobre os mesmos (avaliações e sugestões)	Texto dos projetos de intervenção Cópias dos projetos		90 min
CONCLUSÃO	Encerramento do curso	Solicitar que os participantes relatem sobre suas expectativas iniciais e atuais sobre os encontros realizados	Questões (1)		30 min
		Apresentar uma avaliação geral dos encontros e solicitar que os participantes façam comentários gerais sobre a experiência de participação em um curso de formação continuada	Questão (2) Slides		30 min

(1) Quais eram suas expectativas iniciais em relação a proposta do curso e como hoje você avaliaria esta experiência?

(2) O que você gostaria de dizer neste momento para os membros deste grupo, em relação a sua experiência de participação neste curso de formação continuada.?

ANEXO 14

Síntese do Oitavo Encontro

Trabalho em Equipe

Objetivo deste encontro: apresentar e discutir os projetos idealizados pelos participantes, relacionados principalmente à promoção do trabalho em equipe. Participaram deste encontro A2, E1, E2, F1, P1, C1 e C2 no mesmo período (noite).

Ao longo das discussões e reflexões realizadas pelo grupo desde o primeiro encontro, emergiram idéias e projetos de intervenção que poderiam ser desenvolvidos no local de trabalho de cada participante. No sexto encontro as participantes concordaram em esboçar os projetos para que no último encontro fossem apresentados.

Exceto A1, que por motivos de saúde não pôde comparecer ao encontro e M1, que estava fazendo exame de qualificação de dissertação de mestrado, os demais participantes estavam presentes no último encontro.

Segue abaixo, em resumo, dos projetos apresentados.

O projeto de E1 foi um Programa de atividade multidisciplinar com o objetivo de *“promover atenção, cuidado, acompanhamento ao paciente com câncer por toda equipe de saúde, atendendo as suas necessidades físicas, nutricionais, psíquicas, emocionais e sociais”*.

O programa constou de vários itens, dentre eles um fluxograma de atendimento da equipe multidisciplinar. Por meio deste fluxograma, cada paciente faria uma seqüência de atendimentos, passando por todos os profissionais necessários – diferentemente do funcionamento atual que não existe uma sistematização no atendimento.

Os profissionais participantes ressaltaram a importância de encaminhar projetos à Secretaria da Saúde informando sobre as reais condições do serviço de atendimento e das necessidades emergentes diante da demanda existente na unidade.

Os participantes também começaram a pensar quais os cursos universitários que são oferecidos na cidade que poderiam prestar algum tipo de serviço à unidade, por meio de

estagiários, como por exemplo, em Nutrição, Serviço Social, Jornalismo, Relações Públicas e Psicologia.

Em continuidade, E1 propôs que os profissionais da unidade fizessem palestras para a população de modo geral, sugerindo os seguintes temas: "*Transplantes de medula óssea – a perspectiva de um doador; Câncer da mama, doença curável?; A morte, uma perspectiva multidisciplinar; Prevenção do câncer: 10 boas maneiras; Tabagismo: doença ou hábito?; Câncer de colo de útero – câncer evitável que pode ser fatal; A prevenção do câncer através da alimentação*".

E1 propôs ainda: a) a realização de campanhas, como por exemplo: campanha antitabagismo e antialcoolismo, a serem realizadas nas escolas, empresas, associações, unidades de saúde, entre outros locais; b) a formação de uma frente voluntária envolvendo pacientes, familiares e amigos de pacientes ligados ao SOPC, com o objetivo de multiplicarem as informações a respeito da doença, num caráter preventivo; c) a realização de atividades na sala de espera, com os pacientes; d) a atualização da equipe multidisciplinar, por meio da participação em congressos, cursos, palestras e reuniões esporádicas para estudos, discussões de casos e do serviço. Na opinião de E1 os auxiliares de enfermagem, recepcionistas, auxiliares de limpeza, auxiliares burocráticos - teriam reuniões separadamente.

