



Cuidar em oncologia: uma experiência para além do sofrimento

Care in oncology: an experience beyond the suffering

Andréia Elisa Garcia de Oliveira

Vera Engler Cury

Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Brasil

Resumo

Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa de inspiração fenomenológica que buscou compreender a experiência de profissionais da saúde no cuidado a pacientes oncológicos. Foram realizados encontros individuais de natureza dialógica com nove profissionais das áreas de Medicina, Psicologia, Farmácia, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Serviço Social que atuam no ambulatório de quimioterapia de um hospital universitário. Após cada encontro a pesquisadora redigiu uma narrativa na qual incluiu elementos significativos da experiência de cada participante, acrescidos de suas próprias impressões. A análise do conjunto de narrativas permitiu concluir que, para além do sofrimento e do desgaste vivenciado pelos profissionais, a experiência de cuidado em Oncologia é também gratificante, contribui para o crescimento pessoal e profissional e implica no reconhecimento da importância de seu papel profissional. Tais elementos fazem com que a atuação nesta área, vista por muitos como desafiadora, seja significada por estes profissionais como uma escolha.

Palavras-chave: profissionais da saúde; psico-oncologia; experiência; fenomenologia; narrativas

Abstract

This paper presents the results of a research held within a masters course in Psychology which sought to seize the experience of health professionals in the care of cancer patients attended in an outpatient chemotherapy clinic. It was developed as a qualitative and exploratory research, inspired by phenomenology. Individual dialogical encounters were carried with nine professionals in the areas of Medicine, Psychology, Pharmacy, Nursing, Occupational Therapy and Social Work. After each encounter, narratives were written, registering what was reported by the participants, as well as the researcher's impressions. Working with the narratives, allowed us to apprehend that, beyond the suffering and the wearing experienced by the professionals, the experience of care in Oncology is also rewarding, contributes to the personal and professional growth and implies the acknowledgement of the importance of their professional role. Such elements make the work in this area, seen as challenging, be understood as a choice for these professionals.

Keywords: health professionals; psycho-oncology; experience; phenomenology; narratives



1. Introdução

Dentre as muitas possibilidades que a vida nos oferece, uma delas é o adoecimento.¹ A experiência do ser humano com o processo de adoecer é uma das mais mobilizadoras, principalmente quando a doença que se manifestou é considerada grave ou incurável, como o câncer (Silva, 2005). O câncer é considerado uma patologia crônica degenerativa que pode se manifestar como um conjunto de doenças de diferentes tipos e graus de letalidade. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (2012), apesar dos significativos avanços alcançados nas últimas décadas em termos de diagnóstico e tratamento, o câncer continua figurando entre as principais causas de morte por doença em todo o mundo.

A revisão de literatura realizada por Silva (2005) aponta que as concepções sobre o câncer foram sendo construídas historicamente pela sociedade que, desde o momento dos primeiros diagnósticos, já associava a doença ao temor diante de seu aspecto incurável e de sua letalidade. Até hoje, muitas pessoas se recusam até mesmo a pronunciar o nome desta doença. Anos mais tarde, a mesma autora concluiu que o câncer continua sendo um dos mais importantes símbolos de morte da contemporaneidade (Silva, 2009).

Existem inúmeras metáforas ligadas ao seu diagnóstico que justificam o fato dessa doença ser encarada como uma sentença de morte, deflagrando, assim, uma série de reações emocionais no paciente, na família e nos profissionais que se dedicam ao seu cuidado. Diversos autores são enfáticos em apontar que o impacto do adoecimento por câncer não afeta apenas os pacientes, mas também seus familiares e os profissionais que deles cuidam (Pelaez Doro, Pasquini, Medeiros, Bitencourt & Moura, 2004; Soares & Lobo, 2007; Carvalho e outros, 2008; Silva, Aquino & Santos, 2008; Albuquerque, 2009).

Uma vez confrontados com um diagnóstico de câncer, os envolvidos precisam se preparar para enfrentar uma jornada de tratamentos que se revela como um caminho íngreme e incerto, tantas vezes percorrido de maneira sofrida e solitária. Apesar dos inegáveis avanços no âmbito dos tratamentos oncológicos, cabe lembrar que nenhum deles se coloca ainda como garantia de sucesso do tratamento, além do fato de produzirem os indesejáveis efeitos colaterais já conhecidos e bastante temidos pela população em geral.

