

Resiliência no trabalho de enfermeiros em serviços de atenção oncológica: o desafio de desenvolver capacidades profissionais

Resilience in the oncological nursing care services: the challenge for developing professional skills

Alexander de Quadros

Enfermeiro. Mestre em Educação. Professor do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Taquara – FACCAT.

E-mail: alexanderquadros2005@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: O artigo problematiza questões relativas à resiliência e ao contexto do trabalho e formação em situações de cuidado com pacientes oncológicos. O contato com a morte produz situações de sofrimento dos trabalhadores, principalmente na contemporaneidade, em que foi deslocada para a internalidade dos serviços de saúde como desafio tecnológico. **Método:** Foi desenvolvido no formato de um ensaio teórico e empírico, com dados originários de uma revisão de literatura de diversos campos do conhecimento e coletados a partir de entrevistas com enfermeiros em uma unidade de oncologia. **Resultados:** Os resultados revelaram que as situações de morte e morrer levam ao adoecimento dos trabalhadores associado a um imaginário social que associa a doença oncológica com a morte. **Conclusão:** Conclui-se que o contato com a morte e o morrer são fatores que geram sofrimento nos trabalhadores e que, comumente, os mecanismos de enfrentamento são desenvolvidos pelos próprios trabalhadores, com insuficientes iniciativas institucionais e com deficiente abordagem na formação. Propõe-se que a temática da morte e do morrer seja mais visível na formação e em dispositivos de educação permanente no cotidiano dos serviços.

Palavras-chave: Resiliência psicológica; Enfermagem oncológica; Educação permanente.

Abstract

Objective: This article discusses issues related to the resilience and work context and training in care

situations with oncological patients. The contact with death produce workers suffering situations, mainly in nowadays which it was displaced to the health services internality as technological challenge. Method: It was developed as theoretical and empirical essay, with data originating from a literature review of several fields of knowledge as so interviews collected with nurses in oncology unit. **Results:** The results revealed that the death and dying situations lead to sickness the workers associated to social imaginary that connotes the

oncological disease to death. **Conclusion:** It is concluded that contact with death and dying are factors that cause suffering in workers and that, usually, the coping mechanisms are developed by the workers themselves. The institutional initiatives are insufficient as it is poor approach in training. It is proposed that the death and dying approach be more visible in the nursing formation as permanent education devices in the daily services.

Keywords: Psychological resilience; Oncological nursing; Permanent education.

Introdução

O trabalho em saúde, por lidar com situações extremas da vida de pacientes e familiares, também coloca os profissionais da área em situações de adversidade, que os mobilizam duplamente: como pessoas e como trabalhadores/cuidadores. Refletir sobre o tema da resiliência é uma tentativa de compreender o motivo pelo qual as pessoas, diante de mesmas condições difíceis e adversas relacionadas ao contato com a morte e o morrer, conseguem desenvolver, em certas condições, capacidades para superar situações de maior sofrimento, enquanto outros acabam sofrendo de formas muito intensas e, em alguns casos, adquirindo doenças em decorrência de estressores diários.¹ A motivação para essa reflexão tem como cenário inicial a atuação do autor numa unidade de oncologia de um hospital de grande porte na Grande Porto Alegre, mas se aproxima bastante do contexto de trabalho ambientes de cuidado a pessoas com doenças de prognóstico restrito e eventos de maior gravidade. Também mobilizou o autor o fato de atuarem em instituições de ensino e

com a temática da educação das profissões da saúde e esse é um tema recorrente tanto em termos de dificuldade identificadas para atuação dos profissionais como em relação à insuficiência das abordagens de ensino para a consolidação de capacidades profissionais para a abordagem mais adequada dessa questão.

A ideia de produzir um ensaio sobre essa temática surgiu da reflexão realizada inicialmente pelo autor que, diante de seu trabalho como enfermeiro em oncologia, vivenciou diariamente a presença da terminalidade dos seus pacientes na unidade de trabalho e percebeu padrões de resposta dos colegas. Conforme a literatura, o contato com a morte mobiliza os profissionais de saúde, desafiando-os profissionalmente, uma vez que a morte representa simbolicamente um esgotamento da capacidade do seu trabalho, e pessoalmente, uma vez que a morte foi deslocada, na contemporaneidade, de uma questão relacionada à vida das pessoas e ao seu cotidiano, para o isolamento do ambiente dos

serviços de saúde e a submissão ao aparato tecnológico disponível nos mesmos.²⁻⁴ O cuidado a pessoas com risco iminente de morte no ambiente hospitalar mobiliza profissional e afetivamente os trabalhadores envolvidos, demandando capacidades profissionais de lidar com essa situação. Essa é uma necessidade por vezes ignorada no processo de formação, deixando a abordagem dessa questão a cargo do profissional no ambiente de trabalho, e mesmo pelos serviços, uma vez que traduz uma característica da organização do trabalho e não apenas dos indivíduos envolvidos, requerendo também respostas institucionais.