O projeto de F1 constitui-se em um “Grupo de orientação e assistência à mulher operada de câncer da mama”. As pacientes convidadas, mulheres mastectomizadas e quadrantectomizadas, seriam as que já freqüentam o setor de Fisioterapia da clínica-escola da universidade onde F1 é docente.

Justificou sua idéia: "*Pensando na exclusão, falta de informações e seqüelas emocionais, físicas e sociais de mulheres que se submeteram a retirada da mama. O projeto tem como objetivo promover uma melhor qualidade de vida a essas mulheres*".

A preocupação de F1 era formar um grupo de mulheres que estavam em estágio semelhante, após tratamento do câncer. Os encontros teriam três momentos: atividade educativa, confraternização e atividade interativa. No primeiro momento, com duração de 30 minutos, ocorreriam exposições de temas referentes ao câncer da mama e saúde da mulher (prevenção, cuidados e reabilitação) por profissionais da área da saúde e pelos alunos do quarto ano do curso de Fisioterapia da Universidade. O segundo momento, com duração de 10 minutos, seria de confraternização, com um lanche e conversa informal, para

o grupo se conhecer. O terceiro momento, com duração de 60 minutos, seria de atividade interativa, na qual as mulheres seriam estimuladas ao aprendizado e à confecção de trabalhos manuais apropriados para suas limitações, trazendo benefícios terapêuticos e pequena rentabilidade.

Os temas tratados no primeiro momento seriam: Etiologia do câncer da mama; Prevenção do câncer cirúrgico; Tratamento cirúrgico; Radioterapia e quimioterapia; Reabilitação pós-cirúrgica; Enfrentamento da patologia; Aspectos sociais do câncer da mama; Climatério e menopausa; Atividade física na terceira idade.

Um aspecto importante que foi ressaltado refere-se à linguagem utilizada nas exposições. F1 orientará todos os palestrantes sobre a importância da comunicação clara com as mulheres, para que entendam as palestras.

O projeto de P1 foi uma “Proposta de intervenção para profissionais da área da saúde, que estejam inseridos no ambiente hospitalar”.

Com o objetivo de *“fornecer subsídios e condições para reflexão sobre as relações humanas e afetivas entre a equipe do contexto hospitalar”*. Para tanto P1 sugeriu os seguintes temas de discussão: *1. Relações humanas nas instituições; 2. O ambiente hospitalar e a comunicação na equipe – comunicação grupal e interpessoal; 3. Enfermagem e segurança emocional do paciente; 4. Dor.*

A1 não estava presente mas pediu para que A2 lesse para o grupo suas idéias. **O projeto de A1** foi sobre a “Formação de grupo de apoio a paciente com câncer”. Segundo o que escreveu, o grupo seria orientado por uma equipe técnica de assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, médicos, nutricionais, fisioterapeutas e outros profissionais que se fizerem necessário; pacientes, ex-pacientes, familiares e amigos. Os participantes do grupo fariam visitas domiciliares e hospitalares, entrevistas, passeios com os pacientes.

O projeto de E2 constou de três atividades principais: 1- Visitas hospitalares para pacientes operadas; 2- Visitas domiciliares para pacientes acamadas; 3- Realização de grupos de mulheres que já realizaram o tratamento e estão recuperadas com mulheres que estão no início do tratamento. O objetivo destas atividades seria, de maneira geral, proporcionar atenção, carinho, assistência e apoio às pacientes em tratamento do câncer.

Sobre a realização do grupo, o primeiro passo seria entrar em contato com ex-

pacientes, a fim de falar sobre a proposta do grupo e convidá-las. Aceito o convite, as pacientes iniciantes seriam informadas sobre a realização das atividades e sobre a sua importância. Após a apresentação e integração do grupo (equipe multiprofissional e pacientes “*antigas e novas*”), aconteceriam relatos de experiências das pacientes antigas, a fim de “*mostrar suas vitórias*”.

