

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

ALEXANDER DE QUADROS

**RESILIÊNCIA EM ONCOLOGIA: UM OLHAR SOBRE A PRÁTICA  
DO ENFERMEIRO.**

Porto Alegre,  
2012

ALEXANDER DE QUADROS

**RESILIÊNCIA EM ONCOLOGIA: UM OLHAR SOBRE A PRÁTICA  
DO ENFERMEIRO.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Curso de Pós-Graduação como requisito  
parcial para obtenção do título de Mestre em  
Educação da Faculdade de Educação da  
Pontifícia Universidade Católica do Rio  
Grande do Sul.

Orientador: Dr. Claus Dieter Stobäus

Porto Alegre,  
2012

ALEXANDER DE QUADROS

**RESILIÊNCIA EM ONCOLOGIA: UM OLHAR SOBRE A PRÁTICA  
DO ENFERMEIRO.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Educação da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.  
Orientador: Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus

Aprovado em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Orientador: Dr. Claus Dieter Stobäus (PUCRS)

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Gilca Maria Lucena Kortmann (UNILASALLE)

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Beatriz Regina Lara dos Santos (PUC/RS)

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Carolina Silva Souza (Algarve/Portugal)

Porto Alegre,  
2012

Q1r Quadros, Alexander de  
Resiliência em oncologia: um olhar sobre a práxis do  
enfermeiro / Alexander de Quadros. – 2012.  
87 f.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação, Porto Alegre,  
2012.

Orientador: Dr. Claus Dieter Stbäus

1. Enfermagem. 2. Educação em Saúde. 3. Oncologia.  
4. Resiliência. I. Stbäus, Claus Dieter. II. Título.

CDU 616-083-006.6

Catálogo elaborado por Luciane Berto Benedetti CRB10/1458

Dedico este trabalho à minha mãe Aida Silva de Quadros que me mostrou o que é ser Resiliente, mesmo diante do diagnóstico e tratamento de um câncer e por ser a pessoa que posso sempre contar em todos os momentos da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, minha força interior e luz para o meu caminho quando muitas vezes pensei em desistir.

Agradeço a todos os meus colegas do Grupo Hospitalar Conceição que dedicaram parte do seu tempo para a realização desta pesquisa. Em especial minha colega de trabalho Andréia da Rosa, meu exemplo de enfermeira e em quem me espelho cotidianamente.

Agradeço ao meu filho Nicolás Anthony, meu pequeno príncipe, tesouro que me faz respirar e seguir em meus sonhos.

Agradeço ao meu orientador, Dr. Claus Dieter Stobäus que me enveredou pelos caminhos da resiliência, mostrando formas e esclarecendo minhas dúvidas nessa caminhada. Agradeço em especial à Professora Dr<sup>a</sup> Bettina Steren dos Santos e ao Professor Dr<sup>o</sup>. Juan José Mourinõ Mosquera, a quem admiro pela sabedoria e por me permitirem construir nestes dois anos o que é ser um enfermeiro educador.

Agradeço aos meus colegas de mestrado e doutorado, em especial à Doutoranda Claudia Flores, amiga, incentivadora, confidente. Obrigado por tudo.

Agradeço a minha amiga Rosane B. Hagem pelo apoio e amizade. A minha Prima Silvia Cunha que me ajudou na análise estatística deste trabalho.

O amor é, de certa forma, o bem último e supremo, que pode ser alcançado pela existência humana [...]. Na pior situação exterior que se possa imaginar, numa situação em que a pessoa não pode realizar-se através de nenhuma conquista, numa situação em que sua realização pode consistir unicamente em sofrimento reto, num sofrimento de cabeça erguida, nesta situação a pessoa pode realizar-se na contemplação da imagem espiritual que ela porta dentro de si da pessoa amada [...] permanece aberta a possibilidade de uma pessoa se retirar daquele ambiente terrível para se refugiar num domínio de liberdade espiritual e riqueza interior.

Victor Frankl (1997).

## RESUMO

O objeto de investigação deste estudo é a resiliência de enfermeiros no cuidado as pessoas com câncer. Os objetivos foram: identificar quais os fatores de risco e proteção estão envolvidos no processo de cuidar dos enfermeiros em oncologia e analisar os aspectos da resiliência dos enfermeiros frente às situações de estresse no cuidado ao paciente com câncer. Como suporte teórico foi utilizado uma profunda revisão da literatura no que concerne aos conceitos de resiliência e panorama do câncer do câncer. Pesquisa quantitativa, com complementação qualitativa, de cunho exploratório-descritivo, desenvolvida com enfermeiros de um Hospital de grande porte da rede Pública de Porto Alegre, após aprovação dos Comitês de Ética da PUCRS e do hospital pesquisado. Os sujeitos foram 37 enfermeiros que responderam a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993). Destes, 8 responderam uma entrevista semi-estruturada, realizada entre agosto e setembro de 2011. A análise qualitativa complementar através da Análise de Conteúdo possibilitou a evidencia de três categorias: O enfermeiro no cenário de oncologia; Sentimentos do Enfermeiro no Trabalho de Oncologia e o Encontro da resiliência no cenário da oncologia: fatores de proteção dos enfermeiros. Constata-se que no cenário estudado a maioria dos enfermeiros apresentam aspectos da resiliência, advindos de estratégias positivas encontradas e originadas pelo cotidiano e pela prática do trabalho, pelos fatores de proteção desenvolvidos frente às situações adversas que esses profissionais estão expostos. Mas percebe-se que ainda existem profissionais com baixa nível de resiliência o que se faz necessário desenvolver estratégias de combate ao estresse e promoção dos fatores de proteção como indispensáveis para melhoria da assistência prestadas aos pacientes com câncer e benéficas à saúde do trabalhador. Sugerimos mais investigações neste segmento da área da saúde e aspectos de educação continuada em Educação para a Saúde

Palavras-chave: Resiliência, Oncologia, Educação, Enfermagem, Educação para a Saúde.



## ABSTRAC

The object of this study is nurses' resilience in the care of cancer patients. Its goals were: identifying risks and protection factors involved in the process of care by oncology nurses and examining aspects of nurses' resilience under stress when assisting cancer patients. As a theoretical framework, a deep literature review was conducted on the concepts of resilience and an overview on cancer. Descriptive-exploratory qualitative/quantitative research was carried out with nurses in a major public hospital in Porto Alegre, Brazil, after approval by ethics committees at PUC/RS and the hospital in question. The subject were 37 nurses who responded to the Resilience Scale put forward by Wagnild e Young (1993). Eight of them responded to the semi-structured interview between August and September, 2011. Data content analysis pointed out three categories: The nurse in the oncology scenario; Nurses' feeling in the oncology work; and Finding resilience in the oncology scenario: protection factors for nurses. It was found that in the scenario studied, most nurses presented resilience aspects resulting from positive strategies found and created by their everyday activities and by their work practice, by protection factors developed in face of adverse situations to which they are exposed. But there are still professionals with low resilience, which demands strategies to fight stress and to promote protection factors, essential to improve care given to cancer patients and beneficial to workers' health.

Key words: Resilience, Oncology, Education; Nursing

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Pontuação dos enfermeiros quanto à Escala de Resiliência.....	49
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: PERFIL QUANTO AO GÊNERO DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DO .....	50
GRÁFICO 2: PERFIL DA FAIXA ETÁRIA DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DO ESTUDO. ....	51
GRÁFICO 3: PERFIL DOS ENFERMEIROS QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO.....	51
GRÁFICO 4: PERFIL DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA ONCOLOGIA. ....	52
GRÁFICO 5: PERFIL QUANTO AO ESTADO CIVIL DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	53
GRÁFICO 6: PERFIL DOS ENFERMEIROS QUANTO AO NÚMERO DE FILHOS. ....	53
GRÁFICO 7: PERFIL DOS ENFERMEIROS QUANTO AO NÚMERO DE EMPREGOS. ....	54
GRÁFICO 8: PERFIL DA OPÇÃO RELIGIOSA DOS ENFERMEIROS ENVOLVIDOS NA PESQUISA. ....	54
GRÁFICO 9: QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DO ESTUDO. ....	55

## SUMÁRIO

<b>1 DA ORIGEM DO ESTUDO.....</b>	<b>14</b>
1.1 ROBLEMATIZAÇÃO.....	15
1.2 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA.....	18
1.3 OBJETO DE ESTUDO.....	19
1.4 OBJETIVOS.....	19
<b>2 UM BREVE MERGULHO NA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM.....</b>	<b>20</b>
2.1 A ENFERMAGEM NO BRASIL.....	21
2.2 A ENFERMAGEM NO RIO GRANDE DO SUL.....	22
2.3 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM.....	24
2.4 A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO EM ONCOLOGIA.....	29
<b>3 PANORAMA DO CÂNCER.....</b>	<b>32</b>
<b>4. EM BUSCA DE UM CONCEITO PARA RESILIÊNCIA.....</b>	<b>36</b>
4.1 RESILIÊNCIA E FATORES DE RISCO.....	39
4.2 RESILIÊNCIA E VULNERABILIDADE.....	40
4.3 RESILIÊNCIA, ESTRESSE E COPING.....	41
<b>5 CAMINHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>44</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	44
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	45
5.3 ABORDAGEM E INTERLOCUTORES.....	46
5.4 OS PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	46
<b>6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>50</b>
6.1 ANÁLISE QUANTITATIVA, DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS DOS ENFERMEIROS.....	51
<b>7 DIALOGANDO COM OS SUJEITOS DO ESTUDO.....</b>	<b>56</b>
7.1 O ENFERMEIRO NO CENÁRIO DE ONCOLOGIA .....	56
7.1.2 Certezas no Cotidiano do Trabalho.....	57
7.2 SENTIMENTOS DOS ENFEMREIROS NO TRABALHO EM ONCOLOGIA.....	59
7.2.1 Estresse no Trabalho.....	59
7.2.2 Responsabilidades e Angústias.....	61

7.2.3 Prazer e Reconhecimento no Trabalho.....	63
<b>7.3.RESILIÊNCIA NO CENÁRIO DE ONCOLOGIA: FATORES DE PROTEÇÃO DOS ENFERMEIROS.....</b>	<b>65</b>
7.3.1 As Estratégias de Proteção e os Vínculo.....	65
7.3.2 Os Riscos Inerentes do Trabalho.....	67
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>74</b>
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	81
APENDICE B - ESCALA DE RESILIÊNCIA.....	83
APENDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA.....	85
ANEXOS - Carta aprovação do CEP da PUC/RS.....	86
ANEXO TCLE aprovado pelo CEP da PUC/RS.....	87

## 1 DA ORIGEM DO ESTUDO

Refletir sobre fatos que se passaram na nossa vida e que, certamente, foram de importância vital para as escolhas que fiz, ou ainda vou fazer, pode se tornar uma tarefa bastante difícil. Muitos eventos poderão ser esquecidos, outros valorizados em demasia, mas com certeza é uma experiência interessante.

O interesse pela temática da resiliência surge das inquietações oriundas da minha trajetória como enfermeiro, pelas vivências neste mestrado, como docente na Pós-Graduação e pelo grande interesse em dar continuidade em minha trajetória acadêmica. Desde o momento que me tornei um enfermeiro educador passei a preocupar-me com as questões relativas à formação dos profissionais de saúde e, em especial, de enfermeiros<sup>1</sup> para atuar junto à educação para a saúde.

Nos últimos anos estive totalmente voltado para a atividade docente, e assistencial, porém a preocupação com a educação vem acompanhando-me por toda minha trajetória profissional.

Para falar do professor é necessário entender o começo: o interesse pela enfermagem. Retrocedi muitos anos, recordando que, ainda na infância gostava das brincadeiras relacionadas ao corpo humano: o cuidar estava sempre presente.

Ainda lembro que quando acontecia um acidente na escola, arranhões e quedas eu estava sempre querendo ajudar, pois não sentia medo e orgulhava-me em estar ajudando.

Após o término do segundo grau iniciei o curso Técnico de Enfermagem no município de São Leopoldo. E após seu término iniciei o curso de graduação em enfermagem em Novo Hamburgo em 1999. Neste mesmo período fui aprovado em um concurso público, trabalhando como monitor de crianças com risco social em um abrigo de proteção em Viamão.

Ao iniciar a faculdade percebi que a enfermagem era um mundo de experiências novas. Novos amigos, colegas e muito estudo vinham pela frente, mas em nenhum momento dessa trajetória vacilei quanto a escolha do curso.

Já durante minha formação acadêmica percebia que meu currículo era totalmente tecnicista, voltado para atuar na doença e pouco se falava em prevenção. Alias os discursos estavam muito mais para o plano teórico da prevenção do que prático. Mas encontrei professores que foram verdadeiros exemplos, até hoje lembro e procuro refletir seus ensinamentos em minha prática.

Pode-se pensar que, em se tratando de uma atividade técnica, o enfermeiro não necessita de fundamentação didático-pedagógica e por isso este aspecto não tenha sido contemplado durante os anos de formação acadêmica. Entretanto concordo com Dilly e Jesus (1995, p.108) quando afirmam que o enfermeiro é um educador em saúde

---

<sup>1</sup> Para evitar repetições utilizarei predominantemente o gênero masculino ao referir-me aos substantivos enfermeiro/enfermeira, inclusive no plural e, os respectivos pronomes. Isto não quer dizer que desconheça os estudos sobre gênero como os de Louro (1999).

e não tem como desenvolver suas funções assistenciais sem realizar atividades educativas junto ao paciente, seus familiares, e ao pessoal de enfermagem.

Para tanto, devemos compreender a educação de forma bastante ampla, sem restringi-la apenas às formas formais organizadas pelas diferentes sociedades, as quais ocorrem quase sempre através da instituição escolar, uma vez que existem inúmeros mecanismos educativos presentes em diferentes instâncias sociais e culturais, destacando-se a educação em saúde desenvolvida pelos enfermeiros e outros trabalhadores da área da saúde.

Logo após o término da graduação, inexperiente, especialmente quanto ao aspecto educacional da minha prática, fui convidado para atuar como docente em uma escola para formação de técnicos de enfermagem. Ao iniciar minhas atividades como professor, aumentaram as inquietações e por isso após a conclusão do curso de Especialização em Docência em Saúde e atualmente o Mestrado em Educação surgem como uma consequência natural desta minha trajetória.

Valhe ressaltar que o termo resiliência era desconhecido e estava desvinculado da minha prática como enfermeiro. Com as disciplinas desenvolvidas neste mestrado pude entrar em contato com este conceito inovador e necessário para enfermagem no sentido de melhorar a assistência prestada e criando possibilidades para que o profissional possa lidar com situações adversas e desafiadoras.

Conforme Yunes (2003, pág. 76) a resiliência surge inicialmente de uma área do saber oriunda da física, como sendo a capacidade que um material possui de absorver energia sem sofrer alguma deformação plástica ou permanente.

Na prática de enfermagem prestada ao paciente com câncer, onde o ambiente da oncologia parece muitas vezes adverso, o enfermeiro acaba se deparando com muitas situações de sofrimento. Neste sentido, o desenvolvimento da resiliência neste ambiente, seria a oportunidade para que os profissionais possam responder de forma mais positiva as dificuldades encontradas.

Pretendemos com essa pesquisa estudar a resiliência dos profissionais enfermeiros que atuam no cenário da oncologia em um hospital de grande porte da região central de Porto Alegre

## 1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Como enfermeiro e atuando na área de oncologia, exercendo atividades diretas a esses pacientes e suas famílias nas unidades de internação oncológica, pude perceber que o trabalho dos profissionais de enfermagem e em específico de enfermeiros se dá num coexistir de pessoas.

De acordo com Bittencourt, (2009, pág. 19) com o aumento da expectativa de vida, hábitos de vida pouco saudáveis e com conseqüente envelhecimento populacional são alguns dos agravantes para o aumento de câncer no Brasil.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA,2010), o termo câncer é utilizado genericamente para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações. Importante causa de doença e morte no Brasil, desde 2003, as neoplasias malignas constituem-se na segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, notificados em 2007 no Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Encontrar políticas de saúde que consigam combater novos casos de câncer requer dos profissionais de saúde aprimoramento científico e experiências que vão desde o conhecimento dos complexos mecanismos de regulação molecular intracelular até às escolhas individuais do estilo de vida das pessoas

A Política Nacional de Atenção Oncológica, incorporada pela Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, define, para o país, abrangente controle do câncer, e considera vários componentes, desde as ações voltadas à prevenção até a assistência de alta complexidade, integradas em redes de atenção oncológica, com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade.

Segundo recente relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) /OMS (WORLD CANCER REPORT, 2008), o impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos. Estimou-se que, no ano de 2008, ocorreriam cerca de 12 milhões de casos novos de câncer e 7 milhões de óbitos. O contínuo crescimento populacional, bem como seu envelhecimento, afetará de forma significativa o impacto do câncer no mundo. Esse impacto recairá principalmente sobre os países de médio e baixo desenvolvimento. A IARC/OMS estimou que, em 2008, metade dos casos novos e cerca de dois terços dos óbitos por câncer estariam presentes nessas localidades.

Em 2008, a IARC/OMS estimou que ocorressem 12,4 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos por câncer no mundo. Destes, os mais incidentes foram o câncer de pulmão (1,52 milhões de casos novos), mama (1,29 milhões) e cólon e reto (1,15 milhões). Devido ao mau prognóstico, o câncer de pulmão foi a principal causa de morte (1,31 milhões), seguido pelo câncer de estômago (780 mil óbitos) e pelo câncer de fígado (699 mil óbitos). Para América do Sul, Central e Caribe, estimou-se em 2008 cerca de um milhão de casos novos de câncer e 589 mil óbitos. (WORLD CANCER REPORT, 2008).

Conforme nos aponta o INCA (2012), foram esperados 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para sexo feminino. Estima-se que o câncer de pele do tipo não melanoma (114 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (52 mil), mama feminina (49 mil), cólon e reto (28 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo do útero (18 mil).

A realidade epidemiológica inerente ao câncer aponta que o atual modelo de atenção a saúde deve organizar e articular os recursos disponíveis nos diferentes níveis de atenção, assim garantindo o acesso aos serviços para que o portador de câncer possa suprir suas expectativas e perspectivas da qualidade de vida. (BITTENCOURT, 2009).



Para a autora todo o cuidado prestado ao paciente com câncer deve contemplar as diversas dimensões do cuidado, biopsicossocial e espiritual, com o objetivo de manter a qualidade de vida, buscando o controle da doença, manutenção de uma vida mais saudável para os familiares quanto ao paciente.

Trabalhar com oncologia sempre me pareceu desafiador, visto que desde minha formação na graduação senti a necessidade de um curso de aperfeiçoamento na área de oncologia e principalmente na relação do manejo com os pacientes, pois sempre foi um tema causador de angústia e receios.

Sempre achei que o paciente com câncer tinha poucas chances de sobrevivida, mas mudei a concepção ao trabalhar como enfermeiro em pediatria onde pude perceber as grandes possibilidades de cura devido aos avanços no tratamento e novas quimioterapias que estavam surgindo no mercado. Essa mudança, também se reforça ao me deparar com o diagnóstico de câncer na minha família (mãe), no mesmo período em que iniciava os estudos de mestrado e conhecimento sobre o conceito da resiliência em oncologia.

Lembro-me que em muitas situações, mesmo desconfortável, buscava conversar com minha mãe sobre o fato dela estar com câncer. Percebia uma preocupação interna, mas que ela tentava amenizar dizendo que tudo daria certo e que iria fazer o tratamento correto. Penso que em muitas vezes minha mãe desconhecia o grande problema que à estava acompanhando. Enquanto eu enfermeiro, mas na posição de filho me sentia impotente e muitas vezes despreparado para lidar com toda a situação que atingia toda família, causando medo e insegurança.

Como enfermeiro da unidade de medicina interna me deparava com frequência prestando cuidados aos pacientes diagnosticados com câncer. Neste período também comecei a ver os pacientes de forma diferente, aprofundando o conhecimento sobre os tipos de câncer e tipos de quimioterápicos.

Situações mais subjetivas ao lidar com o sofrimento dos familiares, mais flexibilidade com os horários de visita, permanência de crianças junto ao paciente internado, acabaram tendo maior valor em minha prática de cuidado.

A partir destes eventos e já com o conceito de resiliência emergido com os estudos do mestrado, comecei a me questionar sobre como alguns enfermeiros gostam de trabalhar na oncologia, se sentindo motivados e outros referem não gostar, dizendo ser um local triste e sobrecarregado?

Para Camargo (2000) o câncer é uma doença que causa medo, pois apesar dos avanços tecnológicos existentes, o que vem permitindo uma melhoria na taxa de sobrevivida e qualidade dos pacientes, permanece o estigma do câncer como uma doença dolorosa, incapacitante, mutilante e mortal. Para o autor, apesar dos recentes avanços no diagnóstico e tratamento do câncer, se asseguram a diminuição da doença e sua cura mas segue o estigma de ser uma doença relacionada com a desesperança, o medo, dor e morte.

Conforme Radunz e Souza (1998), o setor oncológico possui um alto nível de estresse entre a equipe de enfermagem que acaba vivenciando momentos constantes de tristeza e depressão. Este estresse profissional pode ser evidenciado nos demais profissionais envolvidos no contexto da oncologia. Fatores como a dupla jornada de trabalho vem contribuindo para as elevadas taxas de estresse no cotidiano das instituições empregadoras.

Bittencourt (2009) o enfermeiro se torna parte de um grupo vulnerável, por estarem em contato direto com as instalações e manutenções de quimioterápicos, resíduos químicos, radiações ionizantes, aos quais estão com frequência submetidos.

.Para Yunes e Szymanski (2001) a vulnerabilidade refere-se as predisposições as desordens ou susceptibilidade ao estresse. Garcia (2001), Guzzo e Trombeta (2002) definem de forma semelhante o termo como um aumento da probabilidade, há um fator de risco causar de fato um resultado negativo ao indivíduo.

A resiliência neste aspecto seria a fase final de um processo, onde o risco não foi eliminado, mas o indivíduo encontra coragem para enfrentá-lo de forma eficiente. (RUTTER, 1990)

## 1.2 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

O ambiente da oncologia pode muitas vezes ser hostil e ameaçador aos profissionais de enfermagem e estudar a temática da resiliência neste contexto se faz necessário, como forma de facilitar as ações dos enfermeiros, propiciar mudanças pessoais e melhorias no trabalho em equipe, bem como, direcionar os cuidados de forma sistematizada para que o paciente tenha uma melhor qualidade nas atividades prestadas por esses profissionais.

Conforme nos aponta (Sória , 2006 e Bittencourt, 2009) apesar dos avanços das pesquisas em resiliência na ciência do cuidado e para outras áreas da saúde a temática ainda é escassa, sendo necessários novos estudos para o aprofundamento do constructo do conceito e posteriormente sua aplicação na prática do cuidado ao paciente com câncer.

Identificar aspectos da resiliência no cenário escolhido para pesquisa, com enfermeiros da unidade de oncologia e medicina interna, pode direcionar a forma destes enfermeiros em entender melhor o processo saúde-doença, melhorando as oportunidades de criar uma proposta de intervenção de saúde junto a equipe de profissionais, contribuir para melhoria de um cuidar de qualidade e atenuar as possíveis adversidades que o ambiente da oncologia pode apresentar.

Cabe ressaltar que os resultados deste estudo serão oferecidos há instituição que concedeu a oportunidade para pesquisa, através de palestras e abertura no espaço da Residência Integrada em Oncologia para discussão.

A pesquisa está inserida na Linha de pesquisa Pessoa e Educação, do Curso de Mestrado em Educação.