O ensaio busca problematizar questões relativas à resiliência e ao contexto do trabalho em saúde em situações em que a condição clínica indica o risco de morte iminente do paciente. Essa reflexão abrange a organização do trabalho e a formação dos profissionais, tomando para isso uma breve aproximação empírica, constituída por uma entrevista com questões abertas realizadas com quatro enfermeiros com atuação em um serviço hospitalar especializado em oncologia e incluídos por critérios de conveniência: disponibilidade, interesse e atuação na unidade de oncologia. Essa estratégia metodológica foi utilizada para pensar mecanismos de aprendizagem de estratégias de resiliência no cotidiano do trabalho. As entrevistas foram registradas em áudio e transcritas e o roteiro incluiu o questionamento sobre os efeitos produzidos em si diante de situações de terminalidade, fatores que interferiam na

produção desses efeitos e mecanismos utilizados pelos enfermeiros para enfrentar essas situações.

Os dados foram tratados de forma qualitativa por meio de Análise de Conteúdo Temática, com a síntese de ideias sobre os modos como a perspectiva da morte mobiliza os profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado e os recursos que utilizam para enfrentar essas situações. A pesquisa considerou as normas sobre ética em pesquisa, tendo sido o projeto aprovado pelo Sistema CEP/CONEP sob o parecer número 950.495.2013.

Afinal, o que é resiliência? - Reflexões interdisciplinares

A palavra resiliência origina-se do latim (*resilio - re+salio*), que significa “ser elástico” e tem sentidos e significados para diferentes campos do conhecimento, oportunos de resgatar na reflexão sobre o trabalho em saúde. O termo resiliência vem sendo utilizado há muito tempo pela Física e Engenharia. O cientista inglês Thomas Yong é considerado um dos precursores no seu uso e, ainda em meados de 1807, introduziu a noção de *elasticidade*. Seus experimentos sobre tensão e compressão de barras, visavam buscar a relação entre a força que estava sendo aplicada a um corpo, a deformação que a mesma produzia e a capacidade de retorno ao estado anterior.⁵

Resiliência é um conceito relativamente fácil de entender, mas que apresenta dificuldade de

definir com precisão e, ainda mais, impossível de medir ou calcular com exatidão. Apesar de ser um tema visível no cotidiano, é necessário que se tenha muita cautela ao operar com ele, principalmente quando se pretende o uso em questões relacionadas ao modo de sentir e reagir das pessoas.⁶

Conforme uma pesquisa realizada sobre resiliência humana, sua nascente foi no hemisfério norte, com papel importante nos Estados Unidos e Inglaterra, com uma perspectiva contemporânea e pragmática com foco no indivíduo. Estendeu-se por toda a Europa, tendo ênfase no enfoque psicanalítico. Na América Latina, o enfoque foi na comunidade, como uma forma de reação aos problemas sociais com ênfase na criança, estendendo-se depois nas demais etapas da vida e especificidades do cotidiano. O uso em diversos campos do conhecimento inclui a capacidade de produção de metáforas, transpostas principalmente da física.⁷

A resiliência de um material vem da produção de energia e deformação máxima que ele é capaz de armazenar, sem sofrer alterações permanentes. Resiliência seria, portanto, a capacidade de um material absorver energia sem sofrer alguma deformação plástica ou permanente. O contexto da resiliência inclui, portanto, a relação de um determinado material com seu entorno.⁵

Um dos conceitos de resiliência é a “habilidade de voltar rapidamente para seu usual estado de

saúde ou de espírito depois de passar por doenças ou dificuldades.”^{8: 1749} Observa-se, então que os conceitos de resiliência passam por diferentes áreas como a física, psicologia, biologia, sociologia psiquiatria e educação, entre outras, sempre se referindo à capacidade de retorno a um estado anterior depois de um corpo sofrer uma força sobre si.⁸

A resiliência, no enfoque do desenvolvimento humano, principalmente em situações de risco, vem sendo estudada por muitos autores em diversas partes do mundo desde meados da década de 1960 e início de 1970. Nos estudos desse período, os autores buscam identificar fatores que pudessem auxiliar as pessoas a manterem um desenvolvimento saudável em meio à adversidade.⁹

O estudo da resiliência humana, nesse período, passou a ser explorado também nas Ciências Humanas e Sociais. Em 1966 o termo foi utilizado para descrever as “forças” psicológicas e biológicas que são mobilizadas para atravessar com êxito mudanças na vida das pessoas. Um indivíduo resiliente, nessa abordagem, teria habilidade para reconhecer a dor e as situações que a produzem, constituir um sentido para essa situação e tolerá-la até o momento da resolução das condições que o mobilizam, de forma construtiva, ou seja, com transformações favoráveis ao seu desenvolvimento.¹⁰