Outra atividade proposta por E2 seria a realização de um “*amigo-escuta*”. A ideia foi apresentada da seguinte forma: “*as mais antigas (pacientes) receberão o nome de uma nova. Essa será a sua amiga, acompanhará na medida do possível o seu tratamento dando-lhe apoio, carinho, força e estímulo. Isso poderá ser feito por telefone, com visitas, com cartas, etc, ajudando em seu estabelecimento*”.

Projeto de A2. Ela relatou que, após a identificação dos problemas e a explicitação das dificuldades individuais, seria fundamental que houvesse o envolvimento de todos, para “*sanar os problemas pessoais e profissionais*”. Ressaltou a importância de não deixar nenhum funcionário de fora porque alguns estão lá (por exemplo, os auxiliares de limpeza) há muito tempo e sabem coisas que os outros profissionais não sabem (“*eles têm muita história pra trazer*”). E propôs que o grupo tivesse aprimoramento técnico. Ela admitiu que atualmente as atividades do SOPC acontecem num nível imediato e não tem uma continuidade: “*As atividades lá estão muito assim... aqui hoje e a gente não sabe quando vai ter outra. É bem assim. Quando dá a gente faz*”.

O objetivo desta atividade seria “*aprimorar o atendimento prestado à população através da reflexão, interação e participação de toda a equipe e, melhoria das condições de trabalho*”.

Além do grupo de estudos com todos os funcionários da unidade, A2 propôs:

- 1- Visitas hospitalares – tanto nos casos de cirurgia como de tratamento;
- 2- Visitas domiciliares;
- 3- Realização de campanhas e palestras na comunidade e Unidades Básicas de Saúde;

O objetivo desta atividade seria a “*detecção e tratamento precoce de novos casos de neoplasias através da divulgação da Unidade e, atividades educativas junto à população*”. Para isso, os profissionais fariam um levantamento de material bibliográfico, organizaria o “*plano de aula/palestra, campanha e/ou cada tipo de atividade de acordo com o assunto, tempo, local e objetivos a serem alcançados*”. Além disso, materiais como

panfletos e cartilhas seriam elaborados e distribuídos pelos profissionais.

4- Formação de grupo para auxiliar tabagistas a abandonarem o vício;

5- Formação de grupo de pacientes que estão em tratamento do câncer, juntamente com pacientes que estão em acompanhamento (proposta semelhante a de E2).

6- Uma questão muito importante ressaltada por A2 em cada proposta foi a realização constante de avaliações com o objetivo de verificar os efeitos das atividades:

Uma medida de avaliação sobre a reestruturação do serviço também seria perguntar para todas as pessoas que ali chegam, como ficou sabendo do serviço, uma vez que assim seria possível saber se as palestras – por exemplo – vêm dando algum resultado.

Diante de tantos projetos, A2 encerrou dizendo que para isso é preciso ter *“uma equipe muito... coesa e também muito estruturada”*.

Após intervalo, os participantes leram o registro do primeiro encontro e fizeram uma comparação entre suas expectativas iniciais e o término do curso. Comparação entre as expectativas iniciais e avaliação do curso:

Avaliação do curso no último encontro

No último encontro, os participantes fizeram uma avaliação geral do curso, de acordo com que cada participante quisesse falar.

E2 disse que em contato com os participantes do grupo e ouvindo diferentes opiniões, emergiam idéias que serviam para implantar na unidade e para avaliar e modificar sua prática, principalmente em benefício dos pacientes. Apesar das dificuldades enfrentadas para mudar a organização E2 afirmou que *“cada vez que eu assisto uma aula aqui, eu sonho. É gostoso vir aqui. É gostoso sonhar.”*

P1 apresentou sua preocupação em relação à formação continuada dos profissionais: *“é preciso um trabalho mais efetivo com os profissionais, não só enquanto profissionais, para a questão pessoal mesmo”*. P1 estabeleceu uma relação entre um ditado popular e a interação profissional e paciente: assim como a casa reflete o dono, os profissionais são seus pacientes. P1 também falou do fato de alguns profissionais *“não terem tempo”* para investir na formação continuada a fim de garantir aprimoramento profissional – o que é muito negativo na opinião dela.