### 1.3 OBJETO DE ESTUDO

O presente estudo objetivou investigar respostas sobre resiliência em enfermeiros na assistência em oncologia de um hospital público de grande porte da região central de Porto Alegre/RS, caracterizando assim o objeto desta proposta de pesquisa, que tem como afinidade a Linha de pesquisa Pessoa e Educação deste mestrado.

### 1.4 OBJETIVOS

- Identificar quais os fatores de risco e proteção estão envolvidos nos enfermeiros no processo de cuidar em oncologia .
- Analisar os aspectos da resiliência dos enfermeiros frente às situações de estresse no cuidado ao paciente oncológico.

## 2 UM BREVE MERGULHO NA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Um provérbio francês, de autor desconhecido, afirma que “Quem conhece a história de uma ciência, conhece metade desta ciência.”

Neste capítulo procuro resgatar o processo de implantação da enfermagem moderna na Inglaterra, no Brasil e no Rio Grande do Sul, bem como identificar, a partir dessa história, os fatores que foram fundamentais para a inserção da enfermagem como profissão.

A Enfermagem Moderna que surge na Inglaterra, na segunda metade do século XIX, é influenciada fortemente por uma mulher que mudou a forma e a direção da enfermagem e foi bem-sucedida em estabelecê-la como um campo respeitável de atuação. Esta mulher notável foi Florence Nightingale (1820-1910).

Neste cenário, segundo Baptista (2004), a enfermagem passou a ser fortemente influenciada pelas características pessoais de Florence. Para o contexto social da época, onde as mulheres possuíam pouco espaço, ela se projetou por sua forte religiosidade e seu amplo conhecimento nos diversos níveis de ensino tais como: lingüística, ciências, matemática, estatística, história, filosofia, artes, política, e economia.

Florence afirmava em seu discurso que a enfermagem deveria ser entendida como uma arte e uma ciência que requer uma educação formal, organizada e científica. E para que pudesse atingir seus objetivos implantou um modelo disciplinar e vocacional ao fundar a Escola de Enfermagem. Assim como afirma Saupe (1998) que:

Historicamente considera-se que o início da profissionalização do enfermeiro tem um a data registrada, 09 de julho de 1860, com a criação da primeira escola de enfermagem do hospital St. Tomas, em Londres, por iniciativa de Florence Nightingale. Não que esta tenha sido uma iniciativa original, mas, em casos anteriores, ficou restrita a determinado grupo religioso ou hospitalar e neste caso expandiu-se, atingindo uma considerável rede de nações.(p.33)

Saupe (1998) comenta que o modelo de ensino implantado e que passou a difundir-se, conhecido como sistema Nightingale, foi acompanhado de grande sucesso, devido aos claros e rígidos princípios estabelecidos por Florence, de acordo com os preceitos e valores sociais da época. Entre esses valores podemos destacar: a direção da escola pela enfermeira, uma rigorosa seleção de candidatas e um ensino teórico e prático metódico. É o que confirmamos com a seguinte citação de Silva (1995) quando esclarece que:

O curso de enfermagem tinha duração de três ou quatro anos. Nele se formavam dois tipos de profissionais: - Nurses- mulheres das classes populares que recebiam formação gratuita, moravam no hospital e dedicavam-se integralmente a ele, recebiam salários e se destinavam ao cuidado direto ao paciente e – Ladies Nurses – de classe social mais

elevada, que custeavam seus próprios estudos, moravam na escola e se destinavam à supervisão e ao ensino. Dessa forma, legitimou-se a hierarquia e a disciplina no trabalho de enfermagem e materializaram-se as relações de dominação-subordinação, reproduzindo-se na profissão não só as relações de gênero vigentes, mas também, as relações de classe (p. 70).

Segundo a autora, ainda pode-se observar que, paralelamente, outros sistemas foram se desenvolvendo e preparando simplificada e os recursos humanos em saúde. Até hoje, esses novos sistemas estão presentes e representados por cursos de nível não universitário, técnico e treinamento de pessoal nas instituições de saúde.

## 2.1 A ENFERMAGEM NO BRASIL

Outro vulto importante na história da enfermagem, segundo Germano (1993), foi a voluntária Ana Justina Ferreira Néri, mais conhecida como Ana Néri, que marcou decisivamente a enfermagem até os dias de hoje. Destacou-se por seu abnegado cuidado aos soldados feridos durante a guerra do Paraguai no séc. XIX. Guerra esta que somente significou para história da América Latina uma verdadeira destruição do país e do povo paraguaio para garantir o imperialismo britânico.

Inicialmente no Brasil, segundo Almeida e Rocha apud Baptista (2004), a enfermagem ficou nas mãos das irmãs de caridade e de pessoas leigas que eram contratadas especialmente entre os ex-pacientes e serventes destes hospitais, tendo em vista seus conhecimentos experimentados no dia-a-dia, experiências estas, que foram construídas nas rotinas diárias das Santas Casas de Misericórdia espalhadas pelo Brasil.

Baptista (2004) reforça que o ensino formal de enfermagem no Brasil foi iniciado em 1890, já no final do século, com a criação da primeira escola de enfermagem do Rio de Janeiro, Escola Alfredo Pinto. Esta escola nasce no próprio hospício de Pedro II, também chamado Hospital de Alienados. Possuía como função preparar enfermeiros para os hospícios e hospitais civis e militares. Era um curso que possuía duração de dois (2) anos e exigia como pré-requisito a instrução primária.

Figueiredo (2003), evidencia que a enfermagem baseada no modelo de Nightingale, chega ao Brasil no ano de 1922, quando enfermeiras norte-americanas convidadas pelo diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, Carlos Chagas, a instituiu através do decreto nº 15.799 de 10 de novembro.

Essas enfermeiras chefiadas por Ethel Parsons tinham como frente de trabalho atuar de forma simultânea em um serviço unificado de enfermeiras de saúde pública, realizando visita aos domicílios para realizar controle sanitário, e também atuar nos dispensários, promovendo entrevistas de cunho educativo. Em 1926, essa Escola recebe o nome de Ana Néri, sendo que atualmente é a Escola de Enfermagem da

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em 1931 foi elevada a escola padrão, devendo servir de referência aos estabelecimentos subseqüentes de enfermagem.

Figueiredo (2003), aponta que essas enfermeiras, que possuíam como meta construir uma visão de enfermagem sólida acabaram por contrariar as expectativas de grande parte dos médicos do departamento, que apenas desejavam resolver momentaneamente os problemas de saúde pública que estavam prejudicando as relações comerciais do Brasil com os países externos. O Departamento Nacional de Saúde Pública serviu como campo de prática para as alunas de enfermagem que, ao mesmo tempo, forneciam mão-de-obra especializada ao hospital.

## 2.2 A ENFERMAGEM NO RIO GRANDE DO SUL

Conforme Germano (1993) no século XX com o alto índice de mortalidade infantil e de diversas doenças infecto-contágiosas que estavam levando a morte muitos brasileiros, principalmente nas cidades portuárias do Brasil levou o país a pensar de forma rápida a mudanças nas diretrizes sanitárias que passaram a ser de cunho educativo e preventivo. Essas mudanças tiveram o objetivo de melhorar a imagem do Brasil frente aos inúmeros países que mantinham relação econômicas de exportação.

Nos primórdios deste século a filosofia de Augusto Comte teve forte influência no comportamento dos políticos gaúchos, principalmente nos instrumentos de base para a condução do desenvolvimento do Estado e para construção da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Segundo as autoras:

Getúlio Dorneles Vargas foi o político que mais se destacou como pacificador da família rio-grandense, dividida pela guerra civil, tanto na qualidade de Governador deste Estado como Presidente da República, Levando sua experiência do associativismo de classes. Foi o presidente que mais sancionou leis, decretos e regulamentos no período pré-profissional da enfermagem brasileira (p. 21).

O Rio Grande do Sul pela sua disposição geográfica está distante do Centro Político e administrativo do país, o que faz com que ocorram dificuldades para que se tenha o acesso imediato às informações disponíveis, cerceando o processo decisório em diferentes níveis, especialmente os da área da saúde, educação e Trabalho (Vanzin e Ney, 2000).

Realizando uma análise histórica, Vanzin e Ney (2000) mostram que a situação no início do século XX, ou em 1900, era complexa. A proclamação da República por Marechal Deodoro da Fonseca e o fechamento do Congresso Nacional, agravaram o panorama político gaúcho. Júlio de Castilhos após vencer a Guerra civil sobre Gumercindo Saraiva, foi eleito logo em seguida, permanecendo num regime autoritário por 37 anos. Neste período Castilhos pretendia resolver os conflitos entre o capital e o

trabalho na sociedade, então escreveu a Constituição do Estado, que foi aprovada, na íntegra, pelos deputados da época em 14 de julho de 1891, sendo considerada a mais atualizada do Ocidente.

No período de 1897 a 1928, Antônio Augusto Borges de Medeiros, advogado, permaneceu como Presidente do Rio Grande do Sul. Neste período elaborou vários códigos da legislação Estadual e Código de Processo Penal. Defendia a estatização dos serviços essenciais como: educação, segurança e saúde (Vanzin e Ney, 2000).

Conforme as autoras, em 17 de julho de 1934, Getúlio Vargas foi eleito pela primeira vez Presidente da República, em eleição direta no encerramento dos trabalhos realizados na Constituinte, ocasião em que foi criado o Estado Novo, em 10 de novembro de 1937, caracterizado como sendo um período onde o regime era autoritário. O Rio Grande do Sul, berço desta política, sofreu de frente suas conseqüências, tanto as positivas como as negativas, durante todo o período do regime de Vargas.

Vanzin e Ney (2000), comentam que o positivismo rondava o comportamento autoritário daqueles que realizavam a enfermagem sem ser enfermeiros. Os poderes das instituições hospitalares de saúde negavam o direito do paciente de decidir em relação a si. Os pacientes necessitavam obedecer aqueles que se julgavam responsáveis por ele.

A Lei nº 9.540 de setembro de 1997 assegurou 25% das vagas para as mulheres ingressarem na vida política, sendo que 95% dos profissionais de enfermagem são mulheres. Assim a enfermagem pôde ser representada com força na política (VANZIN; NEY, 2000).

No Brasil as crises econômicas são inflexíveis e possuem repercussão direta no Estado, trazendo obstáculos para o desenvolvimento econômico em níveis razoáveis para que as necessidades básicas da população sejam atendidas, gerando desempregos e agravando o quadro social, com o empobrecimento contínuo da população gaúcha. Entendem ainda que, a pobreza é um problema que humilha e corrompe o cidadão, acaba destruindo as famílias e gera violência, atingindo a população urbana periférica (VANZIN; NEY, 2000).

Conforme as autoras, a inexistência de políticas sociais efetivas e programas com base na realidade da qual o Rio Grande do Sul faz parte, somada as dívidas contraídas desde o início do século, constituem-se obstáculos para o crescimento econômico do Estado. Com o pagamento de juros elevados, ocorre um comprometimento dos recursos orçamentários para áreas sociais prioritárias, entre elas a saúde. Com a diferente concentração de renda entre ricos e pobres, situação aparentemente ignorada pelos legisladores, empresários e banqueiros, acaba ocorrendo uma prática inversa, aumentando ainda mais as diferenças entre a população.

Vanzin e Ney (2000), comentam que na primeira metade do século, as instituições ou Santas Casas eram mantidas pelas Congregações Religiosas, no

exercício de sua filantropia e ajudadas pela sociedade. A assistência era direcionada aos pobres, já que os ricos tinham suporte de saúde com médicos particulares e cuidadores a domicílio, ou viajavam buscando recursos em outros Estados e países da Europa e Estados Unidos.

Na segunda metade do século, a situação de saúde melhorou visivelmente nas três décadas seguintes, com a construção de hospitais e institutos, criação de escolas de Enfermagem e de auxiliares, especialmente na capital gaúcha e centros universitários das cidades do interior de grande porte tais como: Santa Maria, Passo Fundo, Caxias do Sul, Pelotas, Rio Grande e outras. Com o início da década de 80, a insensibilidade política passou a prejudicar os serviços de saúde pública, de modo contínuo, chegando até os dias de hoje. Os postos de saúde ou unidades sanitárias passaram a sofrer com a falta de enfermeiros e pessoal auxiliar, convivendo com péssimas condições de trabalho. Em decorrência disso, acabaram afastando os clientes que passaram a procurar as emergências dos hospitais de grande porte, para resolver todo e qualquer problema de saúde que poderiam ser resolvidos nos postos de saúde (VANZIN; NEY, 2000).

Para Vanzin e Ney (2000) é possível ainda verificar:

Uma tendência em desmoralizar os serviços públicos de saúde em benefício do complexo-médico-industrial ao qual a vontade política parece atrelada. o lucro com a saúde é gerado pela monitorização dos doentes aos laboratórios clínicos, indústria farmacêutica e de equipamentos, de próteses e de exames que exigem uma tecnologia sofisticada e pessoal qualificado (p.26).

Observa-se, nesta citação, que esses recursos estão atualmente disponíveis a uma pequena parcela da população que dispõe recursos financeiros, planos de saúde ou pertencente a algum convênio, acabando por marginalizar os pobres que necessitam do Sistema Único de Saúde. A participação de enfermeiros nos Conselhos de Saúde em âmbito Estadual e Municipal viriam a assegurar aos profissionais através de dispositivos legais a possibilidade de definir, interpretar e assessorar as políticas de enfermagem.

### 2.3 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

A evolução da profissionalização do enfermeiro no Brasil, conforme Saupe (1998), mostra que esse processo tem sido dirigido e comandado principalmente pelas escolas e pelos modelos de currículo obrigatórios, com vistas a preparar e se adaptar as exigências do mercado de trabalho, tendo como objetivo paralelo em nosso entendimento, a necessidade de conhecer as vertentes que determinam até os dias de hoje os caminhos da ação e da reflexão na enfermagem brasileira.



Saupe (1998), afirma que o currículo é a síntese de processos que ocorrem no interior da instituição escolar, sendo um mecanismo essencial para construção de identidades individuais e sociais, atravessada por relações de poder, visando interesses neutros ou particulares.

É importante destacar que, para Moreira (2001), o currículo não passa a ser um elemento transcendente e atemporal. Ele participa de uma história, vinculada a formas vigentes de educação. Ainda nesta linha de pensamento, essa história do currículo vem sendo acompanhada pela luta de interesses, muitas vezes conflitantes e que revelam posturas diferentes quanto a educação escolar.

Diante do exposto, Santos (2004) afirma que enquanto um grupo de educadores percebe a educação como um processo de contínua transformação humana, outros, consideram-na sob um ponto de vista mais instrumental. O que neste último sentido tende a relacionar o currículo com as demandas econômicas do mercado de trabalho.

É na década de 1920, segundo Santos (2004), que se esboça uma primeira política de saúde, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1922, que objetivava o saneamento dos portos e dos núcleos urbanos, no combate às epidemias que prejudicassem o comércio exterior. Foi implantado, neste mesmo ano, com forte influência da estrutura sanitária norte-americana, através da Fundação Rockefeller uma política de saúde que viesse atender as necessidades emergentes em saúde da época.

Criou-se, segundo Saupe (1998), a Escola do Departamento Nacional de Saúde Pública sobre o decreto nº 15.799, de 10 de novembro de 1922. Iniciou seu funcionamento no ano de 1923, com 14 (quatorze) alunas matriculadas, O currículo estabelecido pelo decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923 era composto de uma parte geral da qual constavam 16 (dezesesseis) disciplinas e uma parte especializada constante de oito disciplinas. A exigência para essas alunas era possuir o curso normal ou equivalente, e a duração do curso conforme estabelecido pelo art. 400 do decreto 16.300/23 estava estipulada em dois anos (parte geral) e quatro meses (parte especializada), mas segundo consta não foi essa determinação que aconteceu, pois o currículo era adaptado e utilizado de forma diferente da proposta estabelecida.

Ao analisar o surgimento da enfermagem no Brasil, Silva (1989), conclui que buscou-se atingir o objetivo de atender a problemas imediatos de saúde pública de um país pobre implantando-se um modelo de escolarização de país rico. No Brasil, a finalidade das primeiras escolas de enfermagem era a de atender aos interesses governamentais que estavam voltados para resolução de problemas de saúde pública, enquanto que os estágios hospitalares ocupavam a principal parte do tempo das alunas.

Baptista (2004), Santos (2004) e Saupe (1998), concordam quando afirmam que a grande reforma no ensino da enfermagem surge no ano de 1949, com a promulgação da Lei 775, de 06/agosto/1949 e pelo decreto 27.426, de 14/novembro/1949, que deu

uma roupagem única para o ensino de enfermagem e estabeleceu um currículo obrigatório e único para todas as escolas e cursos.

Segundo Santos (2004), com o aumento da industrialização e de urbanização no país, as políticas de saúde são voltadas para atender as necessidades dos setores produtivos. Então, sente-se a necessidade emergente da criação de um modelo de assistência à saúde individual, priorizando o atendimento em nível hospitalar.

Além disso, para a autora, diante da necessidade de mão-de-obra qualificada nos serviços de enfermagem, e com a consolidação do ensino de enfermagem como Lei; cria-se neste âmbito o ensino de enfermagem em nível de primeiro grau, posto que foi nesta mesma lei que foi determinado os requisitos mínimos para a organização e funcionamento dos cursos de auxiliar de enfermagem, que tinham como finalidade de preparar esses profissionais para auxiliar o enfermeiro no seu trabalho.

É importante observar segundo Saube (1998) que:

A partir da vigência da lei, o ensino da enfermagem passa, oficialmente e em nível nacional, a desenvolver-se em duas modalidades: curso de Enfermagem com 36 (trinta e seis) meses e curso auxiliar de enfermagem de 18(dezoito) meses. A idéia de formar um profissional de menor tempo e orientado especificamente para a área assistencial/hospitalar já vinha germinando desde 1934, sendo que a deficiência numérica de enfermeiros, que, todavia, só começaram a se expandir e a aumentar o número de formandos a partir de 1953 (p. 39).

Para Santos (2004), o currículo previsto na Lei 775/49 e regulamentado pelo Decreto 27.426/49 representava uma adaptação pelo previsto pelo “*Curriculum Guide*”, elaborado no ano de 1937, pela *National League of Nursing* nos Estados Unidos, entende que este fato pouco inovou em relação ao programa de instrução inicial (decreto 16.300/23) da antiga Escola Ana Nery.

Para a autora, nesta transformação o currículo de enfermagem volta a se modificar, sendo reformulado pelo parecer nº 271 de 19/outubro/1962, onde fica estabelecido um curso geral a ser desenvolvido em um mínimo de 3 (três) anos letivos diminuindo de 29 (vinte e nove) para 8 (oito) o número de disciplinas, e duas alternativas para especialização opcional. A especialização deveria ocorrer após a conclusão do curso geral e formaria: o enfermeiro em saúde pública e o enfermeiro obstetra, que viriam suprir as necessidades emergentes no atendimento em saúde pública e fortalecer uma maternidade segura sem riscos para a criança e a mãe.

Para Santos (2004), enquanto os currículos anteriores, de 1923, e o de 1949 privilegiavam a saúde pública, com ênfase na prevenção, o atual currículo aprovado em 1962, passa a privilegiar as especializações com enfoque na atenção a saúde individual e curativa. Assim Saube (1998) afirma:

O período de vigência do parecer nº271/62, foi o mais curto até agora na história da enfermagem brasileira. [...] mas esta vida curta, pode ser considerada bastante longa se analisarmos todas as contradições embutidas na proposta e nas inúmeras críticas registradas ao longo

período. Ao mesmo tempo que confirmava a enfermagem como curso universitário, de “status” superior, procedia o “enxugamento” de importantes áreas do conhecimento como as ciências biológicas e a saúde pública...ao mesmo tempo que centrava a formação nas disciplinas práticas orientadas para a ação, “enxugava” a carga horária destinada ao desenvolvimento de habilidades técnicas. Mudam precipitadamente, os rumos que a enfermagem vinha trilhando ao longo dos trinta anos anteriores, que, apesar de um desenvolvimento mais ou menos desordenado, era eminentemente orientado para a saúde da totalidade da população e, então passa a se concentrar na assistência prestada aos pacientes hospitalizados. (p.44).

Neste sentido, Luckesi (1994) comenta que, a partir do ano 1964, durante o período da ditadura militar e durante um período de grande avanço industrial, uma perspectiva de escola tecnicista recebeu um grande impulso tentando adequar o modelo e o discurso ao modelo de desenvolvimento vigente já que acreditava que a escola era a responsável pela mão de obra de baixa qualidade. O marco de implantação de um modelo tecnicista, foram as Leis 5.540/68 e 5.692/71, que reorganizaram o ensino de nível superior e conseqüentemente o ensino de 1º e 2º graus, buscando colocar a escola nos moldes de racionalização do sistema de produção capitalista.

Para Baptista (2004), pode-se afirmar que o tecnicismo caracterizou especialmente a década de 70, preconizando que o essencial e o ideal não são os conteúdos, mas as técnicas como tendência de uma educação. Esta visão refletiu-se profundamente no ensino da enfermagem, consolidando a metodologia centrada na repetição de rituais e nas técnicas rígidas.

Assim, para Santos (2004) e Saupe (1998), o currículo mínimo pertencente ao Parecer 163 de 28 de fevereiro de 1972 e a resolução n. 4 de 25 de fevereiro, que vigorou até o ano de 1994, ainda continuou privilegiando a formação de um enfermeiro, orientado pelo modelo biomédico de assistência hospitalar.

Trabalho realizado por Saupe (1998), sobre a formação do enfermeiro afirma-se que a evolução do currículo da enfermagem no Brasil inicia-se com um enfoque generalista e comunitário, e vai se adaptando às políticas de saúde emergentes e ao modelo de privatização dos serviços de saúde, levando em primeiro momento na valorização da especialização precoce e ao domínio de tecnologias, que nem sempre são adequadas as nossas realidades.

Segundo Santos (2004), a partir do ano de 1980 com o processo de redemocratização no país, novas propostas para organização dos serviços de saúde surgiram. Essas mudanças foram fixadas pelas recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde, responsáveis pelos princípios da Reforma Sanitária, cujos desdobramentos resultaram na implantação do Sistema Único de Saúde.

Assim, para Santos (2004), uma das organizações que foi marcante, intervindo de forma muito presente nas mudanças curriculares, foi a Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, nascida em 1926, que nunca mediu esforços para intervir em imposições governamentais que se confrontam com os interesses básicos da profissão.

Aprovada uma nova portaria em 1994, conforme Saupe (1998) e Santos (2004), tem início uma nova mudança dos currículos, com a promulgação pelo MEC, da Portaria n. 1.721 determinando novo currículo mínimo para os cursos de enfermagem. Santos (2004) nos confirma que:

Enquanto as escolas de Enfermagem reestruturam e/ou adaptam seus currículos de acordo com a Portaria 1.721, novo movimento de reforma já estava sendo implementado pelo MEC. Na verdade, esse movimento de mudança curricular na formação do enfermeiro já estava sendo gestado no mundo da Enfermagem, envolvendo docentes e discentes de escolas de enfermagem, enfermeiros de serviços e entidades da categoria. Foram realizados diversos seminários para debater o “Perfil e Competência do Enfermeiro e o Currículo Mínimo para a Graduação em Enfermagem”, como o que ocorreu em 1988. Assim, em 9 de novembro de 2001, o conselho Nacional de Educação/Câmara do Ensino Superior institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.(p.68)

Para que ocorresse uma ampla reforma no sistema educacional segundo o MEC (2000), “a primeira providência foi à aprovação da lei n. 9.131, dezembro de 1995, que reformulou as bases da criação de novas instituições ”[...] o novo sistema possui como centralidade três pontos: flexibilidade, competitividade e avaliação (p.8).”