Na literatura desse período, o conceito também estava relacionado às condições inatas para

resistir e ter imunidade aos estressores e não ser capturado pelos mesmos.¹¹ Os termos mais utilizados são *invencibilidade* ou *invulnerabilidade*, ainda referidos na literatura, sugerindo a existência de uma *imunidade* às situações difíceis.⁵ Para um dos autores pioneiros no estudo da resiliência na psicologia, a invulnerabilidade refletiria a ideia de um nível absoluto de resistência ao estresse, característica que faria um ser humano capaz de suportar o sofrimento de forma ilimitada.¹²

A resiliência seria como um oxímoro, onde a pessoa é impelida por um trauma, mas se reconstrói e consegue resistir; apesar do sofrimento sentido, recompõe algum padrão de esperança. O autor explica que oxímoro é uma figura de linguagem que tem como objetivo reunir termos antinômicos para compreender uma situação como a expressão “a obscura claridade.”¹³ Nessa perspectiva, resiliência e sofrimento comporiam uma combinação, um intervalo.

Pode-se falar que a resiliência:¹³

pertence à família dos mecanismos de defesa; (...) poderia ser resumido em “mola” e “tecido”. “Mola” porque, ao receber o impacto da adversidade, a pessoa sofre (de certa maneira “deforma-se”, como a mola ao receber uma força: quando a mola é presa a um peso, por exemplo, estica, mas depois volta) e depois supera o sofrimento, salta superando o fator que ameaça a pessoa. “Tecido” porque se configura no espaço entre a pessoa e seu entorno social (especialmente as pessoas significativas com quem é possível estabelecer uma relação de apego seguro), como um mosaico de pano que vai sendo tecido¹³

Os estudos da resiliência consideram indivíduos que, apesar de todas as condições contrárias às situações de risco do contexto psicológico e social do qual estão inseridos, acabam por ter êxito diante da dificuldade ou crescem e se desenvolvem a partir dela, a partir de certos modos de interação com o entorno.¹⁴ Essas situações podem ser entendidas pela proximidade que há nessa formulação entre a resiliência e criatividade, onde um indivíduo ou grupo buscam recursos de criatividade para poder enfrentar a adversidade e onde esta solução criativa se transforma em uma ação resiliente. Evidentemente que aqui criatividade não tem o sentido de dom, mas de aprendizagem, de característica desenvolvida na relação entre o indivíduo e seu entorno.¹⁵ Percebe-se um movimento de deslocamento conceitual, na literatura, migrando da ênfase nas características dos indivíduos para a interação desses com o entorno.

São oportunas novas considerações conceituais sobre a resiliência, reiterando a necessidade percebida anteriormente de se fazer distinção entre indicadores de risco e mecanismo de risco, como condições de contexto que interferem no modo como indivíduos se desenvolvem ou não. Faz-se necessário à compreensão da resiliência conhecer como as características protetoras se desenvolvem e de que modo podem transformar o caminho do indivíduo¹². Os fatores de risco devem ser pensados como um processo e não como uma variável em si, onde fatores de risco devem ser relacionados com todas as possibilidades de

eventos negativos da vida, que, presentes, possuem a chance de desencadear problemas físicos, sociais e emocionais. Ainda para as autoras,¹⁶ a combinação de dois ou mais estressores possui a chance de aumentar as conseqüências negativas, e estressores adicionais, aumentam a chances de outros estressores existentes.¹⁶

Muitos pesquisadores vêm buscando uma maneira de esclarecer os conceitos de fatores de risco e proteção,^{17,18} considerando-os como:

Influências que ocorrem em qualquer nível sistêmico (família, indivíduo, comunidade, sociedade) que ameaçam os resultados de adaptação positivos. Os fatores de risco estão relacionados com toda a sorte de eventos negativos de vida e operam de maneiras diferentes em diferentes períodos de desenvolvimento do indivíduo. Não constitui uma variável por si só, devendo ser pensados sempre como um processo.¹⁸

Os fatores e os mecanismos de proteção são condições que o ambiente é capaz de fazer para favorecer o indivíduo ou um grupo e de reduzir os efeitos provenientes de circunstâncias desfavoráveis¹⁸. Alguns autores compreendem que os mecanismos de proteção não são a “valência” que neutraliza fatores de risco, mas um processo dinâmico que fortalece o indivíduo na interação com a adversidade.^{12,17}

Neste sentido, dentro “uma perspectiva ecossistêmica sugere que influências protetivas podem ser introduzidas na vida de um indivíduo através de qualquer relação em qualquer parte do ecossistema.”^{18:109} O autor ainda acrescenta

que a resiliência pode ser aprendida e desenvolvida por qualquer indivíduo, podendo ser abordado individualmente, com o grupo em que está inserido ou, mesmo, de forma mais ampla, com intervenções na comunidade e na sociedade como um todo.¹⁸