E1 ressaltou em um dos encontros que: *“Esse curso tem sido tão bom para refletir. Eu tenho voltado muito às minhas origens”* (referindo-se a seus valores, suas crenças e

aprendizagens pessoais / familiares).

Outros relatos:

“Achei que seria muito bom porque a gente ia conseguir fazer alguma coisa, trazer para o nosso serviço alguma coisa boa, né? Porque não adianta a gente querer trabalhar sozinho, não dá certo. Então eu achei que se a gente tivesse esse encontro (curso), se a gente estudasse, o nosso trabalho ia ser melhor. E foi. E eu acredito que vai ser muito melhor” (A2).

“No começo, você sempre fica um pouco desanimada de começar alguma coisa. Mas diante da propaganda das meninas... (risos) (coordenadoras do curso) Elas foram fazer a entrevista, e nós percebemos realmente que o trabalho queria ajudar, que a gente ia crescer e realmente foi o que aconteceu. Nós aprendemos com elas e realmente foi bastante satisfatório e espero (fala com ênfase) que nós consigamos implantar bastante daquilo que nós aprendemos aqui – criar coisas novas, modificar a nossa forma de atendimento, né? Para que realmente venha a dar frutos” (E2).

“O principal pra mim, o mais positivo, foi essa troca – a experiência de outros profissionais, a visão, a forma de abordar... eu acho importante. A gente fala tanto em equipe multidisciplinar, mas é difícil ter esse tempinho pra parar e escutar como é a visão, como é a abordagem (do outro profissional). Na verdade, quando a gente fala com o paciente, ele está tendo intervenções de vários profissionais – a minha, a sua... Na verdade, a gente tem essa noção. E isso me surpreendeu, porque foi mais do que eu imaginava” (P1).

“A minha expectativa era conhecimento. E eu também estou me superando. Como você disse que superou, pra mim superou muito a expectativa que eu tinha, porque interesse eu tinha, então a reflexão eu acho que é muito importante, porque no dia a dia a gente não reflete, a gente não pára para refletir. Então eu acho que eu retomei muito a minha origem, eu retomei algumas coisas, alguns pensamentos que estavam esquecidos, eu retomei. E eu tenho certeza que se eu não tivesse parado aqui pra refletir, eu não teria voltado (às origens). E muitas vezes a gente precisa voltar. Eu sentia que eu precisava voltar algumas coisas. Eu gostaria de agradecer, porque vocês deram essa oportunidade pra gente parar um pouco. O ativismo, infelizmente, retira a nossa reflexão. A gente acaba cometendo erros e a gente nem percebe e a gente tá cometendo. A gente aponta aquele tipo de erro, mas a gente tá cometendo. Então, eu acho que pra mim foi assim muito bom, eu dei uma parada boa. É isso” (E1).

“As expectativas do curso são muito grande – as minhas companheiras de período já perceberam (refere-se ao G1) - eu sou extremamente ansiosa em relação ao relacionamento terapeuta – paciente, ao relacionamento da equipe multiprofissional. Embora eu

sempre tenha refletido, eu sempre tentei parar um pouquinho para pensar nesses aspectos. Eu acho que eu aprendi demais. Então realmente superou minhas expectativas. Eu acho até, meninas, que, tudo bem, é uma pesquisa, vocês estudaram pra caramba pra essa pesquisa de vocês, mas quem saiu ganhando realmente fomos nós, com certeza. (risos e concordância de todos). Vocês aprenderam bastante com a pesquisa de vocês, mas a gente aprendeu um pouco também. Eu acho que já acrescentou, não espera acrescentar muito, já acrescentou nesses nossos encontros e eu acho que o simples fato da gente parar e refletir – como você sempre falou (refere-se a E1) – a gente já ganhou, e ganhou bastante, porque a maioria dos profissionais pela correria nem pára pra refletir. E quando você pára pra refletir, você já consegue assim... algumas reflexões que nós tivemos aqui e até algumas denominações que elas (coordenadoras) deram aqui (risos). Eu achei muito interessante, valeu a pena, valeu a pena a gente sair do trabalho pra vir pra cá, valeu a pena as viagens. Eu acho que valeu e valeu muito. Muito mais que só o certificado” (F1).