Ainda para o Ministério da Educação (2000), a reestruturação curricular tem por objetivo flexibilizar a estrutura dos cursos de graduação, permitindo as certificações parciais para cursos de curta duração e abandonando a idéia até então vigente, de fixar currículos mínimos para cada carreira, substituindo-se pelo conceito de diretrizes curriculares por área de ensino.

Santos (2004) comenta que neste sentido as Diretrizes Curriculares são orientações gerais que devem nortear todas as Instituições do sistema educacional de Ensino Superior no país. Conforme ele as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem, abordam para uma formação que tem por missão propiciar ao profissional enfermeiro os conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades gerais e ter a capacidade de capacitá-lo a adquirir conhecimentos para o exercício de competência e habilidades específicas que venham complementar as funções do profissional enfermeiro.

Conforme o Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior, resolução CNE/CES nº 3, de 7 de Novembro de 2001, institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem. Segundo essas diretrizes fica instituído que o Curso de graduação em Enfermagem tem por objetivo dotar o profissional de conhecimentos para o exercício das seguintes habilidades gerais: atenção à saúde, onde o profissional deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação de saúde; tomada de decisões, visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, medicamentos, de equipamentos e procedimentos e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas; comunicação, manter

confidencialidade das informações, a comunicação deve contemplar a comunicação verbal, não verbal, habilidades de escrita e leitura, domínio de uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação; liderança, devem estar capacitados para assumir posições de liderança, envolvendo compromisso, responsabilidade, empatia, gerenciamento de forma efetiva e eficaz; administração e gerenciamento, aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração da força de trabalho quanto dos recursos físicos, materiais e informação, devem ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de enfermagem; educação permanente, devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

#### 2.4 A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO EM ONCOLOGIA: REFLEXÕES PARA PRÁTICA

Neste capítulo busquei fazer uma reflexão à cerca da formação do enfermeiro que atua no cuidado prestado ao paciente oncológico. Necessidade eminente de aperfeiçoar-se para adaptarem-se as grandes transformações advindas da tecnologia, bem como, o reconhecimento de todas as interfaces que englobam o cuidado oncológico. Saberes esses que não devem ser encontrados somente com a prática do cuidado, mas que necessitam estar presentes desde a formação inicial do enfermeiro nos currículos de graduação.

Em minha prática profissional há 6 anos atendendo pacientes oncológicos, habito cotidiano, do qual muitas vezes, me sinto cansado e sem forças. Passei a direcionar meu olhar para a relação entre o enfermeiro e o paciente, considerando que acredito nesta relação como um benefício para a assistência prestada.

Assim Pita (1990) nos aponta que a legislação trabalhista reconhece a relação causa-efeito dos inúmeros agentes físicos, químicos e biológicos na produção de doenças ditas ocupacionais. Porém, o trabalho em si, como fator morbigênico, a insalubridade, a penosidade e a frequente exposição ainda requerem a construção de novos modelos de investigação, interdisciplinares, e que além de ordem técnica e científica, precisam ser discutidos filosófica, moral, política e socialmente.

Lauter (1995) com intuito de evidenciar o desgaste do profissional enfermeiro no meio hospitalar realizou diversos estudos em hospitais de Porto Alegre e revela um grande quantitativo de profissionais acometidos pela “*Síndrome de Bournaut*”. Nestes locais identifica que os fatores que constituem a gênese do prazer e sofrimento no trabalho hospitalar estão relacionado com o próprio trabalho do enfermeiro em lidar com doentes e com o sofrimento do semelhante, apontando a organização do trabalho um fator adjuvante. Por último identifica as condições de trabalho e a falta de materiais e instrumentais como relevante para o desenvolvimento da “síndrome”.

Para pesquisadora americana Maes (2000) vem alertando a escassez de profissionais qualificados em oncologia. Relata que o número de habitantes aumentou

advindo o aumento do número de pacientes oncológicos. Alerta que o número de inscritos nos cursos de especialização em oncologia diminuiu nas últimas décadas. Enfermeiros com experiência acabam por se aposentar ou recebem promoções se afastado do cuidado assistencial. No território americano aparece um déficit em torno de 250.000 enfermeiros para o trabalho em oncologia, com tendência a aumentar devido ao aumento de casos novos. Muitas instituições empregadoras acabam oferecendo atrativos em remuneração, bônus e diminuem o tempo de experiência nas contratações para os setores de transplante de medula óssea e cuidados paliativos.

Para Nevidjon (2000), são vários os fatores que levam a falta de enfermeiros em oncologia. O *burnout*. O desgaste emocional são as causas mais importantes. Os enfermeiros não deixam de serem enfermeiros, mas acabam migrando para outras áreas menos estressantes. As instituições formadoras vêm se preocupando com a formação desses egressos pois o cuidado prestado requer lidar com múltiplas complicações do tratamento, os efeitos colaterais, problemas psicossociais, religiosos e conflitos familiares.

Sordi (1998) nos revela que os serviços de saúde vêm sendo caracterizado por atividades eminentemente intensivas, incluindo-se as relacionadas aos avanços tecnológicos e científicos, onde muitas empresas estão enfrentando mercados globalizados e competitivos, o que vem provocando mudanças íntimas no trabalho em saúde.

Frente a essas grandes mudanças cabe ressaltar que o enfermeiro possui papel preponderante frente ao cuidado prestado ao paciente oncológico, as relações familiares e sua equipe de trabalho. Desta forma é necessário que a busca por qualificação para desenvolver as competências necessárias deste trabalho tão específico seja uma constante no mundo globalizado em que vivemos.

Para Sousa, Filha (2006) et al., a enfermagem historicamente vem se destacando por cuidar bem de seus clientes de forma organizada, através de disciplina e baseada em conhecimentos científicos. O cuidado norteou a prática clínica muito antes de fazer parte da espinha dorsal das teorias de enfermagem.

Salienta Santos (2003) que a formação de enfermeiros no Brasil teve seu início em 1923, quando Carlos Chagas cria a escola de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, com a intenção de melhorar as condições sanitárias de saúde pública brasileira. Neste panorama o currículo foi desenvolvido para atender os problemas sociais, políticos e econômicos do país na época num modelo francês e depois norte-americano. Em 1949, com a lei 775/49 o ensino de enfermagem foi uniformizado.

Segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996, aponta inovações na educação nacional, com uma proposta de reestruturação dos cursos de enfermagem e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso (ITO, 2006).

Conforme Fernandes, Xavier, Ceribelli et al. (2005), as Diretrizes curriculares fomentar no ensino de enfermagem uma formação geral necessária para que o estudante possa vir a superar os desafios advindos do exercício profissional, permitindo uma autonomia intelectual, formação de habilitações diferenciadas, fortalecendo a rede entre teoria e prática. O perfil do novo egresso de enfermagem ao trabalho vem descrito pelas Diretrizes Curriculares como um enfermeiro generalista, humanista, com pensamento crítico e reflexivo. Capacitado para reconhecer e intervir sobre os problemas e situações, identificando as dimensões bio-psico-social dos seus clientes, atuando com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Desta forma cabe repensar a inserção do ensino formal de oncologia, enquanto disciplina nos currículos de graduação. Sendo que as Instituições de Ensino superior (IES) precisam reconhecer a importância do estudo na para seus discentes e contextualizar em seu Projeto Político Pedagógico (PPP).

Pimenta e Anastasiou (2002) abordam a necessidade da construção do PPP de forma coletiva, permitindo que todos os interessados participem da análise, façam as discussões e tomada de decisões conjuntas necessárias e possíveis à instituição de ensino.

Lopes, Teixeira, Vale et al., (2006) contribuem referindo que as diretrizes curriculares preconizam a formação de um enfermeiro generalista, onde algumas instituições ao tentar se adaptar as novas mudanças acabaram excluindo algumas disciplinas por entenderem que pela especificidade poderiam ser administradas na Pós-Graduação Lato Sensu, sem atentar para as transformação existentes na saúde e não deixando sua marca institucional na operacionalização das novas diretrizes.

Para os autores, não apenas a disciplina de oncologia, mas outras acabaram sendo excluídas dos currículos e dispensadas da formação inicial do enfermeiro. Currículo que foi preconizado para ser mínimo, não preconizando a integralidade da assistência em todos os níveis de cuidado, considerando os pressupostos do modelo clínico e epidemiológico.

Entendo que muitas vezes o cuidado prestado pelos enfermeiros acaba distanciando da prática, com poucas exceções conseguimos viabilizar ações de enfermagem voltadas para o cuidado individualizado de seus clientes. Com a ênfase nas habilidades técnicas, cumprimento de regras e normas, priorização de tarefas voltada aos aspectos meramente biológicos, tornando o trabalho de enfermagem uma atividade complementar à atividade de outros profissionais, principalmente do médico.

É preciso que as novas diretrizes curriculares possibilitem mudanças que possam proporcionar aos enfermeiros a possibilidade de desenvolver a capacidade crítica, onde as instituições de ensino possibilitem o ambiente para essa formação com o objetivo de suprir nossa necessidade de saúde.

### 3 PANORAMA DO CÂNCER

Com a velocidade que vem se desenvolvendo o conhecimento da estrutura genética, aponta-se para um caminho que em curto prazo, a prevenção e o tratamento do câncer irão percorrer com absoluto predomínio. Podendo ser mantido sob controle a harmonia a reprodução celular. Neste capítulo procuro resgatar e contextualizar o panorama do câncer do Brasil e no Rio Grande do Sul.

Segundo relatório recente da Agencia Internacional para pesquisa em câncer (IARC)/OMS (World Câncer Report 2008), o impacto de casos novos de câncer mais que dobrou em 30 anos. O continuo crescimento populacional, o aumento da expectativa de vida e esse impacto afetaram de forma significativa principalmente os países de médio e baixo desenvolvimento.

Conforme o Instituto Nacional do Câncer para o ano de 2012 e 2013 evidenciam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer. Reforçando o câncer de pele na modalidade não melanoma. O que reforça a grande magnitude do problema do câncer no país. Excluindo-se os câncer de pele não melanoma tem-se esperado 385 mil novos casos. O tipos com maior incidência serão câncer de pele não melanoma (63 mil novos casos), próstata (60 mil), pulmão e reto e estomago para o sexo masculino e os cânceres de pele não melanoma, mama (63 mil ) colo de útero (18 mil), cólon e reto (16 mil) e glândula tireoide para as mulheres.

São esperados um total de 257.870 casos novos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino. Confirma-se a estimativa que o câncer da pele do tipo não melanoma (134 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (60 mil), mama feminina (53 mil), cólon e reto (30 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (18 mil) (INCA, 2012).

Para o Ministério da Saúde (2004) o perfil epidemiológico brasileiro aponta as neoplasias como a segunda causa de morte, passando nos últimos vinte e cinco anos do quinto para o segundo lugar. A Organização Mundial da Saúde estimam que em 2030 o número de óbitos chegue a 23,4 milhões, contra 7,4 milhões no ano de 2004, tendo o tabagismo como um grande causador de câncer.

Conforme Menezes (2002) Smeltezer (2012) Guerra et al,(2002) o tabagismo alem de contribuir para o aumento da incidência de câncer no país, contribuindo para o surgimento de outros tipos de câncer como, laringe , esôfago, boca e faringe. Sendo que o câncer de boca e faringe aumentam suas incidências se estiverem associados a desnutrição e etilismo, fatores de risco que são comuns no cotidiano do Brasil.

Para Agência Internacional de Pesquisa em Câncer estima-se para 2010/2011 a ocorrência de 489.270 novos casos da doença. Aparecendo como maior incidência os cânceres de próstata e pulmão para os homens e de mama e colo do útero para o sexo feminino. Acompanhando este mesmo perfil para toda América Latina. As maiores incidências da doença aparecem para as regiões sul e sudeste, e as menores taxas para regiões norte e nordeste. No Estado do Rio Grande do sul, estima-se para



2010/2011 o aparecimento de 9.820 casos de câncer de próstata e 4.890 para o surgimento do câncer de pulmão em homens. Enquanto estima-se 9.310 para o câncer de mama enquanto 3.110 casos para o câncer do colo do útero e 3.140 para o colo do reto.

A estimativa da incidência de câncer para o Estado do Rio Grande do Sul no ano de 2012 referentes às taxas brutas por 100 mil habitantes e do número de casos novos segundo sexo e localização primária evidencia para os homens o câncer de próstata com uma estimativa de aparecimento de 4.280 casos para o Estado e 640 diagnósticos na capital de Porto Alegre. Seguidos dos cânceres de traqueia, brônquio e pulmão com 2.780 casos no Estado e 370 diagnósticos na capital. (INCA, 2012)

A incidência de câncer para as mulheres no Rio Grande do Sul aponta o câncer de mama com a taxa mais elevada (4.610 casos novos no Estado) e o surgimento de 980 diagnósticos em Porto Alegre. Os cânceres de traqueia, brônquio, pulmão e cólon e reto aparecem como 2º causa mais frequente para aparecer no Estado do Rio Grande do Sul (1.400 casos no Estado). Para a capital de Porto Alegre se esperam 260 casos para o diagnóstico de câncer de traqueia, brônquio e pulmão e 320 casos para o de cólon e reto. (INCA, 2012).

Conforme Smeltezer (2006), o câncer é uma doença onde a célula humana sofre geneticamente mutações, multiplicando-se desenfreadamente com características invasivas, podendo atingir outros órgãos vizinhos ou áreas do corpo. Sendo chamados esses eventos de metástases. A autora ainda comenta que “O câncer não é uma doença única com única causa; em lugar disso, é um grupo de doenças distintas com diferentes causas, manifestações, tratamentos e diagnósticos” (2006. pag. 337).

Para Longo (2002) Smeltezer (2006) e INCA (2012) é preconizado pela União Internacional contra o Câncer o sistema de estadiamento mais utilizado que esta baseado na extensão da doença, observando as características do tumor (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão onde o tumor esta localizado (N) e a ausência e presença de metástases (M). Conforme está preconizado estes parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 ou M0 a M1.

Segundo Smeltezer (2006) Existem outros sistemas de estagiamento para descrever a extensão do cânceres, como do sistema nervoso central e hematológicos e o melanoma maligno que o sistema TNM não descreve adequadamente.

Os investimentos em tratamentos oncológicos são variados e podem consistir em: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A cirurgia consiste na retirado do tumor ou de parte dele, juntamente dos tecidos vizinhos. Considerado o procedimento mais invasivo e conforme a localização pode deixar deformações e mutilações que poderão ocasionar possíveis distúrbios de auto-estima e funcionalidade. (SMELTEZER, 2006)

Conforme Sausville e Longo (2002), a o tratamento com radioterapia consiste na utilização de radiação ionizante direta com o objetivo de destruir ou diminuir o crescimento celular desordenado das células malignas. Este tratamento lesiona todos

os tecidos por ele exposto. A exposição a este tratamento leva o paciente a muitas vezes desenvolver reações sistêmicas como anorexia, náuseas, vômitos e fadiga além de queimaduras diretas ao sítio de exposição pela radiação, ressecamento das mucosas adjacentes, dor local, entre outros.

Para Fonseca et al., (2000) a quimioterapia antineoplásica é outro método muito utilizado na busca pela destruição da célula cancerígena, consistindo na utilização de agentes químicos isolados ou em combinação. Sua indicação implica numa série de fatores que devem ser levados em conta no planejamento como: idade do paciente, estado nutricional, funções renal, hepática e pulmonar, presença de infecções, o tipo de tumor, a existência de metástase e extensão da mesma, além da condição de vida do paciente para seu prognóstico.

Conforme Bonassa (1998) aponta a quimioterapia antineoplásica como uma das mais importantes e promissoras maneiras de tratar o câncer. Devido a sua ação sistêmica onde os medicamentos agem de forma indiscriminada nas diversas células do paciente, sejam elas normais ou cancerosas, produzindo efeitos colaterais desagradáveis e muitas vezes comprometedores a vida do paciente.

Para Camargo (2000) o impacto que o diagnóstico de câncer em geral é aterrador, pois apesar dos avanços tecnológicos e terapêuticos, o que vem permitindo uma melhora na taxa de sobrevivência e com conseqüente melhora de vida, continua permanente o estigma do câncer ser uma doença dolorosa, incapacitante mutilante e mortal. Para o autor ainda mesmo com as possibilidades de cura e remissão da doença ela ainda está relacionada com a desesperança, medo, dor e morte.

De acordo com Lesko (1997), desde o diagnóstico de câncer e seu tratamento, geralmente produzem transtornos psicológicos resultantes dos próprios sintomas da doença, bem como das percepções que o paciente e sua família tem da doença e do seu estigma. Os medos existentes em geral são comuns para todos os pacientes: medo da morte, dependência do companheiro (a), da família, do médico; a mudança na imagem corporal, mudança na função sexual, incapacidades nas relações de trabalho/lazer além da dor nos estágios mais avançados.

Para os autores (Mc GRATH, 1990; PIMENTA, 1995; ROSSATO, 1997) a dor, pode ser definida como uma experiência perceptual, sensorial e emocional desagradável, sendo subjetiva e consiste num sintoma ou sensação individual, expressa por respostas fisiológicas e comportamentos específicos, cuja interpretação está relacionada a fatores culturais, emocionais e sensitivos que só podem ser compartilhados a partir do relato de quem a sente.

Para Messie (1991) o paciente com câncer apresenta algumas características particulares, devido a sua singularidade, as suas formas de expressão, frente a revelação de um diagnóstico de câncer. Entre elas, o autor comenta, que inicialmente um sentimento de não acreditar que a doença esteja acontecendo com ele, chamado de negação ou desespero, com duração de dois a cinco dias. Em uma segunda fase com duração de uma ou duas semanas um sentimento de disforia, ansiedade,

depressão, perda do apetite, insônia e irritabilidade. Neste período ocorre dificuldade de realizar atividades da vida normal e concentração. A adaptação a realidade geralmente surge várias semanas após a revelação do diagnóstico, momento em que o paciente busca informações a respeito da doença e tratamento, encontra otimismo para vencer a doença, e reassume suas atividades.

Segundo Predolo e Zago (2002, pag.51) afirmam que os pacientes com diagnóstico de câncer enfrentam mudanças na sua rotina de vida. Com mais frequência ao médico e ao hospital, adaptação ao tratamento e dificuldades oriundas da readaptação ao cotidiano da família e com a sociedade. Para os autores:

[...] o enfrentamento emerge como uma estratégia para lidar com uma situação estressante, necessária para manter os desafios e afastar as ameaças, como também, reduzir ou eliminar a fonte de estresse, favorecendo a adaptação psicológica do indivíduo ou da família.

Entendo que é necessário à implementação e promoção de medidas de prevenção aos fatores de riscos desencadeantes de câncer. Campanhas contra o tabaco, orientação nas escolas e locais de trabalho devem ser estimuladas e priorizadas para atender as necessidades da população que precisam dos serviços para a detecção do diagnóstico e tratamento do câncer.

A resiliência diante dessas considerações nos remete a pensar que o conceito pode ser aplicável para o entendimento no processo de adoecimento e recuperação do doente oncológico. Tornando-se um desafio, visto a escassez da abordagem do tema e pouco subsídio para investigação e intervenção dos profissionais de saúde frente ao doente com câncer.

#### 4. EM BUSCA DE UM CONCEITO PARA RESILIÊNCIA

O encantamento do mundo é um produto da evolução: os animais são enfeitiçados quando percebem a sensorialidade de um outro, o odor, a cor, a postura, que os governa servindo-se dos cinco sentidos. E os homens, única espécie que possui seis sentidos e no sentido que a historicidade cria. Nunca vemos o mundo dos outros, mas representamo-lo pelos sinais das suas palavras e dos seus gestos, que nos enfeitiçam ainda mais. (CIRULNIK, 1999, p.8).

Nas ciências da saúde e na área das ciências humanas o tema resiliência apresenta-se como novo. E buscar subsídios para instrumentalizar os profissionais de saúde para utilização da resiliência como uma nova perspectiva para ação do enfermeiro e sua equipe de trabalho é de suma importância. Durante as pesquisas observa-se que não há um consenso sobre o tema, mas que o mesmo, apresenta aspectos fundamentais ao cuidado de enfermagem prestado ao paciente oncológico.

O trabalho humano e específico da enfermagem no contexto da oncologia vem sofrendo pressões e impactos de diversas origens. O que faz com que os enfermeiros da atualidade acabem por adaptar-se de forma a conseguir se adequar as diversas situações adversas do meio externo, do qual podem representar inúmeros riscos à saúde do trabalhador.

Escrever sobre resiliência é sem dúvida buscar compreender por que diante de mesmas condições, para muitos entendidas como difíceis e adversas, algumas pessoas conseguem se desenvolver, conseguindo se sobressair sobre outras, enquanto outros acabam sofrendo e adquirindo doenças frente a essas situações.

Tenho percebido que em meu trabalho como enfermeiro em oncologia, muitos pacientes acabam por morrer na unidade onde trabalho. Enquanto enfermeiro da unidade, bem como, alguns colegas parecemos sofrer diante das questões da morte e da impotência frente a doença. Já outros enfermeiros acabam por ter êxito 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.

Para Rodríguez (2005) falar sobre resiliência “[...] é um conceito fácil de entender, mas difícil de definir e impossível de ser medido ou calculado exhaustivamente“. Apesar de parecer um tema fácil de entender e captar se faz necessário que se tenha muita cautela, pois em alguns momentos, pode nos levar a andar sobre uma areia movediça.

Conforme Melillo, Ojeda e Rodrigues (2004) em suas pesquisas sobre resiliência, revelam que sua nascente esteve 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 recendo 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.

A palavra resiliência origina-se do latim, resílio, re+salio, que significa “ser elástico”. Para Timosheiro, (1983, In YUNES, 2003) o termo resiliência vem sendo utilizado há muito tempo pelas ciências da Física e Engenharia. O cientista inglês Thomas Yong é considerado como um dos maiores precursores, que em meados de 1807, depois da compreensão de tensão e compressão, introduz pela primeira vez 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, e a deformação que a mesma produzia.

Segundo Yunes (2003), desde então, foi definido que a resiliência de um material, vem da produção de energia e deformação máxima que ele é capaz de armazenar, sem sofrer deformações permanentes. Resiliência seria, portanto, a capacidade de um material absorver energia sem sofrer alguma deformação plástica ou permanente.

No dicionário inglês *Longman Dictionary of Contemporary English* (1995) nos apresenta o conceito de resiliência como “[...] habilidade de voltar rapidamente para seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças ou dificuldades”. Observa-se, então que os conceitos de resiliência vêm passando por diferentes áreas como a psicologia, biologia, sociologia psiquiatria e educação entre outras.

Para os autores Amba (2001) Silber e Madaleno (2001) a resiliência no enfoque do desenvolvimento humano, em situações de risco vêm sendo estudado por muitos autores em diversas partes do mundo desde a década de 70. Onde estes autores buscam identificar fatores que possam auxiliar as pessoas a manter um desenvolvimento saudável em meio à adversidade.

Conforme Pinheiro (2004, p. 69) o estudo da resiliência é recente e passou a ser explorado nas Ciências Humanas e Sociais. Em 1966 o termo foi inicialmente utilizado para descrever as “[...] forças psicológicas e biológicas exigidas para atravessar com sucesso as mudanças na vida”. O indivíduo resiliente é o que “[...] possui habilidade para reconhecer a dor, perceber seu sentido e tolerá-la até resolver os conflitos de forma construtiva”.

Pedromônico (2005, p. 213) desvela que na literatura o conceito estava relacionado “[...] às condições inatas para resistir e ter imunidade aos estressores e não se tornar vítima”. Já Yunes (2003) os termos mais utilizados são invencibilidade ou invulnerabilidade, ainda referidos na literatura, sugerindo a existência de uma imunidade às situações difíceis. Para Rutter (1993) um dos autores pioneiros no estudo da resiliência na psicologia, a invulnerabilidade reflete a uma idéia de resistência absoluta ao estresse, característica que faz o ser humano intocável e capaz de suportar o sofrimento de forma ilimitada.