A resiliência vem sendo evidenciada como um processo que vem explicar a superação de crises e dificuldades de indivíduos, grupos ou organizações. E que muito está se discutindo o conceito de resiliência no aspecto teórico e metodológico, com abrangência em várias áreas de interesse científico, como um espaço inovador de investigação.¹⁶ Para a autora a presença de conseqüências negativas advindas de situações caracterizadas de risco, dependerá de uma série de outros fatores (fatores de proteção), onde o risco acontece de forma processual, não de forma estática e linear. O risco não permite dar parâmetros de avaliação, sendo necessários a investigação do contexto que antecede e os eventos posteriores ao risco, neste sentido, estudos de longo prazo são mais consistentes por conseguir abordar essa teia de relações.¹⁶

O estudo da resiliência vem sendo aprofundado na enfermagem, bem como, em outras áreas do saber, com foco na compreensão do estabelecimento da relação entre os fatores de risco/vulnerabilidade e fatores de proteção inerentes ao indivíduo e ao ambiente, frente às situações do cotidiano.¹⁹

É necessário propor uma abordagem educativa aos profissionais de saúde para que possam

lidar com pacientes em situações graves ou mesmo a formação de especialistas para o trabalho na promoção de saúde comunitária, considerando que a resiliência e seus fatores protetivos são passíveis de aprendizagem e têm efeitos singulares em cada pessoa ou grupo.²⁰

O desenvolvimento de capacidades para enfrentar questões postas no trabalho em situações específicas precisa estar previsto na formação profissional e nas iniciativas de atualização em serviço, sendo fundamental que sejam incorporados em estratégias de formação no cotidiano do trabalho, como educação permanente em saúde), envolvendo os profissionais, mas também com abordagens de produção de cultura sobre a morte e o morrer para grupos e para a sociedade²¹. Considera-se aqui que a abordagem da morte e do morrer com a finalidade de qualificar o trabalho e diminuir o sofrimento dos trabalhadores têm dimensões cognitivas e afetivas, sendo necessário considerar as situações de trabalho concreto para refletir sobre a abrangência das abordagens necessárias.³

A morte mexe com a gente, a gente sofre: o cotidiano do trabalho em situações de terminalidade e a resiliência

A análise temática das entrevistas mobilizou uma questão inicial, relativa ao interesse de compreender o sofrimento e a capacidade de resiliência produzidos pelo contato com a iminência da morte do paciente sob cuidados na unidade de oncologia. Também propiciou a

construção de três eixos temáticos: “a morte e o morrer produzem sofrimento nos profissionais”, “Fatores singulares tornam o sofrimento mais intenso” e “Os recursos que são mobilizados para fazer frente ao sofrimento”. Os eixos de análise, as categorias empíricas e extratos das falas dos profissionais participantes estão apresentados no Quadro 1.

A primeira questão, que agenciou o interesse e a participação dos sujeitos da pesquisa, foi relativa à necessidade de compreender o que mobiliza o sofrimento e os modos de resiliência no cuidado oncológico, principalmente nas condições de terminalidade. Podemos dizer que, uma vez aberta a possibilidade de fala sobre essa temática, o que se seguiu transformou-se num dispositivo de aprendizagem significativa, por tratar de uma questão mobilizadora do cotidiano do trabalho.²¹ No registro de uma das entrevistas:

Enquanto enfermeiro da unidade, bem como alguns colegas, parecemos sofrer diante das questões da morte e da impotência frente à doença. Já outros enfermeiros acabam por parecer capazes de mobilizar com êxito determinados recursos diante de tais fatos, parecendo não se deixar abater pelo fato de perder um paciente vítima do câncer ou pela impotência frente ao câncer irreversível. (Enf. A)

Esta fala revela a preocupação em compreender questões internas e externas diante das reações de seus companheiros de trabalho, bem como as suas próprias reações. Fica evidente que essa é uma questão candente do processo de trabalho, que requer aprendizagens para o exercício profissional

realizado de forma mais suave e construtiva. Sabe-se que preparação profissional para lidar com a morte e o morrer é insuficiente na formação profissional e que somente a experiência pessoal não garante a abordagem adequada ao cuidado ou mesmo ao ensino na saúde.³ Também revela uma questão singular no trabalho em saúde: trata-se de um processo que está centrado nas relações entre pessoas, envolve em grande complexidade, não redutível completamente ao conhecimento técnico e que requer aprendizagem com travessia de fronteiras para o desenvolvimento das práticas.²¹ Evidencia-se aqui um desencontro entre a articulação

contemporânea entre serviços de saúde como lugar da morte e do morrer e a organização do trabalho no interior dessas instituições, constituindo-se como fator estressor do trabalho e dos seus sujeitos.⁴

Sobre os questionamentos acerca do que produz no trabalhador o contato com pacientes com risco iminente de morte na unidade de oncologia, quais fatores mobilizam maior carga de sofrimento e quais recursos são mobilizados pelos enfermeiros para enfrentar essas situações, o tratamento dos dados empíricos gerou eixos de análise e categorias empíricas que estão sumarizadas no Quadro 1.