“A visão da gente abriu” (A2)

“Você começa a enxergar a paciente de uma forma diferente” (E2)

“E eu acho que de uma forma ou de outra aquietou a minha ansiedade, porque eu vi que eu meus anseios eram parecidos com o da enfermagem, parecidos com o do médico, com a psicóloga, entendeu? Eu acho que a gente não está muito distante, é só unir pra trabalhar em equipe. Os anseios são parecidíssimos, eu acredito” (F1).

“Uma coisa que ficou muito marcante pra mim é que além de ter aprendido a parte técnica dos outros profissionais, eu acho que esse curso me despertou a esperança. Não sei se é porque eu trabalho em consultório, sozinha, só com o paciente, então eu tô achando: ‘Pôxa vida, dá pra fazer isso, aquilo, isso...’ Deve dá um desânimo. É tão difícil. Será que só eu que penso isso. E aqui eu fui percebendo que não, que tem outras pessoas que pensam, que têm angústias também. Eu acho que despertou esperança, vontade de fazer de novo. É tudo tão difícil, tão burocrático... E eu acho que renovou a esperança também”. (P1)



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Câmpus de Bauru
Faculdade de Ciências

Anexo 14 – Instruções

OITAVO ENCONTRO -TRABALHO EM EQUIPE: PROJETOS DE INTERVENÇÃO

Atividade: Elaboração de projetos de intervenção com o objetivo de promover e proporcionar alternativas de atuação profissional (com pacientes e/ou equipe de profissionais)

Primeiras instruções para a elaboração de projetos de intervenção

PASSO 1: Primeiras idéias

Pensando em sua prática profissional, liste algumas propostas de atividades que você gostaria de desenvolver em seu ambiente de trabalho (com pacientes e/ou com a equipe de profissionais). Por exemplo: Visita hospitalar à paciente em período pré e pós-operatório; formação de grupo de apoio às mulheres mastectomizadas; formação de equipe multiprofissional para supervisão de casos clínicos.

PASSO 2: Objetivos

Para cada proposta que você listou, pense agora nos objetivos de cada trabalho que você poderia desenvolver. Os objetivos estarão relacionados às ações e intenções que se quer atingir. Eles nortearão toda a ação dos possíveis projetos. Sugestão: enuncie os objetivos a partir de um verbo no infinitivo.

PASSO 3: População alvo (participantes)

Caracterize para cada proposta de intervenção o grupo alvo. Por exemplo: mulheres mastectomizadas que estão em período de acompanhamento; atendentes de enfermagem.

PASSO 4: Atividades que serão desenvolvidas

Descreva as possíveis atividades que serão realizadas ao longo de cada projeto, indicando os conteúdos e os procedimentos necessários para o seu desenvolvimento.

PASSO 5: Coordenador (es)

Caracterize a (s) pessoa (s) que irá (ão) coordenar os projetos.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
 Câmpus de Bauru
 Faculdade de Ciências

Anexo 14 – Mensagem 3

LIÇÃO DOS GANSOS

Quando um ganso bate as asas, cria um “vácuo” para o pássaro seguinte. Voando numa formação em “V”, o bando inteiro tem o seu desempenho 71% melhor do que se a ave voasse sozinha..

Lição: Pessoas que compartilham uma direção comum e senso de comunidade podem atingir seus objetivos com mais facilidade e rapidez, pois estão contando com a ajuda de outros.