Para o psicanalista francês Boris Cyrulnik a resiliência é como um oximoros, onde a pessoa é impelida por um trauma, mas se reconstrói e consegue resistir; apesar do sofrimento sentido, tem esperança. O autor explica que óxímoron é uma figura de

linguagem que tem como objetivo "reunir dois termos antinômicos" como a expressão "a obscura claridade" (2001, p.21).

Para Cyrulnik (2001, p.194) pode-se falar da resiliência como:

É um tecido e pertence à família dos mecanismos de defesa; é controlável e traz esperança. O conceito de resiliência 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 tecido. Como mola e tecido, a cada impacto, é possível buscar a separação, ou seja, "apesar do sofrimento, buscando a maravilha".

Para Pinheiro (2004, p.69) o termo resiliência passou a ser utilizado para descrever:

As forças psicológicas e biológicas exigidas para atravessar com sucesso as mudanças na vida, onde o indivíduo resiliente é aquele que possui habilidade para reconhecer a dor, perceber seu sentido e tolerá-la até resolver os conflitos de forma construtiva.

Os estudos da resiliência vem considerando indivíduos, que apesar de todas as condições contrárias às situações de risco do contexto psico-social do qual estão inseridos, acabam por ter êxito diante da dificuldade ou acabam crescendo e se desenvolvem a partir dela. (GALENDE, 2004).

Conforme Grotemberg (2005) nos expõe que tais exemplos podem ser entendidos pela proximidade que há entre a resiliência e criatividade, onde um indivíduo ou grupo, acabam por buscar recursos de criatividade para poder enfrentar a adversidade e onde esta solução criativa se transforma em uma ação resiliente.

Sharksnas (2003) esclarece que se faz necessário propor a capacitação dos profissionais de saúde para que possam lidar com pacientes provenientes de situações traumáticas ou mesmo a formação de especialistas para o trabalho na promoção de saúde comunitária.

Observo que o trabalho de enfermagem, frente ao paciente oncológico, tem exposto os profissionais a situações de estresse, perda, impotência e riscos químicos. Sendo necessário que este enfermeiro esteja à frente de seu tempo para poder lidar com tais adversidades e assim melhorar a qualidade da assistência prestada.

Para Tavares (2001) e Yunes (2001) vão ao encontro de que a resiliência pode ser entendida como uma qualidade, onde as pessoas possuem a capacidade individual ou em grupo, de resistirem a situações adversas, sem perder o equilíbrio anterior ao evento agressor. A pessoa se acomoda e equilibra-se constantemente. Consegue relacionar-se com todo o tipo de evento negativo, que quando presentes podem apresentar ao indivíduo problemas físicos, sociais e emocionais.

Conforme Tavares (2001) 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.

#### 4.1 RESILIÊNCIA E FATORES DE RISCO

Conforme Lilienfeld e Lilienfeld (1980) Os primeiros estudos sobre risco foram realizados no campo da epidemiologia e da medicina, com o objetivo de estudar a forma da doença em uma determinada população e os fatores que influenciariam esses padrões.

Rutter (2002) nos aponta a necessidade de novas considerações conceituais em resiliência, reiterando a necessidade de se fazer distinção entre indicadores de risco e mecanismo de risco. Faz-se necessário à compreensão da resiliência em conhecer como as características protetoras se desenvolvem e de que modo podem transformar o caminho do indivíduo.

Yunes e Szymanski (2001) afirmam que os fatores de risco devem sempre 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. Para a autora ainda, 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.

Muitos pesquisadores como Infante (2002) e Canelas (2004, p. 49) vem buscando uma esclarecer os conceitos de fatores de risco e proteção 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.

Conforme Canelas (2004, p. 34) 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 desfavoráveis. Já Rutter (2002) e Infante (2002) compreendem que os mecanismos de proteção não são a “valência contrária aos fatores de risco, mas a dinâmica que permite o indivíduo sair fortalecido da adversidade, em cada situação específica e respeitando as características pessoais”.

Neste sentido Canelas (2004) nos afirma que “uma perspectiva ecossistêmica sugere que influências protetivas podem ser introduzidas na vida de um indivíduo

através de qualquer relação em qualquer parte do ecossistema” (p.109). Ressalta-se que ecossistema humano pode ser entendido como o sistema social em que esta inserido o homem (família, indivíduo, comunidade e sociedade). O autor ainda acrescenta que a resiliência nesta perspectiva pode ser aprendida e desenvolvida por qualquer indivíduo.

Conforme Yunes (2001) 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. 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.

Para Sória (2006) o estudo da resiliência vem sendo aprofundado na ciência do cuidado chamada 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.

Estudos sobre resiliência têm buscado formas de enfrentamento, frente a situações adversas, não ficando presas aos indicadores de risco ou mesmo desconsiderando mecanismos mediadores presentes em toda experiência humana.

## 4.2 RESILIÊNCIA E VULNERABILIDADE

Conforme Tavares (2001, pag.28) a palavra vulnerável origina-se do latim *vulnerare*, quem significa ferir/penetrar. Neste sentido, vulnerabilidade passa a ser usado como uma predisposição a desordens e susceptibilidade ao estresse.

Tavares (2001) o conceito de vulnerabilidade vem sendo usado erroneamente no lugar de risco. Onde são dois conceitos diferentes, distintos na ênfase como na origem do uso dos mesmos. Risco foi usado primeiramente pelos epidemiologistas sempre associado a grupos e populações. O conceito de vulnerabilidade associa-se com foco no indivíduo e as suas predisposições às respostas negativas.

Rutter (1987) em seus inscritos define vulnerabilidade como alterações evidentes no desenvolvimento físico e/ou psicológico de um indivíduo que se submeteu em situações de risco. Tais eventos ficam tão evidentes na trajetória de adaptação da pessoa que podem torná-la suscetível e com possibilidade de apresentar sintomas e doenças.



Seguindo o desenvolvimento conceitual do tema (Rutter, 1985 1993, In: Yunes, 2003), passam a fazer questionamentos referentes ao conceito de vulnerabilidade, pois o conceito pressupõe quase que uma resistência absoluta ao stress, falta de limites para suportar a adversidade e falta de imunidade para qualquer tipo de desordem, sendo que esse achado vai de encontro aos resultados empíricos achados por ele.

O conceito de vulnerabilidade está diretamente relacionado à situação de risco, onde o reconhecimento de um indivíduo está vulnerável ou não, implica em conhecer as características sociais, o ambiente e principalmente o fator de risco e de proteção que estão inseridos e presentes neste momento.

Para Yunes e Szymanski (2001), Os fatores de risco são fundamentais e servem para aumentar a possibilidade de um indivíduo apresentar um comportamento negativo e mal adaptado, enquanto que os fatores de proteção são os responsáveis por auxiliar na minimização, ou mesmo, eliminação da probabilidade das influências inerentes do risco. Conforme aponta a autora, um indivíduo vulnerável pode apresentar baixa auto-estima, depressão em seus traços de personalidade, efeitos esses que podem potencializar uma situação de risco. As questões ambientais precisam ser consideradas como contribuintes para o aumento da vulnerabilidade.

O aspecto real dos eventos que deslumbram a resiliência entende-se que um indivíduo sobre uma situação de risco, com fatores de proteção capazes de auxiliar o resultado de adaptação do sujeito, enquanto que, ao apresentar uma maior vulnerabilidade em relação a situação de risco, as chances de insucesso também podem ser aumentadas.

#### 4.3 RESILIÊNCIA, ESTRESSE E COPING

O ambiente do trabalho em oncologia pode oferecer condições para constituir um fator de risco ao enfermeiro e sua equipe através de situações de estresse vivenciadas no cotidiano do trabalho.

Estudos sobre o tema estresse foi de suma importância para compreensão de risco, pois através dos resultados conseguiu-se desenvolver modelos que incluem os fatores de proteção como redutores e das possíveis desordens advindas da vulnerabilidade e/ou experiências de vida estressantes.

Na mesma perspectiva Pereira (1996) relata que o primeiro a introduzir o conceito de estresse nas ciências humanas foi Hans Selye em 1936, definindo que o estresse é uma resposta específica do corpo a algo exigido a ele próprio.

Conforme Ballone (2002) e Sarda (2004) o conceito de estresse pode ser entendido como um conjunto de alterações que acometem um organismo em resposta há um determinado estímulo com a capacidade de colocá-lo sob tensão. Essa tensão possui uma capacidade de gerar respostas psicofisiológicas para atuar no evento causador de mal estar (estresse), restabelecendo o equilíbrio. Desta forma o estresse

seria uma resposta para levar o indivíduo para adaptação, pois acaba por motivar a ação.

Os autores Lipp (2001) e Ballone (2004) reforçam que o estresse saudável é aquele que traz vitalidade, dando entusiasmo e otimismo ao indivíduo, capaz de proporcionar um bem estar físico. Neste sentido o estresse possui uma função evolutiva preparando o organismo para adaptar-se e agir sobre o meio causador de estresse.

Em seus escritos Ballone (2004) descreve que em situações estressoras persistentes a resposta adaptativa pode se tornar um meio para aquisição de problemas orgânicos devido ao alto desgaste provocado e pela intensa necessidade de manutenção prolongada de um estado geral. Onde a energia despendida para esta adaptação é limitada, se houver a recorrência do estímulo estressor, em pouco tempo o organismo entra em uma fase de esgotamento.

Para Tavares (2001) são varias as causas indutoras do stress, que surgem da natureza psicossocial (eventos traumáticos), natureza psicológica, acometidas pela predisposição pessoal do indivíduo.

Para resiliência o estresse é considerado como uma experiência negativa, que surge em momentos isolados da vida, de forma temporária, o que acaba gerando uma sobrecarga de dificuldades que não permitem ao individuo usar seus recursos adaptativos.

Conforme Tavares (2001) o *coping* palavra que não está traduzida para o português e usualmente usada em inglês, vem em contrapartida ao conceito de estresse. Usualmente usadas nas pesquisas sobre resiliência. O estresse seria o pólo negativo e o *coping* apareceria como o pólo positivo dos estudos.

Complementando Yunes (2003) destaca que a palavra *coping* é geralmente utilizada para referir-se a “esforços cognitivos e comportamentais para lidar com demandas específicas de situações adversas e avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais.” (p.79)

Conforme Pesce et al., (2004) as estratégias utilizadas no *coping* que são direcionadas para o enfrentamento direto dos problemas são reconhecidas em pessoas mais resilientes, fazendo que consigam moderar os efeitos nocivos das adversidades, capaz de tornar um fator protetivo.

Neste sentido Rutter (1984) afirma que é de extrema importância que estresse e *coping* sejam considerados nos seus diferentes níveis: social, psicológico e neuroquímico. Oferecendo assim perspectivas que se completam entre si.

Para Lazarus e Folkman (1984), o conceito de Coping vem sendo acompanhado de palavras como: habilidades, estratégias, comportamentos, estilos, respostas ou recursos o que parece distorcer o seu verdadeiro sentido. Estes autores defensores do coping enquanto estratégia, não enquanto estilo de personalidade acabam definindo esse processo como:

[...] um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados

com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarga ou excesso de recursos pessoais (p.141).

Taboada, Legal e Machado (2006) defendem que a resiliência é o estudo das pessoas que se adaptam/superam as adversidades, e o *coping* o estudo das estratégias utilizadas pelas pessoas frente às adversidades, onde ambos os conceitos estão atrelados intimamente.

Para os autores, são poucos os estudiosos que trabalham a temática do *coping* e quando fazem, desfazem os constructos entre resiliência e *coping*. Os dois conceitos são relacionados e condicionados a situações de estresse, enquanto que *coping* foca a maneira e a estratégia para lidar com a situação adversa, independente dos possíveis resultados da estratégia utilizada, que representa uma adaptação positiva frente às adversidades.

Neste sentido, Yunes e Szymanski (2001) contribuem ao afirmar que muitas questões ainda estão acontecendo em busca do fenômeno resiliência, tanto ao *coping* e seu sucesso, e as situações de estresse.

## 5 CAMINHO METODOLÓGICO

Evidencia-se a seguir, a caracterização do estudo, indicando o cenário ao qual a pesquisa foi realizada, os participantes e a forma como ocorreu a coleta das informações, análise e tratamento dos dados obtidos.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Ao caracterizar a metodologia dessa pesquisa é necessário reafirmar que o objetivo do trabalho é Investigar e responder sobre a resiliência na assistência de enfermagem em um hospital público da região central de Porto Alegre/RS.

A natureza do estudo foi determinante na escolha da abordagem metodológica utilizada e a ênfase em uma pesquisa qualitativa, com complementação qualitativa, de cunho exploratório-descritivo.

Laville e Dionne (1999, p.40) afirmam que:

A partir do momento em que a pesquisa centra-se em um problema específico, é em virtude desse problema específico que o pesquisador escolherá o procedimento mais apto, segundo ele, para chegar à compreensão visada. Poderá ser um procedimento quantitativo, qualitativo, ou uma mistura de ambos. O essencial permanecerá: que a escolha da abordagem esteja a serviço do objeto de pesquisa, e não o contrário.

A pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva dos sentimentos e subjetividades e pretende entender as experiências humanas dentro do seu contexto natural, estando o próprio pesquisador aí inserido e, portanto, também capaz de influenciá-lo. Os fenômenos observados são repletos de significados (TRIVIÑOS, 1987).

Para Minayo (2004) e Deslandes (1996), a pesquisa qualitativa responde a questões muito específicas e particulares. Nas ciências sociais se preocupa, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha com um universo de significados, motivos e aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais específico das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos e operacionalizados de variáveis.

Polit, Beck e Hungler (2004) referem que muitos estudos de enfermagem, possuem como objetivo principal a descrição, seguida da elucidação dos fenômenos.

Conforme Trivinos (1987) o estudo descritivo busca encontrar com exatidão fatos e fenômenos de determinadas realidades. Neste aspecto, o pesquisador procura investigar o conhecimento, de forma a descrevê-lo. Observa, conta, descreve e classifica o fenômeno, por meio do contato direto que tem com ele.

Trivínos (1987) revela que os estudos exploratórios caracterizam-se pela exploração de determinados aspectos da realidade, pelas experiências pessoais dos sujeitos, de forma a possibilitar a exploração do mesmo e o entendimento dos significados em atividades cotidianas. Quando o pesquisador inicia sua pesquisa, parte de determinadas hipóteses, aprofunda seus conhecimentos em uma realidade específica e busca encontrar elementos que permitam obter os resultados esperados, podendo ao mesmo tempo levar a novos problemas de pesquisa.

Assim buscamos seguir um caminho que nos aproxime dos sujeitos e nos permita compreender quais os significados atribuídos, por estes, ao fenômeno estudado.

## 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário escolhido foi no setor de internação da oncologia e unidades da medicina interna que correspondem a 5 áreas de internação. A unidade de internação da oncologia possui 30 leitos e 5 enfermeiros dispostos nos turnos manhã, tarde, noite 1 e noite 2. Sendo que uma enfermeira é responsável pela instalação das quimioterapias em todas as unidades de internação do hospital, incluindo UTI. O hospital possui a modalidade de Residência Integrada em Enfermagem em oncologia com uma enfermeira que fica por três anos nesta unidade executando atividades assistenciais, bem como ensino e pesquisa ao que concerne a assistência em oncologia.

O setor de oncologia possui um grupo de trabalho multidisciplinar com reuniões semanais que acontecem em sala própria, onde os familiares são convidados a participarem espontaneamente.

As unidades da medicina interna correspondem a 5 áreas de internação, com diversas especialidades. Perfazem um total de 115 leitos. Nesta realidade, muitos pacientes acabam internados com neoplasias e são avaliados e cuidados por especialidades diferentes da oncologia por longos períodos.

Estruturalmente, em geral o hospital possui uma estrutura física com necessidade de reparos e pinturas. Todos os utensílios necessários ao paciente internado estão sendo trocados aos poucos, embora ocorra uma demora devido ao processo de licitação que se faz necessário em uma entidade pública. Os materiais e insumos necessários para equipe de enfermagem desenvolver suas atividades são suficientes e raramente ocorre a falta (seringas, soro, curativos entre outros). O hospital procura manter uma qualidade desses materiais que são disponibilizados para a equipe, onde com a observância da má qualidade o enfermeiro notifica a situação adversa através de um sistema on-line ocorrendo posteriormente o reparo ou troca do material. Este fato tem melhorado a assistência prestada.

### 5.3 ABORDAGEM DOS INTERLOCUTORES

Foram sujeitos desta pesquisa enfermeiros de um hospital de grande porte da região central de Porto Alegre/RS, que prestam cuidados há pacientes oncológicos. Para a realização do estudo foi encaminhada à Comissão Científica e ao Comitê de Ética e Pesquisa deste hospital, uma solicitação para seu desenvolvimento, juntamente com a proposta do trabalho.

No primeiro acolhimento foram apresentados os objetivos e a proposta de investigação, como também os motivos que me levaram a escolher essa instituição, qual seria o objeto de estudo e amostragem. Neste encontro foi solicitada a indicação de todos os enfermeiros que atuam direta e indiretamente com pacientes oncológicos.

A amostra foi intencional, uma vez que os sujeitos foram todos os enfermeiros dentre aqueles que trabalham na unidade de oncologia e unidade da medicina interna onde muita pacientes são internados com diagnóstico de câncer.

Os interlocutores escolhidos foram enfermeiros assistenciais que atuam direta ou indiretamente com o cuidado em oncologia e que atenderam os seguintes critérios:

- Ser enfermeiro, trabalhar no hospital pesquisado e possuir no mínimo um ano de experiência na área de enfermagem com cuidados prestados a pacientes da oncologia.

A seguir realizou-se contato com os enfermeiros, procurando agendar o momento mais oportuno para a realização das entrevistas. A pesquisa teve que adequar seu planejamento, de forma a atender as demandas e peculiaridades das respectivas unidades de internação oncológica e unidades de internação do hospital.

### 5.4 OS PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Considerando os aspectos metodológicos relativos à coleta e análise dos dados, optou-se pela utilização da Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993).

Conforme Sória (2006, p.51) “a escala de resiliência é um dos poucos instrumentos usados para medir os níveis de resiliência em relação aos eventos adversos importantes na vida dos seres humanos. A escala possui vinte cinco questões Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). A pontuação mínima obtida pela escala oscila de 25 pontos e com escore máximo de 175 pontos.

Tavares et al (2010) refere que a escala de resiliência criada por Wagnild e Young e traduzida para o português por Pesce et al., (2005.pg.39) para sua validação

teve uma amostra de 977 jovens brasileiros, de ambos os sexos, entre 12 e 19 anos. Possui 25 itens, numa escala *Likert* variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) com escore máximo de 175 pontos. Altas pontuações indicam elevada resiliência. O ponto de corte definiu os menos resilientes como aqueles com escores abaixo de 63,19% do total de 175 pontos. A escala tem três fatores: Fator 1: resolução de ações e valores, itens 1, 2, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 23 e 24; Fator 2: independência e determinação, itens 4, 5, 15 e 25; Fator 3: autoconfiança e capacidade de adaptação a situações, itens 3, 9, 13, 17, 20 e 22. A versão brasileira de escala apresentou confiabilidade interna adequada,  $\alpha = 0,80$  e correlações positivas com os construtos autoestima ( $r=0,327$ ,  $p<0,001$ ), satisfação com a vida ( $r = 0,374$ ,  $p<0,001$ ), e supervisão familiar ( $r=0,106$ ,  $p<0,001$ ); e correlação negativa com violência psicológica ( $r=-0,155$ ,  $p<0,001$ ), atestando sua validade de construto”.

Para Sória (2006) esta escala já esta no Brasil culturalmente validada, devido a uma vasta revisão científica do tema e sua publicação no Caderno de Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública por Pesce, R. P;Assis, S.G;Santos, N;Oliveira, 2004.

Todos os enfermeiros da medicina interna e setor de oncologia responderam a escala de resiliência. Sendo excluídos dois enfermeiros por não apresentarem 1 ano de experiência conforme os critérios de inclusão. Obteve-se o somatório de toda a pontuação de cada sujeito envolvido, totalizando um escore final. Dos 175 pontos da escala, obteve-se através de uma análise média aritmética um escore de 140,7. Para esta média determinou-se o início para determinação da resiliência desses enfermeiros. Esta análise parte das orientações das autoras Wagnild e Young (1993, p.165-178).

Foi utilizado para maior confiabilidade uma análise estatística, constando no desvio padrão de 12,05 e um ponto de corte de 128,65. Desta pontuação os sujeitos foram classificados como: presença de resiliência, Baixo nível de resiliência e Alto nível de resiliência.

Foi utilizado o programa SSP versão 2008 para realizar uma análise mais apurada da relação das perguntas da escala de resiliência com o cruzamento dos dados demográficos e sociais dos sujeitos investigados.

Também foi utilizado para compreensão dos dados obtidos através da escala de resiliência a análise da entrevista com questões norteadoras (APENDICE C).

As entrevistas com os enfermeiros foram gravadas e, posteriormente transcritas, possibilitando a análise dos dados. Cada sujeito escolheu espontaneamente um codinome para ser identificado na análise qualitativa (Ex. Beija-flor, Rosa, Cravo etc.), possibilitando que posteriormente eu pudesse identificar os mesmos e aprofundar a análise. Todas as falas foram mantidas em absoluto anonimato, para que não houvesse a identificação dos entrevistados. Na análise quantitativa optou-se por identificar cada sujeito de forma numérica e em ordem de preenchimento da Escala de Resiliência.

Para análise dos dados coletados através da entrevista, foi utilizada a análise de conteúdo de (BARDIN, 2009), sendo muito utilizada em pesquisas de cunho social e que se baseia em uma técnica interpretativa. A análise de conteúdo permiti identificar

através das palavras e expressões utilizadas durante a entrevistas, que significados esses sujeitos estão dando as palavras, uma vez que os sujeitos estão inseridos em um contexto sócio-cultural, variável no tempo e nas relações que estabelecem diariamente.

Para Bardin (2009) a análise de conteúdo tem como um dos objetivos explicar através de deduções lógicas e justificadas, tendo como referencia quem emitiu a mensagem e o contexto e os efeitos da mensagem.

Conforme a análise de conteúdo passa por diferentes fases, organizando em três pólos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. (BARDIN, 2009).

Na pré-análise corresponde a um período de intuições, com o objetivo de tornar operacional as idéias pensadas inicialmente, conduzindo a um esquema preciso do desenvolvimento. É a fase onde ocorre uma organização e nesta fase se encontram três objetivos centrais: escolha dos documentos que irão ser submetidos a análise, a formulação por parte do investigador das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que iram fundamentar interpretação final. Na exploração do material, considerada pela autora como longa e exaustiva, consiste no momento em que os dados são codificados, decompostos ou enumerados conforme regras previamente formuladas. Na fase de tratamento dos resultados são tratados para chegar a algum significado e válidos, neste momento simples/complexas operações estatísticas são realizadas, quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos põe em relevo as informação obtidas e fornecidas pela análise.(BARDIN,2009)

Todas as respostas foram analisadas a partir de categorias discursivas de acordo com a regularidade que determinados elementos emergiam e se repetiam nas mensagens, observando a importância de cada detalhe dos diálogos.

Apesar das pequenas variações individuais do trabalho em oncologia, percebeu-se que a maioria dos enfermeiros entrevistados são resilientes. Encontram no seu cotidiano mecanismos protetivos frente às adversidades do ambiente hostil do qual se encontram.