Resultados

Quadro 1 – Síntese dos eixos de análise e categorias empíricas e principais ideias ilustrativas destacadas nas entrevistas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2015

1. A morte e o morrer produzem sofrimento nos profissionais:

a. Mobilizam afetos pessoais:

- i. Mexe com a gente...a gente sofre. (Enf. B).*
- ii. Eu fiquei mal. Uma semana sem dormir. (Enf. D)*

b. Constituem a sensação de fragilidade da vida:

- i. Nós percebemos o quanto somos frágeis. Eu estou enfrentando ali com ele, mas esse momento é de dele. É o fim para ele. (Enf. B)*
- ii. A gente sabe que o tipo de prognóstico não é bom, que a quimioterapia é paliativa. E conversando com o paciente ele mostra que esta super afim de viver, tem vários projetos. Saímos do quarto impotentes e triste. Não somos nada. (Enf. D)*

c. Produzem a sensação da própria finitude:

- i. A gente faz laços de amizade por que os pacientes entram bem no hospital, são muitas idas e vindas, até o momento em que ficamos sabendo que não há mais o que se fazer. (Enf. A)*

ii. *Tenho medo de adquirir um câncer, não sei se teria a mesma estrutura que tenho ao cuidar de um paciente oncológico.* (Enf. A)

iii. *E em outro momento pode ser eu.* (Enf. B)

d. Fazem questionar valores e crenças pessoais:

i. *As vezes acho Deus injusto.* (Enf. A)

ii. *Eu às vezes acho muito injusta a vida e questiono a existência de um deus.* (Enf. B)

2. Fatores singulares tornam o sofrimento mais intenso:

a. O tempo de internação:

i. *Quando o paciente é conhecido, que fica bastante tempo com a gente, a gente sofre bastante, porque de certo ponto a gente se apega bastante ao paciente.* (Enf. A)

b. A infância:

i. *A gente sofre bem mais quando é criança do que com adultos.* (Enf. D)

c. A mobilização do paciente pela vida:

i. *A gente sabe que o tipo de prognóstico não é bom, que a quimioterapia é paliativa. E conversando com o paciente ele mostra que esta super afim de viver, tem vários projetos. Saímos do quarto impotentes e triste. Não somos nada.* (Enf. D)

3. Os recursos que são mobilizados para fazer frente ao sofrimento:

a. Pessoais:

i. *No início quando comecei a trabalhar em oncologia era mais difícil, hoje já criei mecanismo de defesa, as vezes me questiono se já não estou mais fria na profissão.* (Enf. B)

ii. *Eu não sofro muito. Eu tento separar bem, porque se tu fores ver tu ficas louca. Tu não trabalhas, tu ficas mal. Eu tento ver pelo outro lado, que essa pessoa cumpriu o que tinha que cumprir.* (Enf. C)

iii. *Aprendi que trabalhar em oncologia e entender que a vida tem que ser vivida plenamente, que ninguém é melhor que ninguém. Eu comecei nova aqui, criei um método que não me deixo abater.* (Enf. C)

iv. *Percebo que tem alguns pacientes que aceitam que o momento da morte se aproxima, que o câncer venceu. Se entregam, se arrependem de algumas atitudes, se voltam mais a família e parece que o final é mais tranquilo. E a equipe inteira também entende desta forma é mais tranquilo e fácil para nós.* (Enf. C)

v. *Eu encontro força em Deus, rezo pelos pacientes.* (Enf. D)

vi. *Eu tento manter a minha mente sempre em dia, música, dieta e exercícios físicos são minha fonte de revigoração em meio ao ambiente que trabalho.* (Enf. D)

b. Institucionais:

i. *A instituição não nos dá apoio algum, sofremos com tantas mortes e não temos acesso aos serviços de apoio ao trabalhador.* (Enf. D)

Fonte: Dados da pesquisa.