Sempre que um ganso sai da formação, sente subitamente a resistência por tentar voar sozinho e, rapidamente, volta para a formação, aproveitando a “aspiração” da ave imediatamente à sua frente.

Lição: Se tivermos tanta sensibilidade como um ganso, permaneceremos em formação com aqueles que se dirigem para onde pretendemos ir e nos dispomos a aceitar a sua ajuda, assim como prestar a nossa aos outros.

Quando o líder se cansa, muda para trás na formação e, imediatamente, um outro ganso

assume o lugar, voando para a posição de ponta.

Lição: É preciso acontecer um revezamento das tarefas pesadas e dividir a liderança. As pessoas, assim como os gansos, são dependentes umas das outras.

Os gansos de trás, na formação, grasnam para incentivar e encorajar os da frente a aumentar a velocidade.

Lição: Precisamos nos assegurar que o nosso “grasno” é encorajador e não alguma outra coisa...

Quando um ganso fica doente, ferido ou é abatido, dois gansos saem da formação e seguem-no para ajudá-lo e protegê-lo, ficam com ele até que esteja apto a voar de novo ou morra. Só assim, eles voltam ao procedimento normal, com outra formação ou vão atrás do bando.

Lição: Se assim agirmos, como os gansos, também permaneceremos ao lado dos que necessitam.



ANEXO 15

Avaliação Final

Questionário de avaliação final da pesquisa, após dois meses do curso

Prezada,

Gostaríamos que você respondesse às questões abaixo, com o objetivo de avaliar os encontros do curso de formação continuada para profissionais da área da saúde, do qual você participou. Contamos mais uma vez com sua colaboração e aproveitamos para renovar considerações de apreço e estima.

Obrigada.

C1- Após dois meses do término do curso de formação continuada, como você avalia os encontros com os profissionais da saúde, quanto:

c1.1- Importância para sua prática profissional. Valeu a pena? Por quê?

c1.2- Aos conteúdos abordados frente às suas expectativas

c1.3 - Material selecionado e elaborado (programa, planos, textos)

c1.4 - Dinâmicas dos encontros

c1.5 - Presença e participação dos profissionais

c1.6 - Sua participação

c1.7 - Coordenação dos encontros

c1.8- Participação das coordenadoras

C2 - O que você achou de ser entrevistada antes da realização dos encontros?

C3 - Sugestões para futuros encontros.

Com exceção de A1 e M1 os demais participantes responderam a um questionário de avaliação do curso, após dois meses de encerramento. Para A1 e M1 os questionários foram

entregues, porém não foram respondidos. Durante o período de recolhimento do questionário A1 e M1 estiveram viajando. Após alguns contatos, solicitando a avaliação e falando sobre sua importância, M1 justificou que havia participado somente de alguns encontros e por isso não gostaria de fazer a avaliação e A1 não conseguiu concluir a atividade, por falta de tempo disponível.

A1 relatou com frequência, durante os encontros, que não gostava de escrever, gostava de falar. Informação esta que pode estar relacionada ao fato de que não ter entregue o questionário final.

Respostas ao Questionário

1- Como você avalia os encontros com os profissionais da saúde, quanto:

1.1- Importância para sua prática profissional (Valeu a pena? Por quê?):

“Na prática, muitas vezes deixamos passar despercebidas pequenas coisas que são imprescindíveis como: considerar o paciente uma pessoa única e não um novo caso. Por isso é importante a reflexão para analisarmos como estamos agindo. Também considero importante avaliar o serviço, a postura profissional, a visão de trabalho, pois percebemos que coisas precisam ser revistas, outras retomadas, outras têm que ser deixadas de lado” (E1)

“Os encontros com os demais profissionais da saúde foram de extrema importância para minha prática profissional, pois entendemos e delineamos a atuação de cada um, as abrangências de suas respectivas áreas e as dificuldades enfrentadas por cada profissional. Com isso pudemos perceber como seria a operacionalização de uma equipe multiprofissional” (F1)