Demonstra-se a seguir a totalidade de pontos obtidos dos 37 enfermeiros, por ordem de preenchimento da escala:



**QUADRO 1 - Pontuação dos Enfermeiros quanto à Escala de Resiliência.**

Enfermeiros	Pontos	Classificação
	Média: 140,7	Desvio Padrão: 12,05
		Ponto de Corte: 128,65
1	135	Presença de Resiliência
2	124	Baixo nível de resiliência
3	132	Presença de Resiliência
4	148	Alta Resiliência
5	152	Alta Resiliência
6	154	Alta Resiliência
7	139	Presença Resiliência
8	138	Presença Resiliência
9	136	Presença Resiliência
10	146	Alta resiliência
11	137	Presença Resiliência
12	145	Alta Resiliência
13	158	Alta Resiliência
14	147	Alta Resiliência
15	141	Alta Resiliência
16	138	Presença Resiliência
17	133	Presença Resiliência
18	134	Presença Resiliência
19	128	Presença Resiliência
20	126	Baixo nível de resiliência
21	103	Baixo nível de Resiliência
22	161	Alta resiliência
23	153	Alta Resiliência
24	144	Alta Resiliência
25	138	Presença Resiliência
26	144	Alta Resiliência
27	143	Alta Resiliência
28	147	Alta Resiliência
29	133	Presença Resiliência
30	136	Presença Resiliência
31	135	Presença Resiliência
32	146	Alta Resiliência
33	123	Baixo nível de resiliência
34	152	Alta Resiliência
35	160	Alta Resiliência
36	160	Alta Resiliência
37	131	Presença Resiliência

**Fonte:** Escala de Resiliência Adaptada de Wagnil (1993, p. 165-178). Validada por Pesce; Assis. Adaptação Transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência, 2005, p.9.

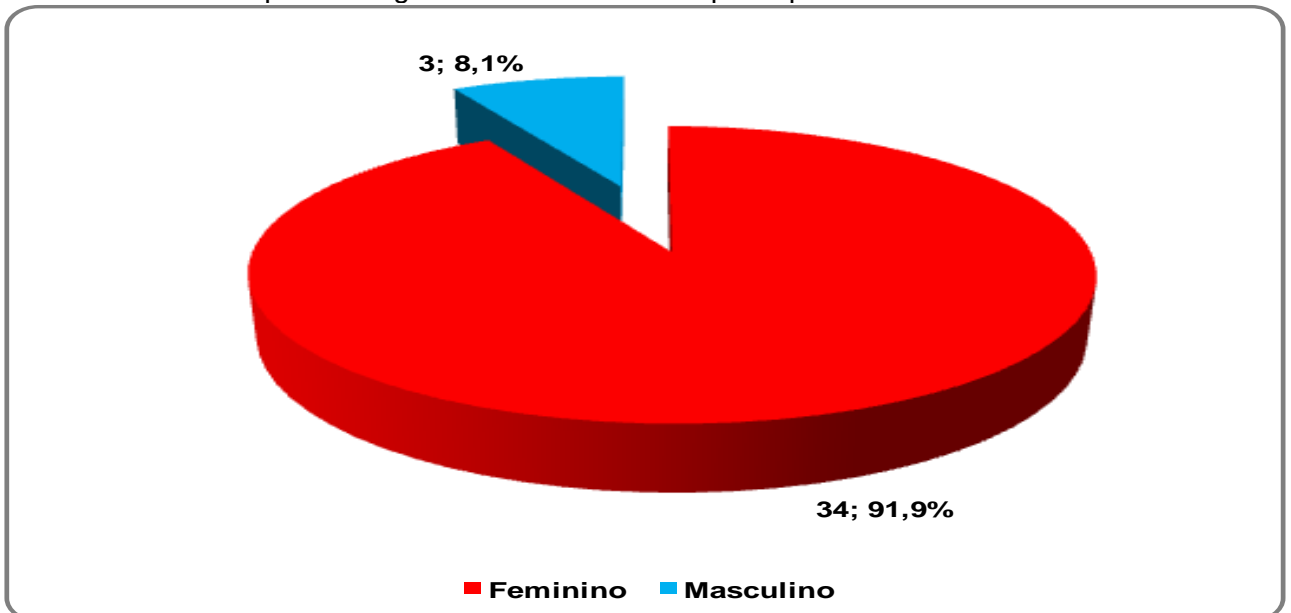
## 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 6.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS DOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS.

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos a partir da análise dos dados coletados na escala de resiliência que constavam de: idade, tempo de atuação na assistência ao paciente oncológico, religião, número de filhos, tempo de formado, estado civil.

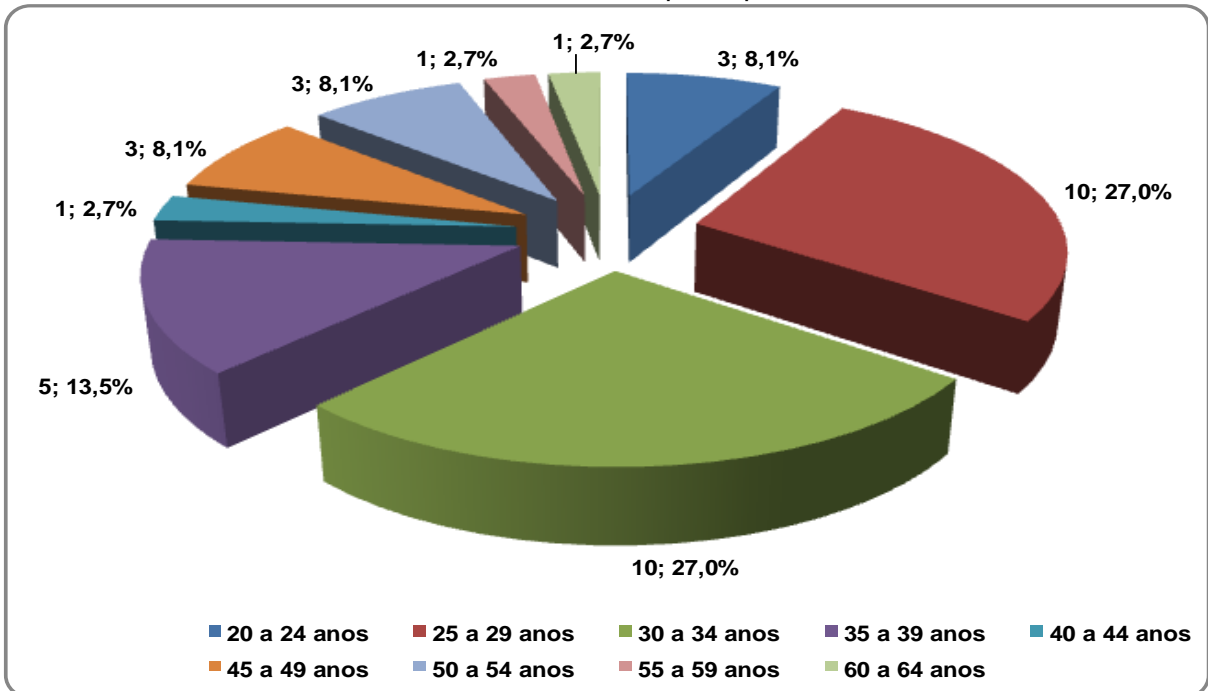
Quanto ao gênero dos enfermeiros pode-se dizer que 91,9% são mulheres e apenas 8,1% são homens. Segundo estudo de Lopes e Leal (2005, p. 105) O aumento de homens na profissão vem se mostrando gradual e estável, mas ainda persiste a feminização do trabalho em enfermagem, evidenciada tanto na qualificação universitária como nos cursos de nível técnico.

**GRÁFICO 1:** Perfil quanto ao gênero dos enfermeiros participantes do estudo.



**Fonte:** Dados da pesquisa

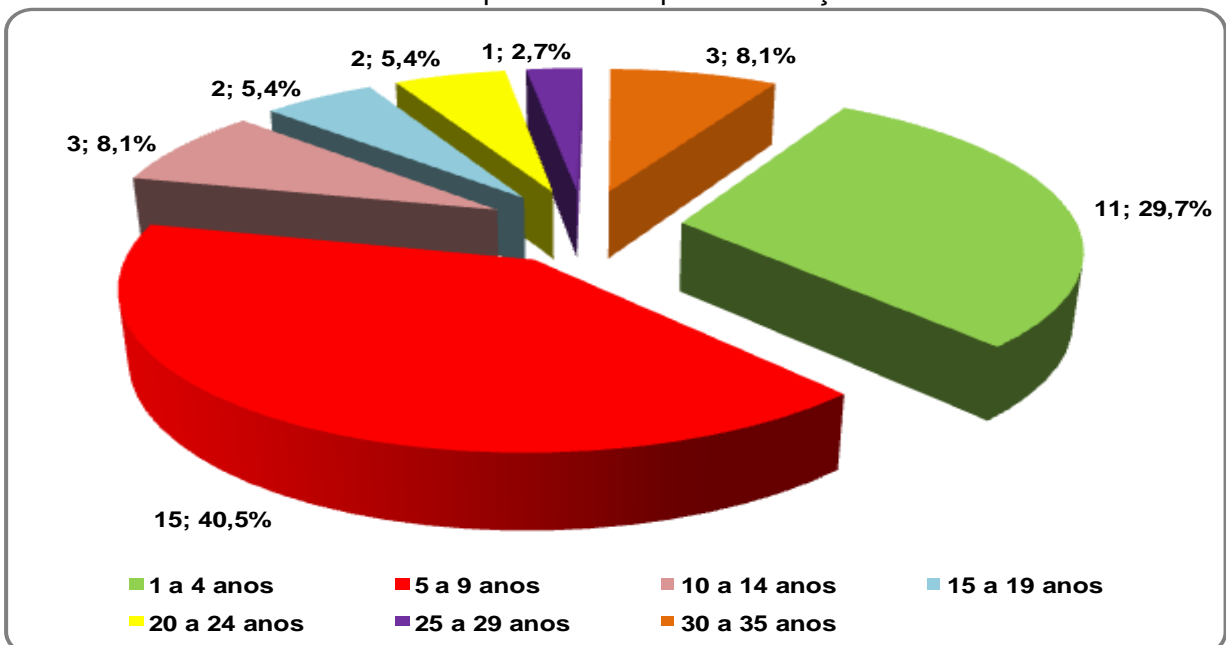
Em relação à faixa etária dos entrevistados percebe-se uma variação entre 20 a 64 anos de idade, onde o maior percentual ficou com 27,0% com 10 enfermeiros entre 30 a 34 anos. (Gráfico 2).

**GRÁFICO 2:** Perfil da faixa etária dos enfermeiros participantes do estudo.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

O hospital recentemente abriu processo de seleção pública com a contratação de novos enfermeiros para suprir as necessidades no quadro funcional, revela-se que o período de formação profissional desses enfermeiros variou entre um ano e 35 anos de formado em enfermagem, ficando 15 enfermeiros com 40,5% entre 5 e 9 anos de formação. (Gráfico 3).

Observa-se que os enfermeiros com mais tempo de formação trabalham na unidade de oncologia perfazendo um total de 8,1%, ou seja, entre 30 e 35 anos de formação.

**GRÁFICO 3:** Perfil dos enfermeiros quanto ao tempo de formação.

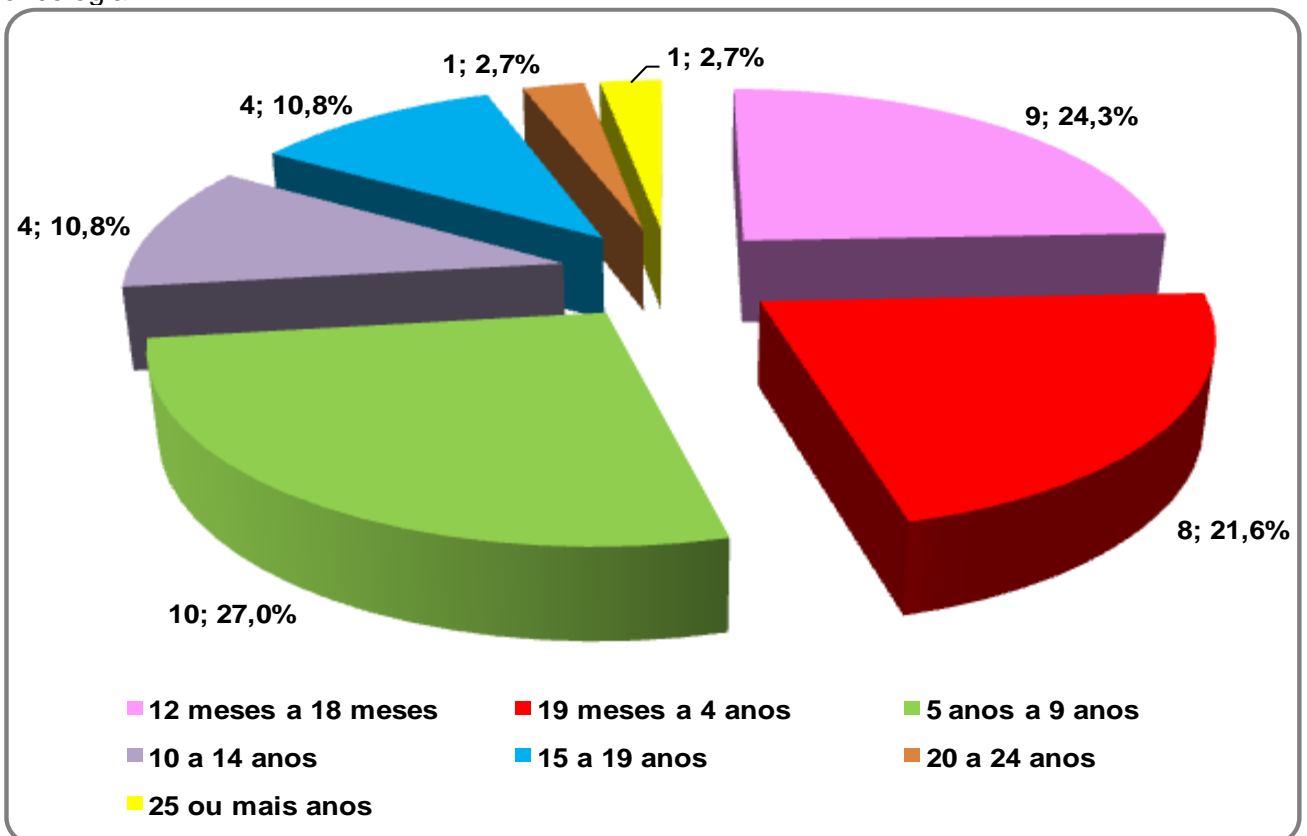
**Fonte:** Dados da pesquisa.

Relacionado ao tempo de atuação junto ao serviço de oncologia houve uma variação entre 5 e 9 anos (27,0%) de atuação e 1 enfermeiro com mais de 25 anos de trabalhos prestados ao paciente com câncer. (Gráfico 4).

As evidências nos apontam que 8 enfermeiros (21,6%) trabalham entre 19 meses e 4 anos na assistência prestada ao pacientes oncológicos.

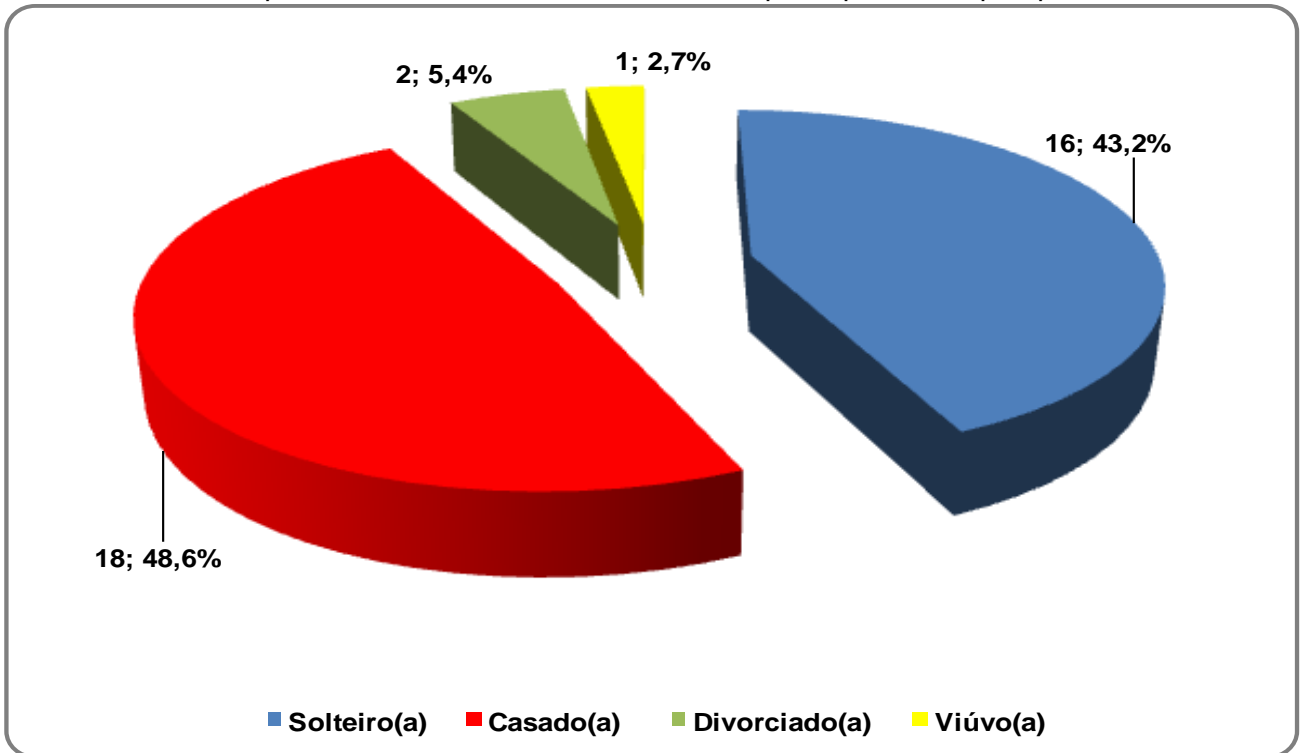
Um ponto importante que deve ser destacado é o de que todos os enfermeiros entraram nesta instituição via processo de seleção pública e todos os enfermeiros geralmente se aposentam de suas atividades nesta instituição, quando completam o tempo para aposentadoria. Muitos profissionais se aposentam e continuam a trabalhar na instituição, devido aos avanços financeiros no salário.

**GRÁFICO 4:** Perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa quanto ao tempo de atuação na oncologia.



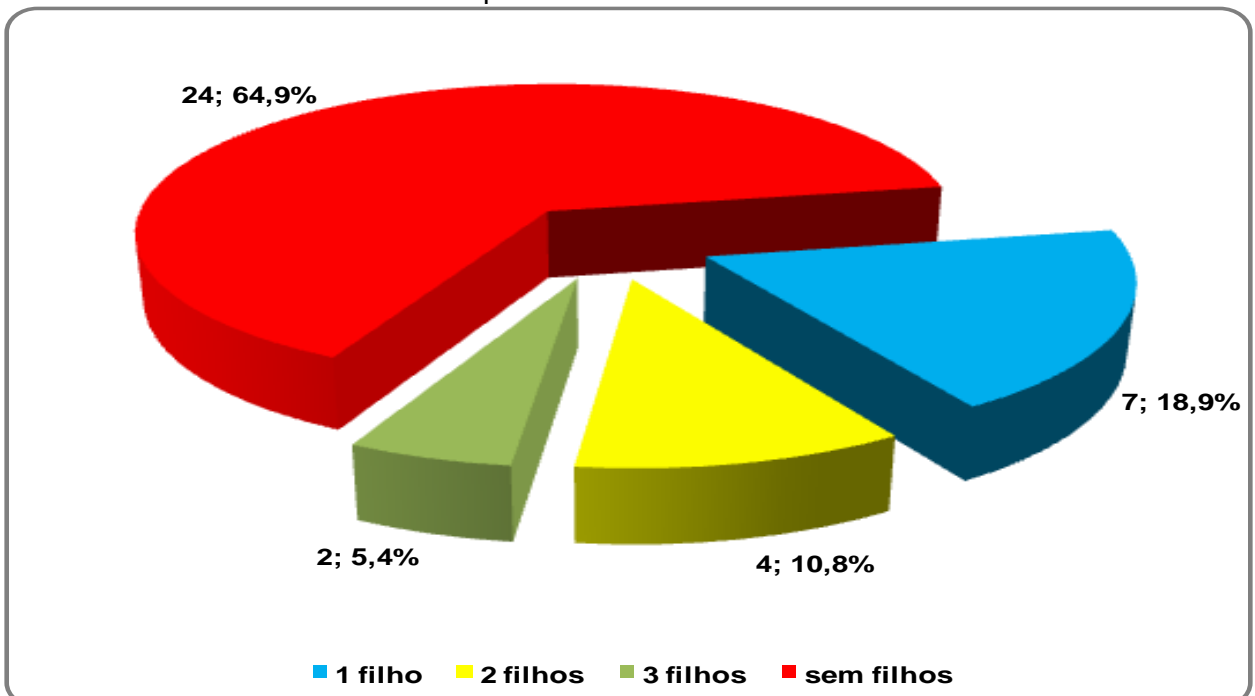
**Fonte:** Dados da pesquisa.

A maioria dos entrevistados possui o estado civil casado com 18 profissionais (48,6%) seguido de solteiros com 16 enfermeiros (43,2%), 2 (5,4%) divorciados e apenas 1 enfermeiro com (2,7%) denominados como viúvo. (Gráfico 5).

**GRÁFICO 5:** Perfil quanto ao estado civil dos enfermeiros participantes da pesquisa.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao número de filhos, 64,9% (24) dos enfermeiros não possui filhos, seguido de 18,9% (7) com somente um filho. O maior número de filhos que esses profissionais possuem é de 3 filhos, ou seja, 2 enfermeiros representando graficamente 5,4%. (Gráfico 6).

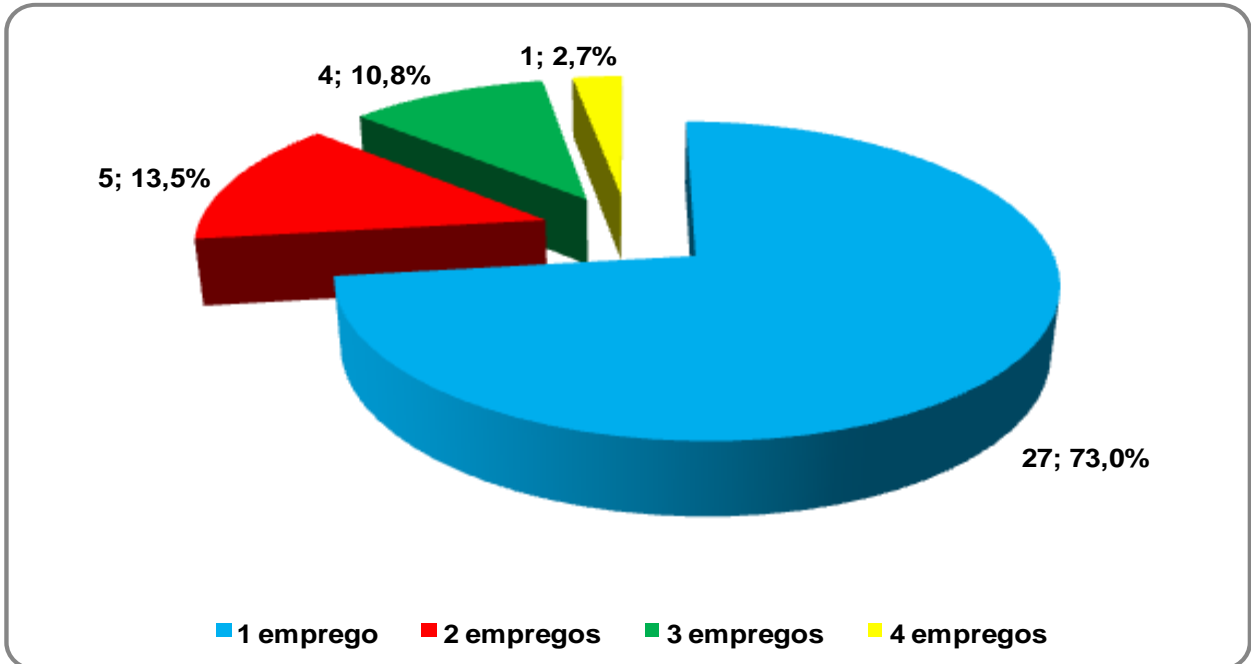
**GRÁFICO 6:** Perfil dos enfermeiros quanto ao número de filhos.