Discussão

Conforme demonstrado no quadro síntese, todos os sujeitos da pesquisa afirmaram que as situações de morte e morrer produzem sofrimento nos profissionais envolvidos no cuidado. Esse sofrimento tem sido identificado em diferentes serviços e, no caso do cuidado oncológico, também está associado a um imaginário social que associa fortemente a doença com a morte.²² Com base na sistematização das respostas, a referência à origem desse sofrimento permitiu construir quatro categorias empíricas: mobilizam afetos pessoais, constituem a sensação de fragilidade da vida, produzem a sensação da própria finitude e fazem questionar valores e crenças pessoais. O contato com a morte e o morrer, associado à terminalidade da vida do paciente sob seu cuidado, põe em interrogação a vida e a capacidade de trabalho do enfermeiro e dos demais profissionais envolvidos.²² As respostas revelam também o lugar social constituído para a morte e o morrer, que se deslocou de uma condição associada à vida, para uma condição que cabe aos serviços de saúde como desafio e como limite.²³

Nem sempre o profissional que atua com o cuidado a pessoas em situação de terminalidade da vida consegue identificar fatores que intensificam o seu sofrimento diante dessa condição. A negação da morte ou a objetivação da morte no desafio tecnológico para o suporte biológico ao corpo são mecanismos frequentes na literatura.³⁻²² Dois

sujeitos da pesquisa adentraram nessa questão com maior objetividade. Nesse eixo de análise, foram sistematizadas três categorias empíricas: o tempo de internação, a infância, a mobilização do paciente pela vida. Os sujeitos identificam que a maior interação com o paciente, o contato com crianças nessa condição e o desejo de viver demonstrado pela pessoa com prognóstico restrito são fatores considerados como condição de intensificação do seu sofrimento diante da morte. Essas respostas evidenciam o compartilhamento pelos profissionais de saúde do imaginário da morte como oposição à vida, que é produção social contemporânea, por um lado, e por outro a dificuldade de constituir potência em situações de maior contato com o paciente. Situação relevante se considerarmos que o singular do trabalho em saúde é a mobilização de tecnologias relacionais para a organização do cuidado, inclusive para a gestão de tecnologias do tipo “duras” (equipamentos) e “leve-duras” (saberes estruturados, normas e protocolos), conforme nos alerta o autor.²⁴ Há algo nessas respostas que fala da não aprendizagem de uma forma distinta daquela vigente no imaginário social de enfrentar a morte e o morrer, que também é predominante na formação profissional.³

O eixo de análise sobre os recursos mobilizados pelos enfermeiros para fazer frente ao sofrimento produzido no contexto do trabalho com situações de terminalidade da vida provocou de forma importante a fala dos sujeitos da pesquisa. Foram construídas, com

base nas respostas, duas categorias empíricas: recursos pessoais e recursos institucionais. A quase totalidade das respostas aponta recursos pessoais produzidos pelos enfermeiros no contato com o trabalho. Desenvolvimento de mecanismos defensivos para neutralizar o sofrimento, que também podem produzir certa indiferença com o sofrimento do outro (*será que estou ficando mais fria na profissão?* Enf. B); busca de mecanismos fora do trabalho (*procuro deixar minha mente em dia.* Enf. D); mobilização da fé na transcendência (*rezo pelos pacientes.* Enf. D) e o desenvolvimento de uma percepção afirmativa diante da morte (*tento ver que essa pessoa cumpriu o que tinha que cumprir; compreender que se deve viver a vida plenamente; entender que a morte se aproxima e construir um final mais tranquilo.* Enf. C) são recursos referidos pelos sujeitos. Em relação aos recursos institucionais, o material empírico revelou não estarem disponíveis, com um déficit no que se refere ao cuidado institucional com quem cuida. Essa situação é distinta em alguns serviços especializados em oncologia ou mesmo unidades de terapia intensiva, onde a literatura oferece evidências de mais iniciativas institucionais.⁴⁻²²

Os eixos e categorias de análise construídos no trabalho empírico mobilizam a reflexão sobre o tema da resiliência e sobre as formas de desenvolvê-la como recurso para organizar o trabalho e qualificar sua resposta e as condições para sua realização. Importante destacar que a literatura demonstra que esse é um tema relevante não apenas em serviços

especializados em oncologia, mas, de forma geral, nos serviços de saúde como um todo, justamente por terem sido constituídos como o lugar “adequado” para a morte na contemporaneidade.²⁻³ O diálogo com a literatura auxilia na compreensão em maior profundidade dessa temática.

Os profissionais que convivem com a doença e o sofrimento, enfrentam de maneira singular este problema. Observa-se que o trabalho de enfermagem com o paciente oncológico, conforme apontaram os sujeitos da pesquisa, expõe estes profissionais a adversidades, como situações de estresse, pois é preciso conviver com a perda, com a impotência e com os riscos de todo o arsenal tecnológico utilizado nesses serviços.²⁵ Assim, é necessário que o profissional esteja preparado para lidar com tais adversidades, fato que certamente também interfere na qualidade da assistência prestada. A reflexão sistemática, associada aos momentos em que o profissional tem contato com a morte e o morrer é um mecanismo que permite aprendizagem das diferentes dimensões que são mobilizadas frente à finitude e ao cuidado, seja ao paciente, ao grupo familiar ou rede social desse ou mesmo dos profissionais envolvidos no cuidado.³