“Aprimorar o conhecimento profissional é de extrema importância para nossa prática, bem como uma necessidade frente à nossa “ética” profissional. Estes encontros me proporcionaram um crescimento pessoal e uma reflexão na minha atuação profissional, melhorando as técnicas já conhecidas e aprendendo novas formas de interação profissional-paciente” (P1)

“O curso valeu a pena, pois me deu uma outra visão uma relação às pacientes, passei a enxergá-las como um todo, não só nas necessidades de minhas técnicas. Estimulou sonhos, planos, mesmo que pequenas, nas possíveis de realização”(E2)

“Os encontros auxiliaram bastante na prática profissional, pois, oportunizaram maior reflexão sobre o trabalho desenvolvido, levando em conta as necessidades dos pacientes e profissionais” (A2)

1.2- Aos conteúdos abordados frente às suas expectativas:

“Excelente, superou as expectativas” (E1)

“Os conteúdos abordados sanaram quase que na totalidade minhas expectativas. Acho que poderíamos ter discutido um pouco mais sobre o tema “ Atuação multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar ” onde cada profissional poderia ter feito uma resenha de sua atuação, todos os campos de trabalho e suas metas e propostas” (F1)

“De uma forma geral, minhas expectativas foram atingidas e até superadas, porém no que diz respeito ao temas: competências interpessoais e estresse, criou novas expectativas no sentido de técnicas de intervenção” (P1)

“O conteúdo do curso foi bem abrangente, nos capacitando para lidar com as dificuldades que deparamos no dia a dia, e que não tínhamos conhecimento para ajudar nossos pacientes” (E2)

“Os conteúdos selecionados foram apropriados para o trabalho, pois abordaram questões de grande importância e suscitaram bastante interesse” (A2)

1.3 - Material selecionado e elaborado (programa, planos, textos):

“Material rico, atualizado, apresentação bem elaborada” (E1)

“O material selecionado muito me agradou, embasando-nos para as discussões. A elaboração destes textos foi perfeita, com todo material digitado previamente e o domínio dos recursos audiovisuais selecionados” (F1)

“O material utilizado foi de excelente qualidade atingindo o objetivo de cada encontro. O programa elaborado contempla as expectativas da selecionado foi muito bom”. a bibliografia para possíveis consultas” (P1)

“O material selecionado foi muito bom” (E2)

“Bem diversificado e interessante” (A2)

1.4 - Dinâmicas dos encontros:

“Dinâmica diversificada, muito bom” (E1)

“A dinâmica dos encontros foi cativante, prendeu nossa atenção e conseguiu nos inteirar com os demais participantes, a ponto de ficarmos à vontade para expor nossas opiniões, pensamentos e convicções” (F1)

“As técnicas utilizadas foram centradas no tema de cada encontro, servindo como uma experiência prática e também como exemplo da teoria trabalhada” (P1)

“A dinâmica dos encontros foi ótima. As aulas foram agradáveis e não cansativas” (E2)

“Ótima, ativa, oportuna” (A2)

1.5 - Presença e participação dos profissionais:

“Todos presentes participaram à vontade” (E1)

“Acho que a participação foi boa e efetiva, porém poderíamos ter pensado num cronograma que facilitasse a participação do médico” (F1)

“Analisando todas as dificuldades que um profissional enfrenta para a dinamização de seu trabalho, no “local de “trabalho”, a frequência e a participação foram positivas” (P1)

“O grupo foi assíduo e demonstrou interesse” (E2)

“O grupo esteve freqüente aos encontros e sempre demonstrou interesse” (A2)

1.6 -Sua participação:

“Foi possível fazer perguntas, trocar opiniões, tirar dúvidas” (E1)

“Minha participação foi singela, porém espontânea, sempre com muita vontade de crescer e conhecer, de trocar e receber, com muito respeito e admiração para com os profissionais participantes” (F1)