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria dos entrevistados que atuam na instituição, com 73,0% (27) possui somente um vínculo de trabalho. E cinco enfermeiros com 13,5% possuem dois

vínculos empregatícios. Apenas 1 enfermeiro com 2,7% refere possuir 4 vínculos empregatícios.(Gráfico 7)

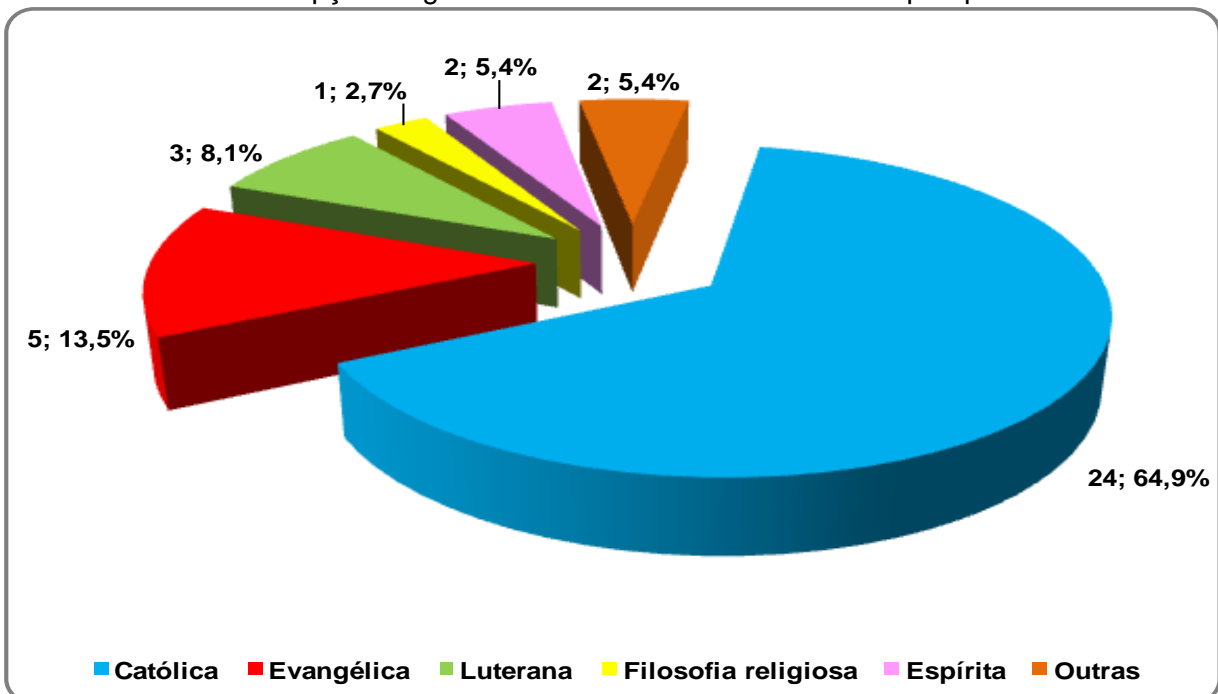
**GRÁFICO 7:** Perfil dos enfermeiros quanto ao número de empregos.



**Fonte:** Dados da pesquisa.

Os dados do instrumento aplicado buscou saber qual a religião dos sujeitos. O gráfico abaixo demonstra que 24 profissionais 64,9% representam opção pela Religião Católica. E 13,5% (5) enfermeiros se denominam evangélicos. Um profissional (2,7%) refere ter uma filosofia religiosa e dois profissionais com (5,4%) referem outra opção religiosa não identificada no questionário . (Gráfico 8).

**GRÁFICO 8:** Perfil da opção religiosa dos enfermeiros envolvidos na pesquisa.

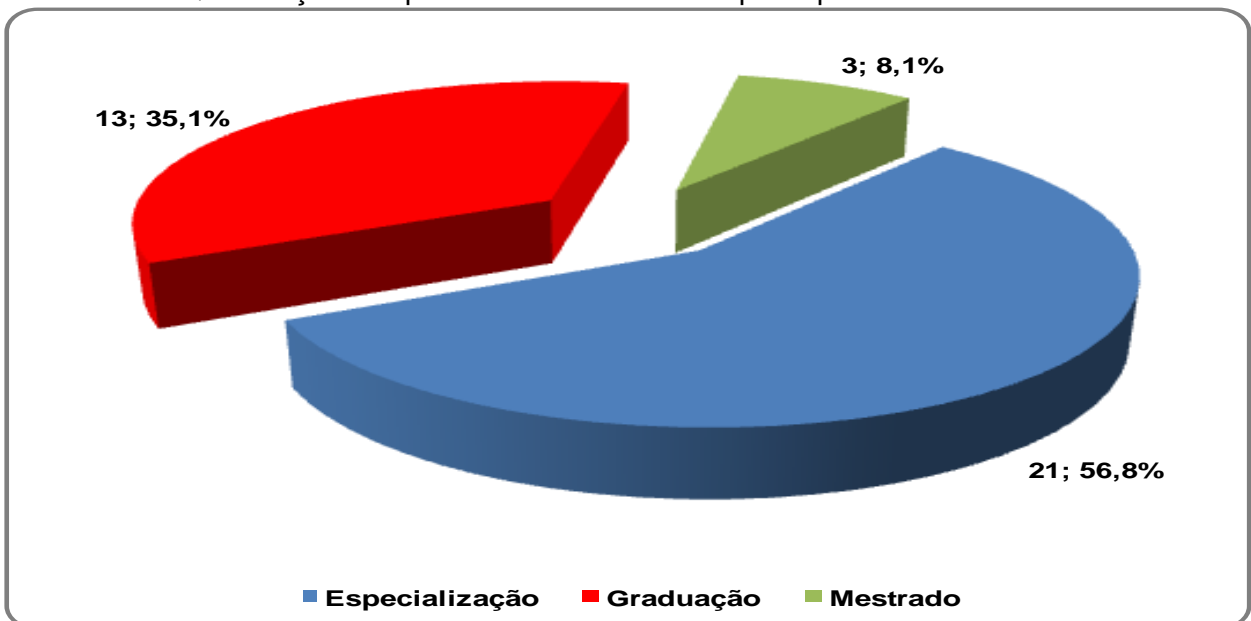


**Fonte:** Dados da pesquisa.

A maioria desses enfermeiros vem desenvolvendo suas atividades assistências ao paciente com câncer sejam no setor de oncologia e medicina interna da instituição. Desta forma o item qualificação investigado visa abordar como esses enfermeiros vem buscando a qualificação para as necessidades de saúde da instituição. Atualmente a instituição não possui plano de carreira aos profissionais, mas bonifica os profissionais de nível superior em dinheiro por uma especialização realizada..

Evidenciamos que 56,8% possuem uma Especialização em áreas afins da enfermagem. Dos enfermeiros entrevistados 3 (8,1%) possuem mestrado. Ainda percebe-se um alto índice de enfermeiros que não buscaram nenhuma qualificação, com 35,1% (13), possuindo somente a graduação. Somente um profissional entrevistado possui especialização em oncologia ou possuem doutorado.

**GRÁFICO 9:** Qualificação dos profissionais enfermeiros participantes do estudo.



**Fonte:** Dados da pesquisa.

## 7 DIALOGANDO COM OS SUJEITOS DO ESTUDO

Neste capítulo procurei discutir os aspectos explorados a partir das respostas qualitativas complementares, obtidas nas entrevistas, consideradas inerentes do enfermeiro no contexto da oncologia, a dinâmica do trabalho que exige destes profissionais habilidades específicas para a execução de seu trabalho frente ao adoecimento ocasionado pelo câncer. Neste sentido pode-se observar na fala dos enfermeiros um perfil comum, cujas subcategorias apresento a seguir.

### 7.1 O ENFERMEIRO NO CENÁRIO NA ONCOLOGIA

Codo e Sampaio (1995) nos afirmam que existe algo que motiva o trabalho, um prazer intrínseco e extrínseco, onde o profissional acaba se identificando com a atividade que executa. O trabalho em oncologia vai além das questões econômicas de salário, é mais subjetivo do indivíduo. Onde o ambiente de oncologia mesmo estressante e rodeado de tensão, fazem com que os profissionais não queiram abandonar seus postos por outros mais leves e menos estressantes.

Para Bonassa (1998) reafirma a importância da terapia antineoplásica como forma promissora de tratar o câncer. Sua ação sistêmica, onde os medicamentos agem de forma indiscriminada nas diversas células do paciente, sejam elas normais ou cancerosas, produzindo efeitos colaterais desagradáveis e muitas vezes comprometedores a vida do paciente.

Sória (2006) afirma que o enfermeiro precisa estar constantemente se atualizando, adaptando seus conhecimentos teóricos na prática, adequando-se a realidade do contexto em que estão inseridos.

Neste contexto, é de suma importância a demanda de recursos humanos onde o enfermeiro é colocado em um setor compatível com seu inerente desejo de trabalhar em um meio adverso com a oncologia. Tal ação positiva do trabalho oncológico se deve a oportunidade que o profissional tem de desenvolver-se como pessoa, motivado, criando neste espaço a oportunidade de criatividade. Apresentando dessa forma produtividade no trabalho bem como uma assistência adequada, com qualidade a saúde do trabalhador.

Eu gosto muito do que eu faço me realizo trabalhando com esses pacientes e sinto que eles percebem que sou feliz. É um trabalho diferenciado, mesmo que outros enfermeiros achem que é muito triste (Cravo).

A diferença é que eu me sinto diferenciada, aqui [...]eu me sinto muito feliz. O retorno que tenho desses pacientes é imediato. É [...] eu faço



trocas com os pacientes, eles me reconhecem como enfermeira e isso me faz ter vontade de voltar no outro dia [...] (Mel).  
Daqui eu não saio e se me tirarem daqui seria como nascer de novo na enfermagem né [...] (Beija-flor).

O ambiente de oncologia para muitos profissionais podem ser vistos como “pesados” e “tristes” devido ao alto índice de óbitos que ocorrem. Os enfermeiros que ali trabalham necessitam estar capacitados para atender as necessidades biopsicosociais e espirituais dos pacientes internados, além das alterações hemodinâmicas frequentes que ocorrem. Necessitando ainda capacidade de tomada de decisões e habilidades para implementação dos cuidados necessários e que devem ser ofertados aos pacientes.

### 7.1.2 Certezas no Cotidiano do Trabalho

Na fala dos entrevistados vem à tona a percepção que o trabalho em oncologia desenvolve no profissional uma grande diversidade de ações específicas que o enfermeiro desenvolve, os grandes avanços relacionados com a quimioterapia, o cuidado prestado diretamente ao paciente e a criação dos vínculos estabelecidos, justificando a permanência deste profissional neste específico trabalho.

Eu percebi que desde minha formação inicial eu ia gostar de oncologia [...] também por que perdi familiares dessa forma e isso me motivou [...] (Terra).

Eu gosto de trabalhar com coisas complexas, gosto desse arsenal da quimioterapia e de atuar nas intercorrências que acontecem [...] mas sofro quando perco um paciente (Rosa).

Meu trabalho me dá controle sobre o que eu faço e muitas vezes tenho controle de toda situação [...] até mesmo do paciente (Felicidade).

A graduação não é o suficiente [...] o ensino é frágil né. Então a gente estuda muito aqui [...] semanalmente fazemos estudos de caso e os médicos participam, isso traz muito conhecimento e a gente se sente seguro no que faz (Mel).

Para Silva e Ferreira (2007), trabalhar com a tecnologia existente no setor saúde, requer conhecimentos específicos, capacidade técnica adequada. A influência que as novas tecnologias impactam nas organizações de saúde e são evidentes no trabalho. No que tange o tratamento de doenças graves é necessário conhecimentos específicos e aprimoramento para lidar com todo esse aparato tecnológico existente. O profissional necessita conhecer as principais patologias e reconhecer clinicamente cada alteração para implementar seus cuidados.

Os autores apontam ainda a forma que vem se configurando a enfermagem, no sentido onde o paciente perde sua identidade e condição de sujeito, pois passa a ser

um objeto que recebe determinações e ações dos profissionais de enfermagem. Certamente pelo crescente nascimento de novas tecnologias que fazem um maior controle sobre o paciente.

Este fato de que a tecnologia é uma aliada faz que os profissionais de enfermagem lidem com situações complexas, muitas vezes limites entre a vida e a morte, em uma instituição onde há recursos financeiros com materiais adequados, permitem o desenvolvimento de um trabalho adequado para assistência prestada.

Logo que me formei [...] e eu era muito nova, comecei a trabalhar aqui neste hospital né [...] e desde então passei a atender pacientes da oncologia. Então tudo o que eu sei veio daqui deste hospital, veio do que este local me proporcionou e também da minha vivência com os pacientes que passaram por mim [...] (Orquídea).

Refletindo sobre a atualidade da organização hospitalar, percebem um crescimento nas capacitações e investimentos para melhoria na assistência. Uma visão modificada com a nova gestão que atualmente dirige a instituição, acreditando na enfermagem e na qualidade prestada aos pacientes internados. Conforme verificamos nas falas seguintes:

Tudo aqui já foi muito diferente, estamos conquistando nosso espaço pouco a pouco. Somos valorizados e isso a gente vê no dia a dia [...] Eu ainda sou novo aqui, mas já sou formado há bastante tempo e vejo que aqui consigo fluir meu trabalho (Terra).

A instituição tem oferecido diversos treinamentos o que antes eu sentia falta (Jupiter).

Não é por falta de estudo que a gente não aprende, tem tudo aqui até cursos de extensão pagos pela instituição. Eu já fiz vários e não paro nunca. To sempre me atualizando e graças a eles [...] (Felicidade).

Fica claro o comprometimento da equipe com o trabalho prestado. Observa-se na maioria das falas a grande importância dada ao trabalho em grupo e não individualizado da equipe, conforme se observa na fala a seguir:

Eu trabalho no turno da noite então tu sabe [...] parece que tudo acontece é a noite, eles disfuncionam a noite, morrem a noite [...] estou sempre com olhos bem abertos (Beija-flor).

Ando prá lá e prá cá [...] instalo quimio em todos os lugares e sei que trabalho em grupo é bem importante. Tenho visto que todos me reconhecem como a enfermeira da quimio e me ajudam, colaboram por que sabem que preciso deles (Mel).

Minha nossa cheguei aqui crua e não sei muito ainda, mas aprendo todo dia e principalmente com meus colegas que me ajudam e me esclarecem como pode ser ou a forma correta de se fazer (Cravo).

Esta última afirmação reflete que o papel do enfermeiro se completa com os demais profissionais. Visão inerente para que se possa desempenhar uma assistência de qualidade e interdisciplinar. O profissional de enfermagem nesse contexto é provido de sentimentos como fraqueza, instabilidade emocional onde muitas vezes nos vemos em um momento em que necessitamos ter cuidado com nossa própria saúde, nos sentimos desamparados e muitas vezes doentes frente à impotência da morte.

Um novo perfil de enfermeiros vem surgindo com as novas diretrizes curriculares que acabam moldando o perfil dos novos egressos ao mercado de trabalho. Percebe-se que existe uma fragmentação do ensino na graduação, um descomprometimento da instituição formadora em relação à doença câncer, fazendo-se que se sintam frágeis ao iniciar suas atividades assistências frente ao paciente oncológico. Também refletem o descontentamento com a instituição hospitalar que demora muito tempo para dar um treinamento adequado a esses egressos, cada vez mais jovens e que escolhem a enfermagem como profissão.

Tenho percebido que cada vez mais os enfermeiros novos tem pouca experiência [...] eu era diferente. Não sei se é a nova educação que é dada na faculdade [...] existe um descomprometimento com a assistência (Terra).

Não posso dizer que esse hospital visa o lucro por que ele é SUS. Mas se percebe um declínio na assistência, as metas caem, os gestores cobram muito, mas a gente não tem estímulo nenhum da instituição [...] é um fazer por fazer as tarefas (Rosa).

Emerge uma situação ambivalente entre o trabalho do enfermeiro, suas características pessoais e os riscos de adoecimento que podem atingir o profissional, onde através de um ambiente adverso conseguem realizar um trabalho feliz.

## 7.2 SENTIMENTOS DO ENFERMEIRO NO TRABALHO EM ONCOLOGIA

### 7.2.1 Estresse no Trabalho

Nesta categoria veremos a relação do enfermeiro com o seu ambiente de trabalho, abordando sentimentos de prazer e sofrimento no cotidiano do trabalho.

Conforme Dejours (1992) aponta que o prazer no trabalho surge quando o trabalhador reconhece o seu verdadeiro papel e a importância em suas atividades. E o sentimento de sofrimento que muitas vezes emerge, provém de sensações de inutilidade, quando se sentem indignos ao executarem suas tarefas.

O autor afirma que o trabalho nem sempre vai possibilitar a realização profissional. Pode, ao contrario, causar problemas desde insatisfação até a exaustão.

Campos (2007) revela que o trabalhador da área da saúde, muitas vezes, se depara com limitações humanas, impotência frente a situações de morte, experiência situações de doença e dor. Executa atividades em ambientes de extremos variados, exposto a riscos ocupacionais o que muitas vezes afetam a parte física, emocional e social do trabalhador. Estas condições necessitam apoio do empregador, uma formação especializada e muitas outras condições para o fortalecimento do trabalho.

O trabalho específico da oncologia é revelado através dos relatos dos enfermeiros como um sinal de geração de estresse no trabalho. Onde esses enfermeiros sentem-se comprometidos em prestar uma assistência adequada em um ambiente totalmente voltado ao perfil do SUS:

Aqui é muito complicado, me sinto pressionada pelo grau de comprometimento com esse trabalho né. As vezes não tenho vontade de voltar e saio daqui como se estivesse deixado algo a fazer (Júpiter).

Tenho percebido que essa tensão me deixa estressada [...] minha equipe não está preparada e eu as vezes fico insegura no atendimento. Tenho percebido que tenho ficado mais doente [...] gripada e dores nas costas [risos] (Beija-flor).

Tem muitas tarefas, muitas. A cada dia que passa entra uma quimio nova. As reuniões com os médicos e estudos de caso [...]. Além disso, tem a residência em Enfermagem que eu ainda dou um apoio. Hoje por exemplo eu queria estar em casa [...] estou com dor de garganta (Terra).

Sou folguista então venho pouco pra cá, mas percebo que o clima é pesado e eu não gosto. Saio daqui pesada e só me alivia quando tomo um banho em casa [...] parece que lava a alma da gente (Orquídea).

Aqui é 100% SUS e temos que dar conta dos muitos pacientes que vem pra cá [...] de todo Rio Grande do Sul [...] não tem como não ficar estressada [...] meu trabalho é mecânico, mas minha parte intelectual tá sempre a mil, de olho em tudo, nas intercorrências. (Felicidade)

Na fala anterior percebe-se a dialética que existe entre o trabalho mecânico e uso do da parte intelectual do enfermeiro nas suas atividades. O que é possível devido à parte rotineira do trabalho que não muda, mas onde o enfermeiro necessita aliar a parte intelectual para melhoria do cuidado, nas situações novas. Fica evidente que o trabalho mecanicista do enfermeiro e o uso das habilidades intelectuais se entrelaçam neste cotidiano.

O enfermeiro de oncologia é um profissional que necessita estar sempre preparado para cuidar de seus pacientes independente do diagnóstico final, do prognóstico definido pelo médico. Muitas vezes um paciente que entra na unidade para fazer um ciclo de quimioterapia acaba sofrendo com os efeitos adversos da medicação, piora seu quadro e vem a óbito. Isso causa muitos sentimentos que acabam confusos e precisam ser esclarecidos para os enfermeiros. O serviço de apoio psicológico nesta

unidade da oncologia e presente na medida das necessidades dos profissionais, mas não o suficiente devido ao grande tempo de permanência no trabalho.

Para Smeltzer e Bare (2005) no cotidiano do trabalho em enfermagem ao paciente com câncer acaba por incluir todos os grupos e faixas etárias e especialidades da enfermagem, onde as funções de enfermeiro também são executadas em clínicas, instituições e nos diversos segmentos da saúde. A enfermagem vem acompanhando o desenvolvimento da oncologia médica e os grandes progressos terapêuticos ocorridos no processo de tratamento da pessoa com câncer.

### 7.2.2 Responsabilidades e Angústias

Ellis e Hartley (1998) diz que existe uma grande preocupação do enfermeiro com a responsabilidade do cuidado. Deste modo, vemos a medicina envolvida com a cura da doença e a enfermagem com a responsabilidade envolvida com o cuidado prestado ao doente. Existe um papel significativo neste cuidado prestado relacionados com a educação para saúde, a prevenção de doenças e principalmente o cuidado pessoal que é dispensando ao portador de doença.

A palavra responsabilidade aparece nas falas das entrevistadas Mel e Felicidade onde podemos inferir a grande preocupação desses profissionais com os pacientes que estão sobre seus cuidados. Segundo Houaiss (2001) a responsabilidade pode ser definida como uma obrigação que um profissional tem de responder pelas ações de outra pessoa. Conforme Waldow (2001, p. 61) “exemplifica dizendo que responsabilidade pode ser vista como um compromisso com o estar no mundo, onde pode-se contribuir para o bem estar geral e para construção de uma história, do conhecimento e da vida”.

Souza et al. (2005) e Boff (2001) corroboram no mesmo sentido dizendo que cuidar é solidarizar-se comprometendo-se e engajando-se político e culturalmente onde o sujeito esta ancorado na ética e confiança mútua.

Essa responsabilidade que emerge do sentimento dos enfermeiros ocasiona um sentimento de angustia e sofrimento ao qual passo a relatar nos trechos a seguir imbuídos de sentimento de emoção para com o trabalho em oncologia.

Eu nunca sei até onde vai o meu cuidado, as pessoas chegam aqui e morrem. Eu fico triste e muitas vezes choro com o familiar (Felicidade).

Me sinto responsável por aquele jovem que esta ali e sei que amanhã pode não estar[...] aí para e vejo que não sou Deus [...] vem a impotência por não conseguir salvar (Orquídea).

As pessoas estão ficando mais velhas e estão ficando mais doentes, ai né, penso na minha mãe e digo pra mim mesmo como seria se fosse ela que estivesse aqui com um prognóstico ruim [...] hahhh prefiro não pensar nisso (Terra).

Eu sei que tenho grande responsabilidade (Mel).

Além do sentido de responsabilidade emergido como preocupação nos profissionais entrevistados também emerge a necessidade da implementação do processo de enfermagem para satisfação das necessidades do outro. O processo de enfermagem atua como uma ferramenta importante para perceber as necessidades do paciente, estabelecer a assistência adequada para melhor atender o cliente.