Sabe-se que o tratamento e o diagnóstico do câncer produzem transtornos de ordem psicológica, o que pode resultar na produção de sintomas da doença. Os pacientes têm medos em comum, como a morte; a ausência do companheiro ou companheira, o apoio da

família e do médico, a mudança na aparência, que muitas vezes ocasiona a desfiguração, o que pode resultar na perda da função sexual ou na incapacidade de trabalhar ou pensar em lazer, na ruptura de relações interpessoais entre outros aspectos de perdas.²⁶ Esses medos também são compartilhados, em alguma medida, pelos profissionais, conforme demonstrou o campo empírico da pesquisa. Não há suporte efetivo na formação profissional e na organização do trabalho para lidar com essas questões de forma construtiva.

A resiliência pode ser entendida como uma qualidade em que as pessoas desenvolvem, em determinados momentos, a capacidade individual ou em grupo, de resistirem a situações adversas, sem perder o equilíbrio anterior ao evento agressor. Sob este prisma, a pessoa acomoda-se e equilibra-se constantemente, pois consegue relacionar-se com todo o tipo de evento negativo de forma mais consciente.⁵⁻²⁵ Alguns estudos foram realizados em torno da autoestima e do autoconhecimento enfatizando que o desenvolvimento da capacidade de resiliência passa por uma mobilização das suas capacidades de ser, estar, ter, poder e querer, ou seja, a condição de auto-regulação e autoestima.²⁵

Necessário enfatizar que a resiliência é percebida, muito frequentemente, apenas como um traço de personalidade ou atributo individual. Entretanto, as características de cada pessoa são variáveis secundárias no caso das situações de morte e morrer em serviços

especializados em certas doenças ou condições de vulnerabilidade da vida, onde a terminalidade da vida é situação cotidiana. Portanto, é preciso estabelecer programas de apoio social oriundos da própria instituição (hospital, clínica ou serviço), para desenvolver meios de enfrentamento aos eventos estressores que acontecem diariamente no trabalho em saúde como estratégia para qualificar a capacidade de resposta do serviço ao cuidado com as pessoas. É oportuna a ideia de que o vínculo e ou o afeto poderiam ser a base do desenvolvimento de estratégias para que a resiliência seja trabalhada nas pessoas.⁷

Evidencia-se, portanto, quer na literatura, quer no estudo empírico, que há dificuldades no lidar com a morte e o morrer no cotidiano dos serviços. Trata-se de um problema real, relacionado ao contexto do trabalho, que mobiliza de forma diversa os diferentes sujeitos envolvidos. Evidencia-se também que a formação profissional e que as instituições de cuidado tendem a não oferecer condições favoráveis e suficientes ao desenvolvimento de capacidades profissionais, notadamente fatores de estímulo à resiliência, para dar suporte aos trabalhadores e tampouco à produção de uma cultura mais suave em relação à morte e ao morrer. Não se trata de uma aprendizagem centralmente teórica, relativa aos conteúdos de diferentes disciplinas, mas da reflexão sistemática sobre potencialidades e dificuldades para lidar com condições de terminalidade da vida, nos coletivos que realizam o trabalho. O convite à

pesquisa, que mobilizou os enfermeiros e gerou espaço de conversa, apontou como potencialidade essa modalidade de aprender, que designamos como educação permanente em saúde em sintonia com a literatura.²¹

Conclusão

Estudos sobre resiliência têm buscado formas de enfrentamento a situações de adversidade no trabalho, não ficando presas aos indicadores de risco ou mesmo desconsiderando mecanismos mediadores presentes em toda experiência humana. A literatura e o resultado da aproximação empírica da pesquisa demonstram que, mesmo tratando-se de um atributo pessoal, a capacidade de resiliência é desenvolvida no contexto das relações entre os indivíduos e seu entorno.

O contato com a morte e o morrer e o modo como os diferentes atores enfrentam essas condições são temáticas e condições propícias para pensar que a organização do trabalho no interior desses serviços se beneficie com estratégias de educação permanente em saúde, considerada como forma de aprender a partir do cotidiano do trabalho e mobilizada por situações que afetam os trabalhadores. Não se

trata de processos de reconhecimento, centrados na transferência de conhecimentos disciplinares e de teorias, mas na reflexão densa sobre o trabalho e o modo como se organiza. Refletir sobre os problemas do mundo do trabalho, como propõem a educação permanente em saúde, permite identificar insuficiências teóricas e técnicas, mas também compartilhar aprendizagens e sistematizar novas tecnologias, inclusive aquelas que são essencialmente relacionais e que se realizam no cotidiano do trabalho. A aprendizagem, nesse caso, sistematiza novos conhecimentos e propõem a reorganização do próprio trabalho.