“De uma forma geral, a minha participação poderia ter sido melhor, porém na época em que o curso ocorreu, foi um momento de grandes modificações no meu local de trabalho, onde exigiu de mim uma maior atenção e tempo. Por este motivo, sei que a participação que tive foi a melhor que pude naquele momento” (P1)

“Não perdi uma aula, porque estava muito bom, acrescentando o que eu não recebi na graduação, preenchendo a lacuna existente” (E2)

“Boa, talvez devesse falar menos e... ouvir mais” (A2)

1.7 - Coordenação dos encontros:

“Excelente!” (E1)

“Quanto à coordenação dos encontros foi brilhante, com liderança e organização” (F1)

“As coordenadoras se mostraram conscientes do trabalho, do objetivo e extremamente preparadas, deixando claro a importância de cada trabalho realizado” (P1)

“A coordenação dos encontros foi muito boa, sempre ajustando datas e horários que fosse possível estar todos, favorecendo a participação” (E2)

“Ótima. Acredito que as participantes se sentiram seguras para expor e discutir seus pensamentos. As discussões fluíram de forma muito natural, partindo de questões propostas. A forma de dirigir esta discussão foi feita de forma também natural, não prejudicando o andamento da conversação (quer dizer, sem cortes, sem pressão...)” (A2)

1.8- Participação das coordenadoras:

“Importante, pois participaram como “inclusas” no grupo e não como espectadoras” (E1)

“A participação das coordenadoras foi essencial para o bom andamento dos encontros, sempre com um desfecho para as nossas discussões, permitindo-nos opinar livremente” (F1)

“A participação das coordenadoras foi motivante para a realização dos encontros, bem como “carinhosa”, propiciando flexibilidade para imprevistos que aconteceram além de nossa vontade” (P1)

“Acrescentou e enriqueceu o grupo na troca de experiências” (E2)

“As coordenadoras demonstraram acolhimento, compreensão e respeito durante o convívio com o grupo. Fizeram, desde o início, diminuir as distâncias que normalmente existem entre participantes e coordenadores quando decidiram também participar das atividades” (A2)

2- O que você achou de ser entrevistada antes da realização dos encontros?

“Importante, cria uma expectativa em relação ao curso” (E1)

“Muito interessante, pois as entrevistadoras puderam estabelecer um primeiro contato comigo, conhecer um pouco sobre fisioterapia nesta área e sobre fisioterapeuta – ser humano e profissional” (F1)

“Foi positivo, pois me ajudou a perceber o meu crescimento e a importância deste curso de aperfeiçoamento, e como é fundamental trabalharmos em equipe” (P1)

“Acho que foi interessante para começar a conhecer as pessoas do grupo com as quais vocês iriam trabalhar” (E2)

“Muito bom. O contato com as coordenadoras na entrevista já “dá uma idéia” do que esperar do curso. É como uma preparação, pois faz pensar em muitas questões importantes da prática profissional. Aumenta o interesse e te predispõe ao curso” (A2)

3- Sugestões para futuros encontros:

E1: Temas- “Participação da família no processo de recuperação do paciente (interação paciente – profissional – família); A influência da religiosidade,

cultura, educação do lar no processo de tratamento e recuperação.”

F1: “A minha única sugestão é que pudéssemos reunir a equipe toda para um encontro, onde desfrutaríamos de momentos de confraternização e saberíamos se os projetos apresentados estão sendo colocados em prática”.

P1: “Que haja futuros encontros”.

E2: “Talvez um curso para profissionais da área hospitalar, preparando-os para lidar: frente à morte; frente à dor física; frente aos familiares de difícil relacionamento; frente aos familiares insatisfeitos com tudo; frente aos familiares que não aceitam a morte; frente aos familiares que não aceitam a morte e não assumem seus pacientes dependentes. Ajudando o profissional da saúde a ter visão das carências, dificuldades de pacientes e familiares.”

A2: Sugiro o desenvolvimento e acompanhamento dos projetos propostos pelos profissionais e apresentados no último encontro.