Segundo Alfaro- LeFreve (2005) o processo de enfermagem pode ser entendido como uma forma sistemática e dinâmica que o enfermeiro possui para prestar um cuidado ideal. O processo de enfermagem tem a possibilidade de promover um cuidado humanizado, orientando resultados. Tem além de baixo custo para a instituição a possibilidade de motivar o profissional enfermeiro a estar continuamente a revisar suas condutas bem como refletirem sobre o que seria melhor.

Tenho que olhar eles de maneira integral, num todo, reavaliar sempre e aí poder implementar um processo de trabalho (Mel).

Na medida do possível temos tentado muito devagar aplicar o processo de enfermagem na unidade (Rosa).

O processo de enfermagem na instituição ainda está em fase de estudos para sua implementação inicialmente nas áreas fechadas da instituição. Onde podemos compreender que este instrumento qualifica o cuidado de enfermagem, dá visibilidade a profissão, pois não caracteriza somente os problemas do paciente mas toda a dimensão individual do cuidado.

Para Gutierrez e Ciampone (2006) a vida num determinado momento chega a um limite. A morte vence o saber humano. O sujeito ao se deparar com a invencibilidade da morte, mesmo com todo o aparato tecnológico não é o suficiente para evitar a morte, o enfermeiro se sente impotente frente à terminalidade do paciente, muitas vezes não aceita esta morte. Sentimentos de dor e sofrimento surgem e que no cotidiano rotineiro do trabalho podem vir atuar negativamente neste profissional.

Para os autores o profissional enfermeiro pode se iludir com toda a tecnologia oferecida no cuidado, perdendo senso crítico o que pode muitas vezes pensar em manter o paciente por mais tempo vivo, prolongando seu sofrimento. Quando as perspectivas de um tratamento prolongado são positivas para o paciente, é importante a continuação deste cuidado, porém se o resultado do cuidado não é positivo a decisão de continuar o cuidado acaba por ser questionada. Nas falas a seguir temos esses relatos:

Tem dias que estou tão cansada que nem imagino se vou dar conta do meu plantão (Rosa).

Cansaço é isso que eu digo que tenho muitas vezes. Me sinto exausta e minha família percebe isso. Meu marido me faz questionar por que eu ainda insisto em ser enfermeira se esse trabalho me faz tão mau! (Júpiter).

O mais triste de tudo é o não reconhecimento pela minha profissão. Acha que sou empregada do médico [...] ninguém me agradece pelo meu plantão [...] o que sabem fazer é cobrar e isso é muito triste (Terra).

Falar sobre cuidado de enfermagem em oncologia pressupõe falar de uma assistência integrada, onde o paciente é visto de forma integral. E neste sentido entendo que o processo de morte também deve ser visto como participante do cotidiano do trabalho. Todas as possibilidades de se ter uma morte digna devem ser discutidas entre a equipe e os familiares e quem sabe até com o paciente. Neste cenário do qual faço parte, no setor de cuidados paliativos, a morte é trabalhada com os pacientes, como um preparo, dirimindo dúvidas e fortalecendo o querer do paciente e de sua família.

Satisfazer-se no trabalho, gera possibilidades para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade, propiciando uma interação entre o profissional e o paciente oncológico, melhorando o cuidado e fortalecendo os vínculos que devem ser estabelecidos. Em situações em que o trabalho passa a ser visto como produtividade haverá um desgaste, propiciando, mais sofrimento do que felicidades.

Mesmo com tantas adversidades no cotidiano hospitalar em específico no trabalho em oncologia nem todos os enfermeiros sucumbem e se deixam abater ao sofrimento. Pinho (2003) em sua pesquisa com trabalhadores em oncologia revela que o reconhecimento por parte dos familiares e principalmente do paciente ao cuidado prestado, motivam e propiciam o crescimento pessoal e profissional.

### 7.2.3 Prazer e Reconhecimento no Trabalho

Em oposição aos sentimentos de tristeza e sofrimento, emergem situações que geram alegria e prazer, possibilitando um trabalho e direção a promoção e recuperação do paciente. O crescimento profissional, valorização da entidade prestadora de serviço e valorização da categoria de enfermagem.

Para Santos e Padilha (2002) entender o que está por trás das palavras envolve emoções. Todo cuidado prestado acaba envolvendo variados sentimentos, sendo assim, uma das características da enfermagem é lidar com as emoções, inerentes do cuidador e do cuidado e de tudo que está relacionado à sua volta.

Watson (1997) reflete que as emoções permeiam o cotidiano dos profissionais de saúde em todas as fases do cuidado. E pensar em cuidado amplo e caminhar em direção a uma forma de expressão, de relacionar-se com o outro ser em sua plenitude.

Podem dizer o que quiser [...] que aqui é ruim é pesado, mas eu tenho prazer no que faço. Adoro! (Cravo).

Olha a coisa mais importante deste trabalho é quando eu vejo a cura de um paciente [...] quando ele volta aqui e diz que tá curado e não vai mais fazer quimio ou radio, eu me orgulho de ser enfermeira desta unidade (Mel).

Te digo o seguinte [...] quando um médico me diz que o câncer dele é bom...eu fico cheio de esperança. Isso me motiva por dentro e vou com tudo pra cima do paciente, ofereço todo suporte que ele necessita. Isso vale a pena mesmo [...] (Beija-flor).

Eu sou enfermeira de oncologia, sou boa no que faço e me sinto feliz aqui e nem saberia estar em outro lugar (Terra).

Conforme Costa e Lunardi (2003) afirmam que o cuidado na área da saúde por si só vai além do simples ato de fazer da utilização de técnicas e procedimentos, implica em reconhecer o paciente em sua totalidade, bem como seus familiares, num difícil momento que estão passando.

Nos relatos a seguir podemos ver essas afirmativas:

Aqui eu consigo estar bem perto do paciente, entendo suas emoções e suas dificuldades. Ah eu acabo participando desse processo junto com a família que muitas vezes esta vitimizada e sentindo-se culpada (Rosa).

*Valorizo todos os enfermeiros tanto da área aberta como das fechadas, a gente vive um período de transição forte, emoções fortes, dor e muita felicidades quando alguém fica curado (Cravo).*

Para Sória (2006) em seus estudos com enfermeiros intensivistas desvela que apesar da hierarquia hospitalar que existe entre médicos e enfermeiros não ter se modificado com o tempo, os enfermeiros acabaram por ter um status no trabalho, diferentes de enfermeiros que trabalham em unidades abertas.

[...] eu não me vejo diferença entre o médico e eu, temos funções diferentes, eu participo de todas as reuniões e dos estudos de caso. Aqui temos feedback Tomamos decisões juntas. Sem medo, e sinto que ser enfermeira da oncologia me traz um status (Felicidade).

O ambiente onde é prestado o cuidado oncológico foi organizado recentemente para melhor adequação dos pacientes quanto ao atendimento oferecido, novas instalações e a unidade vêm sendo abastecida com todo tipo de material tecnológico necessário.

Observa-se que a instituição tem-se preocupado com as questões física e humana desta unidade, procurando tornar o ambiente agradável para trabalhadores, familiares e pacientes. O hospital é referencia no tratamento do câncer para os moradores da região, bem como, muitos advindos do interior. Os enfermeiros sentem-



se importantes por fazer parte desta instituição, reconhecida por muitos em âmbito nacional.

Conforme Santos e Filho (2007) comentam que não é comum encontrar essa realidade, tanto em instituições públicas e privadas. E mostra uma preocupação das instituições em fornecer locais adequados para seus funcionários.

Para Mendes e Tamayo (2001) o profissional reconhece seu trabalho como de importância para a sociedade, para a instituição, principalmente para si próprio, propiciando uma autoestima positiva, na direção da realização profissional, no status do trabalho e na realização de um trabalho útil e com retorno positivo.

Quem gosta, gosta, é um vício estar aqui (Beija-flor)

Na minha opinião, eu digo assim [...] é não tem explicação o por que a gente gosta de trabalhar aqui[...] tá no sangue. E como eu ser A positivo e alguém querer instalar um sangue O negativo [...] não rola eu ir pra outra unidade (Cravo).

As frustrações e alegrias vivenciadas no cotidiano do trabalho pelos enfermeiros entrevistados, mostra uma ambiguidade com diferentes falas, sofrimentos e alegrias no trabalho, movidos por motivações e as vezes desinteresse pelo cuidar em oncologia. Talvez contradições que são necessárias para que os enfermeiros possam executar suas atividades de forma tênue e mais feliz.

### 7.3 RESILIÊNCIA NO CENÁRIO DE ONCOLOGIA: FATORES DE PROTEÇÃO DOS ENFERMEIROS

#### 7.3.1 As Estratégias de Proteção e os Vínculos.

Buscou-se nesta categoria compreender a resiliência dos enfermeiros no espaço oncológico, partindo dos fatores protetivos encontrados no cotidiano do trabalho.

Durante as entrevistas que foram gravadas e posteriormente degravadas, buscou-se identificar os objetivos iniciais desta pesquisa, desvelar e reconhecer quais os mecanismos de proteção são utilizados por esses profissionais no seu cotidiano de trabalho.

A resiliência não é um processo uniforme, retilíneo. Na sua dinâmica ele ocorre dentro de um contexto que se apresentam às situações adversas. Desta forma um evento estressor reflete negativamente na produtividade e no bem estar físico do enfermeiro certamente tornando-se um fator de risco neste complexo ambiente do cuidado oncológico.

Eu estou frequentemente bem, eu consigo sorrir, dou melhor de mim ao paciente, mesmo sabendo que aqui existe dor, sofrimento e morte (Cravo).

Não deixo me abalar com nada, às vezes me sinto fria mesmo [...] as vezes choro e fico pensando se fosse comigo, ou um parente meu, mas na maioria das vezes eu sou forte e consigo ser alguém que o paciente pode contar (Terra).

Lidar com pessoas doentes não é fácil [...] às vezes tenho vontade de sair correndo e nunca mais voltar, mas mudo de opinião quando vejo aquele paciente prostrado [...] sei que não vai durar muito tempo e mesmo assim quando ele me vê esboça um sorriso e diz que a luta não tá fácil, mas vai vencer (Júpiter).

Conforme Junqueira e Deslandes (2003) existem um conjunto de influencias que melhoram e acabam modificando a capacidade de uma pessoa de melhorar sua resposta frente a algum evento estressor, evento esse que se pode dizer chamado de resultado não adaptativo dá-se o nome de processos de proteção.

Para Pesce et al., (2004) esse processo de proteção possui capacidade de provocar uma resposta imediata do sujeito a situação de risco, e possui quatro funções principais:

- (1) reduzir o impacto dos riscos
- (2) reduzir reações negativas, frente as exposições do sujeito ao risco
- (3) mantém e estabelece autoestima e eficácia.
- (4) oportuniza a reversão dos efeitos ocasionados pelo estresse.

O ambiente de trabalho como um local repleto de recursos humanos, materiais, onde há harmonia entre a equipe de enfermagem e os demais membros da equipe multidisciplinar que prestam serviços ao paciente oncológico, mostra-se como um divisor de águas para o desenvolvimento da resiliência. Na observação das falas observa-se que o meio social em que os enfermeiros estão inseridos tem reflexos positivos, proporcionando o desenvolvimento da resiliência.

Para Sapienza e Pedromônico (2005) o auto conceito e o suporte social são variáveis que podem auxiliar como mecanismo de proteção com as adversidades advindas do ambiente estressor do trabalho, estão interligadas, indicando que muitos fatores protetores são formados da resiliência.

Tenho muitos amigos, aqui fiz amizades de longos anos, já estou aqui quase 25 anos. Minha equipe é tudo, sem ela não me vejo trabalhando. Não tenho queixas do [...] me fiz enfermeira aqui (Felicidade).

Aqui não falta nada, tudo de novo vem pra cá. Não reclamo de dinheiro, os médicos dividem tudo com a gente. Tenho um vínculo que foi criado com o tempo. A gente comemora sempre, aqui dentro e fora jantando e almoçando na casa de alguém (Beija-flor).

Não me sinto pressionada de forma alguma, me sinto bem. Temos apoio para fazer nossas coisas. Minha equipe já me conhece só pelo olhar [...] os médicos sabem que quem manda nesta unidade sou eu, mas em conjunto com eles [...] (Orquídea).

A maioria das entrevistadas reconhece que existem limites quanto ao que almejam e o que não almejam no cotidiano do trabalho. Sabem descortinar o que é bom ou ruim nesta interface trabalho-oncologia. Isto demonstra um mecanismo protetivo, conforme se expressa a seguir:

Pode parecer estressante, mas aqui me realizo. A cada dia descubro o quanto sou importante para essa organização. (Beija-flor).

Sei dos meus limites, reconheço e repenso todos os dias até que ponto eu posso ir. Isso me ajuda muito e me faz ser firme e forte no trabalho (Terra).

Eu sou novato aqui, e tento não me atingir por tudo que há de triste [...] às vezes paro e fico olhando esses pacientes e vejo que tenho limites. E o meu pouco ofertado já é muito pra eles (Cravo).

Evito ficar mergulhada aqui neste ambiente [...]. Eu fujo de tudo quando estou fora daqui, fecho a janela para não ver nada do hospital, me refugio no meu cantinho [...] ouço música e namoro muito. Isso me faz repensar e viver melhor (Mel).

### 7.3.2 Os Riscos Inerentes do Trabalho

As situações de estresse também aparecem como agentes agressores para os enfermeiros participantes da pesquisa. Uma ambiguidade de sentimentos vivenciados relacionados com as repercussões de saúde no trabalho aparece como agravantes para a saúde física e mental de algumas enfermeiras.

Nota-se que alguns enfermeiros relatam já ter se afastado por problemas de saúde. Revelam que em alguns momentos sentem-se cansados e sobrecarregados, eventos esses relacionados quando não atingem as metas propostas pela instituição bem como as vezes não sabem lidar com a relação família-trabalho, filhos e vida familiar em geral. Diante destas afirmativas Jodas e Hadadd (2009) corroboram ao afirmar que o desenvolvimento das tecnologias bem como o desenvolvimento e as consequências da globalização são benéficas para o mundo atual, mas em contrapartida direta e indiretamente são causadoras de mudanças no comportamento bio-psico-social e espiritual das pessoas, interferindo na qualidade de vida e consequentemente no ambiente de trabalho. Para Reis (2006) e Guimarães (2004) o aparecimento da Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da saúde tem se mostrado frequente nas instituições levando muitos profissionais ao absenteísmo. Conforme os autores a Síndrome de Burnout pode ser definida como a resposta emocional que o sujeito responde as situações de estresse crônico intenso nas

relações de trabalho, desenvolvendo um processo gradual de desgaste no humor e desmotivação acompanhados de sintomas físicos e psíquicos.

Conforme Garcia (2001) em um dos seus estudos aponta que os fatores de risco são capazes de acentuar as doenças, implicando em resultados negativos ao desenvolvimento do sujeito. Antigamente esses fatores eram definidos como “estáticos”, hoje, porém dá-se a ênfase em analisar esses fatores de risco enquanto um processo, observando o impacto desses efeitos negativos sobre os indivíduos.

Às vezes me sinto sobrecarregada. Estafa mental (Beija-flor).

Fico pensando vou sair daqui com mais de 60 anos, de bengala [risos] cheia de rugas e vou pedir indenização por tudo que adquiri de ruim neste trabalho, quero uma plástica reparadora (Júpiter).

Me sinto culpada por que chego em casa tensa, triste, meu filho me olha e não tenho ânimo pra brincar com ele. Meu marido me cobra um monte mais um filho, mas Deus me livre. Aqui não vem mais nada. E como vou fazer um filho se chego em casa e durmo [risos e pausa] (Rosa).

Eu tenho fortes dores pelo corpo todo [...] sei alergias acho que devido a quimio. Morro de medo de que de tanto instalar quimioterapia acabe me fazendo mal. Tenho pesadelos e ai recorro a um diazepam e tomo tylex direto, mas nunca faltei ao trabalho. Não vou deixar nunca na mão minha chefia e minha equipe (Felicidade).

Já fiquei doente sim [...] me separei [pausa]. Sentia que não estava dando conta de trabalhar na onco e ainda ter que administrar minha vida pessoal, me senti com um peso a tal ponto que quase surtei. Aí fui liberada e voltei ao trabalho, mas to sempre tomando medicação (Cravo).

Sou adepta das 30 horas para nos enfermeiros e toda equipe. É muito estressante (Terra).

Nestas situações evidenciadas pelos enfermeiros fica claro que os sentimentos vivenciados são próprios do ambiente de trabalho e inerentes do ser humano que hoje vive as grandes transformações do mundo contemporâneo, sempre buscando o autocontrole e prevenção das doenças associadas ao trabalho. Percebe-se também a falta de consciência que alguns profissionais estão expostos ao não reconhecer que ser enfermeiro em oncologia pode trazer riscos à saúde física e mental do trabalhador.

Sabe eu acho que faz parte do meu trabalho esse estresse todo, ser enfermeiro é isso. Pau pra toda obra, a gente toma um banho em casa e pronto, to renovado (Orquídea).

Quando decidi fazer enfermagem eu já sabia que ia ser uma profissão bem complicada, que eu ia ter que abandonar muita coisa para ser um bom enfermeiro. Faz parte do cotidiano do nosso trabalho essa correria toda (Júpiter).

Observa-se que tanto na escala de resiliência quanto na fala dos entrevistados tem-se uma preocupação dos enfermeiros com o objetivo de manter uma vida mais tranquila, livre de estresse, hábitos saudáveis, manutenção dos vínculos familiares e socialmente. É evidente que a busca por sentido para profissão e pelo trabalho desenvolvido na oncologia é marcado nessas falas.

Para Grotemberg (2007) o indivíduo resiliente possui uma capacidade para diminuir o estresse, ansiedade e sentimentos como depressão e raiva, melhorando a saúde emocional. Para o autor a resiliência torna-se efetiva não somente quando consegue enfrentar momentos difíceis, mas também promove a saúde mental e emocional do ser humano.

Esses depoimentos evidenciam a importância conferida aos mecanismos de proteção desenvolvidos pelos enfermeiros no cotidiano do cuidado ao paciente com câncer. Como forma de criar um espaço para que possam se desenvolver como profissionais e também como de cuidar de si. Podemos encontrar em Foucault (2007) onde exemplifica que o cuidado é substituído pelo cuidado de si, advindo da arte da existência, princípio onde o homem ocupa-se de si próprio derivando em imperativos sociais e a construção de saberes coletivos. Já Radunz (2001) explica que o cuidado de si ao cuidar do outro nasce quando o enfermeiro colabora para que o outro também possa se desenvolver como pessoa.

Com o tempo na oncologia eu aprendi a me amar mais, me cuidar mais [...] como menos e me exercito mais, brinco mais, gosto de estar com minha família. Participo de grupos de apoio, vou fazer caridade no lar de menores isso me alivia e me deixa mais tranquila (Felicidade).

Aqui tem o pessoal que faz a ginástica laboral, no início eu detestava, fugia, mas depois comecei a fazer e indico pra todo mundo. É um professor de educação física que faz [...] quando ele não vem à gente sente até falta [risos] (Beija-flor).

Eu adoro sair daqui esquecer tudo, fico com meu marido e com minha filha. Não tem preço [...] saímos e já falei pro meu marido que é médico que não quero chegar em casa e ter que ficar falando de doente. Ele me entende [...] e sabe que a gente tá conseguindo (Mel).

Definitivamente Deus é tudo pra mim, pra evitar que eu fique doente e deixe de ser enfermeira. Por que ser enfermeira de oncologia é [...] (Rosa).

Para se manterem-se resilientes esses profissionais vão ao encontro de estratégias diversificadas que vão desde o desenvolvimento da espiritualidade, apoio emocional de parentes, exercícios físicos uma alimentação saudável.

E válido considerar que os acontecimentos da vida são instáveis, mas a busca de alternativas positivas são fundamentais e necessárias para melhoria de si próprio e

dos agentes envolvidos no processo de cuidar no cenário oncológico bem como na construção da resiliência.

Nas falas apresentadas dos enfermeiros Orquídea e Júpiter referem que a presença da espiritualidade aparece como forma de encontrar um equilíbrio em meio a um ambiente adverso como forma de encontrar-se com si e com outro, com o mundo. Este fato parece ir ao encontro do pensamento de que a enfermagem olha seus pacientes de forma holística percebendo todas as necessidades do cliente, entre eles a importância de estar em contato com um ser superior, chamado por muitos de “Deus!”.

Para Pazzola (2002) o sujeito ao buscar uma forma de desenvolver uma capacidade de adaptação, acaba seguindo em direção da descoberta de autoconhecimento, descobre sua identidade e sua espiritualidade, entra em conexão com o cosmos, com a natureza. Para o autor o objetivo da espiritualidade vem com intuito de melhorar os pensamentos, as ações, as palavras, com o propósito de mudar o comportamento do sujeito que ao se autoconhecer encontram uma vida melhor. Essa mudança interior parte internamente de cada indivíduo possibilitando posicionar-se diante das situações da vida.

Eu comecei a fazer academia todos os dias, tenho me divertido mais, comecei a criar hábito pela leitura e tenho ido a igreja para desestressar. Estou fazendo reeducação alimentar e isso me deixa mais disposta (Orquídea).

Eu sou evangélica então é em Deus que busco [pausa] busco um equilíbrio, de manha quando eu estou vindo pra cá eu to rezando e pedindo a Deus que me dê força para continuar, rezo por todo mundo, pelos pacientes também pela minha equipe. Dentro do meu carro venho escutando musica evangélica e sempre dá tudo certo. Deus é meu refugio (Júpiter).

Neste contexto cabe resaltar que a instituição tem se preocupado com a questão espiritual de seus pacientes e funcionários. Frequentemente, são ofertados cursos e palestras para os pacientes e funcionários desenvolverem a espiritualidade quando internados. Neste espaço são desenvolvidos técnicas de relaxamento, terapias alternativas como Heiki e acumpuntura.

Propiciar vivencias de espiritualidade no contexto da oncologia tem se mostrado como um aspecto positivo e certamente uma ponte para a resiliência como forma de conter as situações de risco e vulnerabilidade a que os enfermeiros estão expostos.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais deste trabalho buscam responder aos questionamentos levantados nos objetivos iniciais desta pesquisa, bem como, esclarecer que falar sobre resiliência é aprofundar-se ainda em um emaranhado de conceitos ainda não revelados, mas que são necessários na prática do enfermeiro e dos demais profissionais que trabalham com o paciente oncológico.

É evidente que a aplicação do conceito nas diversas áreas do saber, e principalmente na enfermagem, nos dá possibilidade de um espaço para construção do conceito entre os profissionais de saúde, possibilitando melhorias na qualidade do cuidado prestado e propiciando formas para que o enfermeiro possa criar estratégias de resiliência no seu ambiente de trabalho.

Com as entrevistas e com o preenchimento da escala de resiliência, os objetivos propostos por esta pesquisa foram respondidos, pode-se chegar às considerações inerentes do trabalho do enfermeiro em oncologia, nesta instituição que serviu de cenário para a pesquisa.

O trabalho em oncologia, os vínculos com equipe multiprofissional, pacientes e familiares perpassam as paredes da instituição, oportunizando que esses enfermeiros realizem suas atividades com qualidade e encontrando no convívio social uma forma de expressarem aspectos da resiliência.

A maioria dos enfermeiros apresentam-se fortes frente às adversidades inerentes desse trabalho, sente-se felizes e importantes por estarem realizando suas atividades assistenciais junto aos pacientes com câncer e orgulham-se em trabalhar desencadeando um fazer enfermagem de forma dinâmica e de profunda forma estética.