Finalmente, importa dizer que há uma necessidade crescente de criar iniciativas educacionais nos hospitais como forma de apoio e aprimoramento ao profissional da saúde que convive diariamente com movimentos estressores. Falar sobre sentimentos e dificuldades no enfrentamento de certas situações não desfaz a teoria e a técnica que embasa a atuação profissional. Ao contrário, desenvolve o trabalho profissional reconectando o trabalho, esse em particular de cuidar de pessoas, com a condição humana do trabalhado que, afinal, é o que nos torna singulares no trabalho de cuidar.

Referências

¹Quadros A; Stobäus CD. Resiliência em Oncologia: um olhar sobre a práxis do enfermeiro. Dissertação (Mestrado em Educação). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2012.

²Pitta Ana. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo; HUCITEC; 1990.

- ³Bellato R, Araújo, AP, Ferreira HF, Rodrigues PF. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. *Acta Paulista Enferm.* 2007; 20(3): 255-63.
- ⁴Silva RS, Pereira A, Mussi FC. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensiva. *Escola Anna Nery, Rev Enferm.* 2015;19(1): p 40-46.
- ⁵Yunes, M. A. M. Psicologia positiva: o foco no indivíduo e na família. *Positiva e Resiliência. Rev. Psicologia em Estudo, Maringá, v.8, n. especial, 2003.*
- ⁶Rodriguez D. El humor como indicador de resiliência. In: Melillo A, Ojeda ENS. *Resiliencia descubriendo las propias fortalezas.* Buenos Aires: Paidós; 2005.
- ⁷Melillo A, Ojeda ENS, Rodriguez D. *Resiliencia y Subjetividad.* Buenos Aires: Paidós, 2004.
- ⁸Houaiss, A. *Dicionário eletrônico da Língua Portuguesa. Versão 1.0.* Instituto Antonio Houaiss. Ed. Objetiva Ltda; 2001.
- ⁹Masten A, Garmezy N. Risk, Vulnerability, and Protective Factors in Development Psychopathology. *Advance in Clinical Child Psychology, New York.* 1985; 8:1-52.
- ¹⁰Pinheiro DPN. Psicologia A resiliência em discussão. *Rev. Psicologia Estudo, Maringá.* 2004;9(1):67-75.
- ¹¹Pedromônico MRM. Problemas de desenvolvimento da criança: prevenção e intervenção. II Encontro de Estudos do Desenvolvimento Humano em Condições Especiais. 2003 ago.; São Paulo; 2003. *Temas sobre Desenvolvimento, 12 (suplemento especial).* p. 7-9.
- ¹²Rutter, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American J Orthopsychiatry.* 1984; 57:316-31.
- ¹³Cyrułnik B. *La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia.* Buenos Aires: Granica; 2001.
- ¹⁴Galende E. Subjetividad y resiliencia: del azar y La complejidad. In: Melillo A, Ojeda ENS, Rodriguez D, orgs. *Resiliencia y subjetividad.* Buenos Aires: Paidós; 2004. p. 23-61.
- ¹⁵Grotberg EH. Introdução: novas tendências em resiliência. In: Melillo A, Ojeda ENS et al. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas.* Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 15-22.
- ¹⁶Yunes MAM, Zsymanski H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J, org. *Resiliência e educação.* 2. ed. São Paulo: Cortez; 2001.
- ¹⁷Infante F. La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. In: Melillo A, Ojeda ENS, orgs. *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas.* Buenos Aires: Paidós; 2002.
- ¹⁸Canelas RS. A resiliência de crianças em situação de risco em programas sócio educativos de Belo Horizonte. *Dissertação (Mestrado em Enfermagem).* Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
- ¹⁹Sória DAC et al. A resiliência como objeto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. *Escola Anna Nery, Rev Enferm.* 2006;10(3):547-551.
- ²⁰Sharksnas T, Lynn B. The Relation shipbetween resilience and job satisfaction im mental helthcareworkers. *Dissertation Abstracts International: section b: The scenciesandengineering.* 2003;64(6-b):2963.
- ²¹Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab Educ Saúde.* 2008; 6(3):443-456.
- ²²Lima PC, Comassetto I, Faro ACM, Magalhães APN, Monteiro VGN, Silva PSG. O ser enfermeiro de uma central de quimioterapia frente à morte do paciente oncológico. *Escola Anna Nery, Rev Enferm.* 2014 jul-set; 18(3): p. 503-509.
- ²³Ferla AA. *Clínica em movimento: cartografias do cuidado.* Caxias do Sul: Educ; 2007.
- ²⁴Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato.* São Paulo: Hucitec; 2002.
- ²⁵Tavares J org. *Resiliência e educação.* São Paulo: Cortez; 2001.
- ²⁶Camargo TC. O ex-sistir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: um estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000. XII, 180 p. Tese (Doutorado)

Submissão: 18/07/2018
Aceite: 29/07/2018