Evidenciam-se 4 enfermeiros com baixo nível de resiliência aspecto observado pelos enfermeiros recém chegados na unidade através de concurso público. Mais da metade dos sujeitos entrevistados apresenta alto nível de resiliência o que determina que o tempo de trabalho talvez seja um marco importante para que esses profissionais adquiram estratégias positivas para lidar com as adversidades advindas do trabalho em oncologia.

Na análise realizada pelo programa SSP versão 2008 que analisou as questões relacionadas com idade, tempo de serviço, número de filhos, tempo de formação, tempo na oncologia, estado civil relacionados as questões respondidas pela escala de resiliência não se observou nenhuma interferência quanto ao nível de resiliência destes enfermeiros. O que evidencia que neste sítio investigado os fatores de proteção estão mais relacionados com questões pessoais e subjetivas de cada profissional.

A maioria dos enfermeiros possuem entre 5 e 9 anos de formados. Com uma faixa etária entre 25 e 34 anos. Relativamente jovens na instituição e jovens no mercado de trabalho. É notável que a maioria dos enfermeiros entrevistados é do gênero feminino, predominante na enfermagem brasileira. Mas cabe ressaltar que na

compilação dos dados quantitativos observa-se que os homens entrevistados com alto nível de resiliência são do gênero masculino.

A superação das dificuldades e as crescentes mudanças no tratamento, novas quimioterapias, levam esses enfermeiros a buscar mais conhecimento e sentirem-se numa posição superior aos demais enfermeiros de outras unidades hospitalares.

Ao mesmo tempo aparece uma ambivalência nas falas, entre sofrimento e alegria no trabalho. Sentimentos de perda relacionados ao momento da terminalidade de um paciente, impotência frente ao prognóstico ruim, levam esses enfermeiros ao sofrimento e conseqüentemente a busca por estratégias para alívio desses sentimentos.

Buscando atenuar as situações estressantes advindas do trabalho, muitos enfermeiros encontram na espiritualidade, nos vínculos com amigos e familiares, boa alimentação e exercícios físicos mecanismos de proteção para o cotidiano adverso.

Na fala dos entrevistados emergem fatores de risco que são preocupantes para os enfermeiros e que muitas vezes acontecem de forma não clara e quase imperceptível no dia a dia. Os óbitos que acontecem frequentemente, a sobrecarga de trabalho administrativo e assistencial, a preocupação em prestar um bom atendimento, bem como e sentimentos de impotência frente ao prognóstico são fatores que aparecem como preocupantes e levam a alguns enfermeiros a terem baixo nível de resiliência.

Fica claro que o vínculo criado com os pacientes que saem e adentram as unidades de oncologia e internação para completar seus ciclos de quimioterapia. São de suma importância para manutenção dos fatores de proteção criados por esses profissionais. Aponta-se que o apoio dos gestores da instituição aparecem como marcadores positivos e que fortalecem o desejo desses profissionais permanecerem nessa atividade. Deste ponto de vista o prazer em trabalhar neste ambiente supera o desejo de desistir de trabalhar.

Percebe-se que na unidade de internação da oncologia os enfermeiros trabalham há muito tempo, e existem muitos enfermeiros que gostariam de trabalhar especificamente com esses clientes. Acreditam nesse trabalho e vão ao encontro para que ele aconteça de forma positiva.

Evidencio nas falas, pouco absenteísmo e faltas ao trabalho por motivo de saúde. Os enfermeiros recém chegadas na instituição e que prestam assistência como folguistas nestas unidades, revelam gostar do trabalho e não se queixam da sobrecarga de trabalho ou de não serem referencia para equipe de enfermagem. Atribuem que neste ambiente aprendem muito, e se motivam em buscar mais conhecimento, com cursos externos e os ofertados pela instituição.

Esta pesquisa certamente servirá como subsídio para posteriores estudos dentro da instituição, grupos de estudo sobre resiliência com o objetivo de focar em formas para que estes profissionais possam encontrar estratégias que favoreçam o desenvolvimento do trabalho, combatendo os fatores agressores que por ventura



possam acometer os trabalhadores e comprometer a assistência, bem como proporcionar bem estar aos profissionais.

Os fatores protetivos essenciais ao enfermeiro de oncologia precisam ser discutidos na sua teoria e aplicação na prática. Devido à complexidade do tema e do pouco conhecimento do constructo da resiliência no ambiente hospitalar e para o objeto de ciência da enfermagem que é o cuidado humano, se faz necessário maiores estudos, com objetivo de ampliar o tema para todos os profissionais que de certa forma lidam com os pacientes oncológicos.

Considero necessário realizar-se mais investigações nesta área da saúde, indicando uma educação continuada em educação para a saúde, bem indicadas por Mosquera e Stobäus (1984).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFARO-LEFERVRE, R. **Aplicação do processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

BALLONE, J. G. **Estresse: curso de psicopatologia** (monografia na internet). 2002. Acesso em: 10 set. 2011. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/cursos/estres1.html>.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Rio de Janeiro: 70, 2009.

BAPTISTA, G. L. **A Dimensão Educativa nos Cursos de Graduação em Enfermagem: um estudo sobre a formação inicial**. 2004. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação da UNISINOS, São Leopoldo, 2004.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: vozes, 2001.

BONASSA, E. M. A. **Enfermagem em quimioterapia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1998.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001: Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, 2001.

CAMARGO, T. C. **O existir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: um estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger**. 2000. Tese (Doutorado em enfermagem) Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Apresentação In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B (Orgs). **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadors na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Unijuí, 2007.

CANELAS, R. S. **A resiliência de crianças em situação de risco em programas sócio educativos de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2004.

CATUSO, R. I.; CAMPANA, A . N. N. B.; TAVARES, M. C. G. C. F. **A resiliência e a imagen corporal de adolescentes e adultos com mielomeningocele**. HU Revista, Juiz de Fora, v. 36, n. 1, p. 37-45, jan./mar. 2010.

CYRULNIK, B. **La maravilha del dolor: El sentido de La resiliencia**. Buenos Aires: Granica, 2001.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C.(Orgs). **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

COSTA, C. A. LUNARDI, F. W. D. SOARES, N. V. Assistência Humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 56, n.3, p. 310-4, 2003.

DEJOURS, C. **A loucura do Trabalho: um estudo da psicopatologia do Trabalho**. São Paulo: Coretez-Oboré, 1992.

DEMO, P. **Introdução à Metodologia da Ciência**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987, p. 15-28.

\_\_\_\_\_. **Educar pela pesquisa**. 4. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2000.

DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. **Processo Educativo em Enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Robe, 1995.

FERNANDES, J. D.; XAVIER, I. M.; CERIBELLI, M. I. P. F; et all. Diretrizes Curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 443-9, 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Práticas de enfermagem: fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. Porto Alegre: Difusão, 2003.

FONSECA, S. M. da. et al. **Manual de quimioterapia antineoplásica**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.

FOUCAULT M. **As técnicas de si**. Trad. de Wanderson Flor do Nascimento e Karla Neves [texto na Internet]. [citado 2007 jul. 14]. Disponível em: <http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/techniques.html>

GALENDE, E. Subjetividad y resiliencia: del azar y La complejidad. In: A. Melillo, E.N.S. Ojeda & D. Rodriguez (Orgs), **Resiliencia y subjetividad** (pp23-61). Buenos Aires: Paidós, 2004.

GARCIA, I. **Vulnerabilidade e resiliência**. Adolescente Latino-americana, São Paulo n. 2, v. 3, p. 128- 130, 2001.

GERMANO, R. M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M. H. T. Profissionais de Enfermagem frente ao processo de morte em unidade de terapia intensiva. **Rev. Acta Paul.enferm.** São Paulo, v.19, n.4, dez, 2006.

GUZZO, R. S. L. **Enfrentando o cotidiano adverso**: estudo sobre a resiliência em adolescentes. Campinas: Alínea; 2002.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico da Língua Portuguesa**. Versão 1.0. Instituto Antonio Houaiss. Ed. Objetiva Ltda, 2001.

INFANTE, F. La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. (orgs). **Resiliencia**: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Incidência de Câncer no Brasil**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/tabelaestados.asp?UF=RS>. Acesso em: 08 fev. 2012.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de um hospital universitário. **Revista Acta Paulista Enfermagem**, 2009; 22(2);197-7.

ITO, E.; PEREZ, A. M.; TAKAHASHI, R. T.; LEITE, M. M. J. O ensino de Enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia X realidade. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n.4, p. 570-5, 2006.

LAUTER, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Pontifícia de Salamanca, Salamanca, 1995.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad Pagu** 2005 janeiro/junho; 24(1): 105-25.

LILIENFELD, A. M.; LILIENFELD, D. M. **Foundations of epidemiology**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 1980.

LIPP, M. E. N. Stress: conceitos básicos. In: LIPP, M. E. M. (org). **Pesquisas sobre estress no Brasil**: saúde, ocupação e grupos de risco. São Paulo: Papirus. 2001.

LONGO, D. L. Abordagem ao paciente com câncer. In: BRAUNWALD, E. et al. **Medicina Interna**. 15. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2002, p. 521-528.

LOPES NETO, D.; TEIXEIRA, E.; VALE, EG.; CUNHA, F. S.; XAVIER, I. M.; FERNANDES, J. D.; et al. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais. In: Ministério da Saúde (BR) Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

LOURO, G. L. **Gênero, Sexualidade e Educação**. Uma perspectiva pós-estruturalista. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

McGRATH, P. J. et al. **Report of the subcommittee on assessment and methodologic issues in the management of pain in childhood cancer**. *Pediatrics*, v. 86, n. 5, p. 814- 817, 1990.

MASSIE, M. J. Psychiatric complications in cancer patient In: HOLLEB, A. I.; FINK, D. J.; MURPHY, G. P. (Eds.). American Cancer Society, p. 576- 586, 1991.

MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S.; RODRIGUEZ, D. **Resiliencia y Subjetividad**. Buenos Aires: Paidós, 2004.

MENEZES A. M.; HORTA B. L.; OLIVEIRA A.L.; KAUFMAN R.A.; DUQUIA R.; DINIZ A, Et al. Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. **Rev. de Saúde Pública**.2002 Apr;36(2)129-34.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITET /ABRASCO, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (BR). **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MOREIRA, A. F. B.; SILVA, T. T. S. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: MOREIRA, A. F. B.; SILVA, T. T. S. (org.). **Currículo, cultura e sociedade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSQUERA, Juan J. M; STOBÄUS, Claus D. **Educação para a saúde**. 2. ed. Porto Alegre: D. C. Luzzatto, 1984.

NEVIDJON, B. **What has led to the current nursing shortage**. *Onco Nurs Soc News*/15(5)6.2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Base de dados de mortalidade**, 2005. Disponível no site: <http://www.who.int/WHOSIS>. Acesso em: 23 de set de 2011.

PAZZOLA, A. **A espiritualidade como base para a resiliência**. Monografia apresentada à Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP e Instituto LIBERTAS – Consultoria e Treinamento, Pós-graduação em Latu Senso em Dinâmica de Grupo, Recife- PE, 2002.

PEDROLO, F. T.; ZAGO, M. M. F. O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada do laringectomizado. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n.1, p.49- 56, jan. 2002.

PERREIRA, A. **A tríade do educador: stress, burnout e coping.** In: IV Congresso Europeu AESMAEFF, Avieiro, Universidade de Avieiro. 1996.

PESCE, R. P.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C.; CARVALHAES, R. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, n. 2, v. 20, p. 135-143, 2004.

PESCE, R. P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Caderno de Saúde Pública**, v. 1, n. 2, p. 436-448, 2005.

PIMENTA, C. A. M. Avaliação da experiência dolorosa. **Rev. Medicina**, v. 74, n. 2, p. 69-75, 1995.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência e o Ensino Superior.** São Paulo: Cortez, 2002.

PINHEIRO, D. P. N. Psicologia A resiliência em discussão. **Rev. Psicologia em Estudo**, Maringá, v.9, n.1, p.67-75, 2004.

PINHO, M. H. **O significado do sofrimento do paciente oncológico: narrativas dos profissionais de saúde.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, . Ribeirão Preto/SP, 2003.  
PITA, A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo/SP: Hucitec, 1990.

POLIT, D. F.;BECK, C .T.;HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

RADUNZ, V.; SOUZA, A. Cuidando e confortando o cuidador. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, n. 2, v. 7, p. 182, maio/ago. 1998.

RADUNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidado de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout.** Florianopolis: PEN/UFSC; 2001.

RODRIGUES, R. M. A enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 6, v. 9, nov. 2000.

RODRIGUEZ, Daniel. El humor como indicador de resiliencia. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. **Resiliencia descubriendo las propias fortalezas.** Buenos Aires: Paidós. 2005.

ROSSATO, L. M. **Utilizando instrumentos para a avaliação da percepção de dor em pré-escolares face a procedimento doloroso.** 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, n. 57, p. 316-31. 1984.

SANTOS, F. G. dos. Formação do Enfermeiro na Perspectiva das Competências: uma breve reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, página? jan./fev. 2004.

SANTOS, S. S. C. Currículos de enfermagem do Brasil e as diretrizes-novas perspectivas. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília v. 56, n. 4, p. 361-4, 2003.

SANTOS, M. L. S. C.; PADILHA, M. I. C. S. **As posturas compassivas na enfermagem**: o sofrimento que permeia o cuidar. *Rev. Bras. Enfermagem*, v. 55, n. 5, p. 542-8, 2002.

SHARKSNAS, Thomas; LYNN, Bonnie. **The Relationship between resilience and job satisfaction im mental helth care workers**. Dissertation Abstracts International: section b: The scencies and engineering, v. 64, n. 6-b, p.:2963, 2003.

SARDA, J. R.; LEGAL, E. J.; JABLONSKI, S. J. **Estresse**: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SAUSVILLE, E.; LONGO, D. L. Princípios do tratamento do câncer. In: BRAUNWALD, E. et al. **Medicina Interna**. 15. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2002, p. 562-580.

SAUPE, R. Ação e reflexão na formação do enfermeiro através dos tempos. In: SAUPE, R. (Org.). **Educação em enfermagem**: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: UFSC, 1998.

SILVA, G. **Enfermagem profissional**: análise crítica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, A. L.. **O saber nightingaliano no cuidado**: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. **O cuidado de Enfermagem frente ao avanço tecnológico**. Disponível em: <<http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php.id=204&cf=1>>. Acesso em: 03 out. 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.

SORDI, M. R. L.; BAGNATO, M. H. S. **Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde**: o desafio da virada do século. *Rev. Lat-Am Enfermagem*, v.6, n. 2, p. 83-8, 1988.

SÓRIA, D. A. C. **A resiliência dos profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva**. Tese (Doutorado de Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SÓRIA, D. A. C et al. A resiliência como objeto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. Escola Anna Nery. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro v. 10, n. 3, p. 547-51, 2006.

SÓRIA, D. A. C et al. Resiliência na área da Enfermagem em oncologia. Acta Paulista Enfermagem. **Revista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 702-6, 2009.

SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PADILHA, M. I. C.S.; PRADO, M. L. O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. **Revista texto e Contexto Enfermagem**, 2005, abr-jun;14(2)266-70.

TABOADA, N. G.; LEGAL, E. J.; MACHADO, N. Resiliência: em busca de um conceito. **Rev. Brasileira Crescimento Humano**, v. 16, n. 3, p. 104-113, 2006.

TAVARES, José. (Org.). **Resiliência e Educação**. São Paulo: Cortez, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WAGNILD, G. M; YOUNG, H. N. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**, Atlanta, v. 1, n. 2, p. 164-178, 1993.

VALDOW, V.R. **Cuidado Humano**. Porto Alegre: Sagra-Luzzato, 2001.

WATSON, J.; BARCELOS, L. M. S.; ALVIM, N. A. T. Conversa: um cuidado fundamental de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Rev. Bras. Enf.** v. 56, n. 3, p. 236-41, maio\jun. 2003.

YUNES; M. A. M.; ZSYMANSKI, H. **Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas**. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

YUNES, 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.

VANZIN, AS. **Enfermagem no Rio Grande do Sul: 135 anos de história**. Arlete Spencer Vanzin; Maria Elena da Silva Nery. Porto Alegre: RM&L, 2000. 226p.



## **APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **Resiliência em Oncologia: um olhar sobre a práxis do enfermeiro**

Eu,.....declaro pelo presente Termo de Consentimento que obtive informações sobre:

**OBJETIVO DO ESTUDO:** o objetivo deste estudo é desvelar a resiliência de enfermeiros em oncologia; identificar fatores de risco e de proteção presentes no cotidiano do trabalho da assistência ao paciente oncológico; analisar como esses fatores de risco e proteção são enfrentados e discutir como se expressa a resiliência entre os enfermeiros que atuam ao cuidado ao paciente com câncer.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** se você concordar em participar desta pesquisa, após sua autorização, farei a coleta de dados em dois momentos. No primeiro momento aplicarei a Escala de Resiliência (Wagnild), escala que já está validada culturalmente no Brasil e em um segundo momento se fará uma entrevista que será gravada, transcrita e entregue para você, para que possa ler na íntegra seus depoimentos, analisar seu conteúdo para fazer as modificações se julgar necessário. Será mantido o sigilo sobre sua identidade.

**MÉTODOS ALTERNATIVOS:** não existem métodos alternativos a participação neste estudo. Caso não seja de seu interesse participar, basta não assinar esse termo de consentimento, e nenhum dado seu será coletado.

**RISCOS:** não existem riscos físicos caso você participe deste estudo. Fique sempre a vontade para a qualquer momento da entrevista ou preenchimento do questionário a conversar com o investigador do estudo para dirimir questionamentos.

**BENEFÍCIOS:** com esse estudo poderemos entender melhor como a resiliência se expressa no cotidiano do trabalho de enfermeiros em oncologia. Poderá auxiliar nas dificuldades encontradas no cuidar de pacientes oncológicos e assim traçar metas que melhorem a assistência a futuros pacientes.

**ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS:** o seu acompanhamento durante essa pesquisa será feita pelo aluno de Mestrado em Educação da PUCRS, enfermeiro Alexander de Quadros, fones (91612258 e 34523080), e seu orientador, Dr. Claus Dieter Stobaus, fone 33203620, e do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, situada na rua Ipiranga nº6690, prédio 60, sala 314. Fone:33203345.

**CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS:** seu nome não será revelado em nenhum momento da pesquisa. As entrevistas ficarão armazenadas pelo período de 5 anos e após incineradas.

**CUSTOS (Ressarcimento e indenização):** não haverá qualquer custo ou forma de pagamento para o voluntário pela sua participação nesta pesquisa.

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA:** li as informações acima e entendi o propósito deste estudo, assim como os benefícios e riscos potenciais

da participação no mesmo. Eu por intermédio deste dou livremente meu consentimento para participar neste estudo. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar a participação neste estudo, e também que posso interromper a qualquer momento a minha participação, sem nenhum tipo de penalidade.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____	____/____/____
<b>(Assinatura do entrevistado)</b>	<b>dia mês ano</b>
_____	____/____/____
<b>(Assinatura do Pesquisador)</b>	<b>dia mês ano</b>

## APENDICE B - Escala de Resiliência

A resiliência dos enfermeiros na Assistência ao Paciente Oncológico

Codiname: \_\_\_\_\_

### 1. Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Tempo de Formado: \_\_\_\_\_

Qualificação: \_\_\_\_\_

Tempo de Atuação na oncologia: \_\_\_\_\_

Setor de atuação no GHC: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nº de empregos: \_\_\_\_\_ Nº de filhos: \_\_\_\_\_

Setor de Locação Atual: \_\_\_\_\_

---

**Por favor, envolva o número que indica o quanto você concorda ou discorda de cada item.**

**1= Discordo Totalmente**

**7= Concordo Totalmente**

Ítems	Concordo Totalmente Discordo Totalmente						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso ficar sozinho se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7

<b>13.</b> Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>14.</b> Eu sou disciplinado.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>15.</b> Eu mantenho interesse nas coisas.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>16.</b> Eu normalmente posso achar motivo para rir.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>17.</b> Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>18.</b> Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>19.</b> Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>20.</b> Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>21.</b> Minha vida tem sentido.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>22.</b> Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>23.</b> Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>24.</b> Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>25.</b> Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

- Versão adaptada para o português da Escala de Resiliência de Wagnild e Young, de 1993 (Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias e Carvalhaes, 2005).

## **APENDICE C - Roteiro para entrevista**

- 1. O que representa para você ser um enfermeiro que trabalha com oncologia?**
- 2. Expresse qual são os fatores de risco que podem interferir na qualidade de seu trabalho durante o seu cotidiano de trabalho?**
- 3. De que forma você acredita que pode criar mecanismos de defesa para não se deixar atingir pelas adversidades do seu trabalho em oncologia?**
- 4. O que mais gostaria de dizer?**



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. CEP-1388/11

Porto Alegre, 18 de setembro de 2011.

22

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 11/05537 intitulado **"Resiliência em oncologia: Um olhar sobre a práxis do enfermeiro"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.  
Prof. Claus Dieter Stobäus  
FACED  
Nesta Universidade

936322 58 OK 22/09/11

**PUCRS**

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000  
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)

**APÊDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos você para participar desta pesquisa de Mestrado Intitulada: **Resiliência em Oncologia: um olhar sobre a práxis dos enfermeiros.**

Eu,.....declaro pelo presente

**Termo de Consentimento que obtive informações sobre:**

**OBJETIVO DO ESTUDO:** o objetivo deste estudo é desvelar a resiliência de enfermeiros em oncologia; identificar fatores de risco e de proteção presentes no cotidiano do trabalho da assistência ao paciente oncológico; analisar como esses fatores de risco e proteção são enfrentados e discutir como se expressa a resiliência entre os enfermeiros que atuam ao cuidado ao paciente com câncer.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** se você concordar em participar desta pesquisa, após sua autorização, farei a coleta de dados em dois momentos. No primeiro momento aplicarei a Escala de Resiliência (Wagnild), escala que já está validada culturalmente no Brasil e em um segundo momento se fará uma entrevista que será gravada, transcrita e entregue para você, para que possa ler na íntegra seus depoimentos, analisar seu conteúdo para fazer as modificações se julgar necessário. Será mantido o sigilo sobre sua identidade.

**MÉTODOS ALTERNATIVOS:** não existem métodos alternativos a participação neste estudo. Caso não seja de seu interesse participar, basta não assinar esse termo de consentimento, e nenhum dado seu será coletado.

**RISCOS:** não existem riscos físicos caso você participe deste estudo. Fique sempre a vontade para a qualquer momento da entrevista ou preenchimento do questionário a conversar com o investigador do estudo para dirimir questionamentos.

**BENEFÍCIOS:** com esse estudo poderemos entender melhor como a resiliência se expressa no cotidiano do trabalho de enfermeiros em oncologia. Poderá auxiliar nas dificuldades encontradas no cuidar de pacientes oncológicos e assim traçar metas que melhorem a assistência a futuros pacientes.

**ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS:** o seu acompanhamento durante essa pesquisa será feita pelo aluno de **Mestrado em Educação** da PUCRS, enfermeiro Alexander de Quadros, fones (91612258 e 34523080), e seu orientador, Dr. Claus Dieter Stobaus, fone 33203620, e do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, situada na rua Ipiranga nº6690, prédio 60, sala 314. Fone:33203345.

**CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS:** seu nome não será revelado em nenhum momento da pesquisa. As entrevistas ficarão armazenadas pelo período de 5 anos e após incineradas.

**CUSTOS (Ressarcimento e indenização):** não haverá qualquer custo ou forma de pagamento para o voluntário pela sua participação nesta pesquisa.

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA:** li as informações acima e entendi o propósito deste estudo, assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Eu por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar a participação neste estudo, e também que posso interromper a qualquer momento a minha participação, sem nenhum tipo de penalidade.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do entrevistado)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
dia mês ano

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Pesquisador)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
dia mês ano

Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP - PUCRS