Assumir o tratamento oncológico não é uma tarefa fácil. O convívio com os efeitos colaterais e a constante incerteza em relação aos resultados leva os envolvidos a experimentar sentimentos muitas vezes ambivalentes. A vivência é permeada por sentimentos de mutilação (que extrapolam as mutilações físicas), revolta e impotência. Para Silva (2005), enfrentar um tratamento oncológico pode ser definido como uma experiência de perdas e de incerteza acerca do porvir. Tais elementos justificam que a assistência em

¹ O texto da dissertação, na íntegra, se encontra disponível na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da PUC-Campinas, em: http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/processaPesquisa.php?pesqExecutada=1&id=1841



Oncologia possui algumas particularidades que, algumas vezes, podem transformar a rotina dos profissionais num verdadeiro calvário.

Atualmente, grande parte da literatura científica acerca dos tratamentos oncológicos, centra sua atenção nas implicações físicas, psicológicas e sociais destes nos próprios pacientes, bem como no impacto do acompanhamento deste processo pelos familiares. Nas últimas duas décadas, observa-se um aumento, ainda não muito expressivo, na produção de estudos que voltam seu olhar para os profissionais que atuam em Oncologia. Dentre estes (Joinson, 1992; Holland, 2003; Nogueira-Martins, 2003; Rosa & Carlotto, 2005; Carvalho & Merighi, 2006; Amaral, Achette, Barbosa, Bruscatto & Kavabata, 2008; Lago, 2008; Liberato & Carvalho, 2008; Kovács, 2008; Paschoalini, Oliveira, Frigério, Dias, & Santos, 2008; Albuquerque, 2009; Gustafsson & Strandberd, 2009; Franco, Barros, Nogueira-Martins & Zeitoun, 2011; Ebling & Carlotto, 2012; Nicholas, 2013) têm apontado que o convívio com situações de sofrimento, dor, fracasso do tratamento e morte pode gerar uma sobrecarga afetiva que se manifesta de diferentes formas. Em meio a tais fenômenos, os estudos citados destacam os seguintes: estresse, síndrome de burnout, fadiga por compaixão, síndrome do pânico, depressão pelo contato frequente com a terminalidade e/ou com o fracasso dos tratamentos, insatisfação profissional em relação à área de atuação, dificuldade de comunicação com o paciente e familiares, conflitos na atuação em equipe, queixas em relação à ausência de um suporte psicológico institucional, constatação de lacunas em seus processos de formação no que tange ao contato e às formas de lidar com a terminalidade, risco para suicídio, dentre outros igualmente graves.

Para além da questão do sofrimento, do desgaste e do conseqüente adoecimento, foram localizados poucos estudos (Ferreira, 1996; Popim & Boemer, 2005; Breitbart, 2009; Liberato, 2009; Silva, 2009; Taylor, 2012) que se dedicaram a apresentar as dimensões positivas, saudáveis e significativas também presentes na assistência oncológica.

Além disso, a maioria dos artigos pesquisados se baseia em estudos quantitativos, muitos deles produzidos em outras áreas do conhecimento. Não foram localizados estudos com propósitos semelhantes a este, que tivessem sido desenvolvidos por pesquisadores da área de Psicologia, principalmente a partir de uma perspectiva fenomenológica. Santos (2003) e Silva (2009) concordam que os estudos sobre as vivências dos profissionais diante de doenças graves como o câncer ainda são escassos, de modo que os interlocutores escolhidos para esta discussão tiveram de ser buscados também em outras áreas, tais como Filosofia, Enfermagem e Medicina.

Assim, partindo dos elementos que a experiência desses profissionais revelou, esta pesquisa possibilitou apreender significados que vão além da questão do sofrimento amplamente discutida como inerente à área. Serão destacados trechos das narrativas construídas pela pesquisadora, ilustrativos desta outra dimensão do cuidar em Oncologia, ainda pouco explorada pela literatura científica. A saber, significados associados à



oportunidade de crescimento psicológico decorrente de sentimentos de gratificação, disponibilidade para o outro e entusiasmo pela área.

2. Método

O estudo foi desenvolvido como pesquisa qualitativa de inspiração fenomenológica. Para Amatuzzi (2011), a pesquisa fenomenológica constitui uma pesquisa de natureza. Diferentemente das pesquisas de extensão, que procuram verificar como determinado fato se distribui, preocupando-se com números, as pesquisas de natureza se dedicam a entender o que é determinada coisa, priorizando, portanto, as palavras. “Ela pretende dar conta do que acontece, pelo clareamento do fenômeno” (p. 19). Assim, na pesquisa fenomenológica o relato dos participantes é tomado em sua intencionalidade própria ou constitutiva.

Ao buscar conhecer o significado que uma pessoa atribui a um determinado fenômeno, o próprio Husserl (1935/2002) alerta que, para além da questão da intencionalidade da consciência, não se pode desconsiderar que este sentido é construído no contexto das relações intersubjetivas, o que significa afirmar que o objeto de estudo da fenomenologia não é o sujeito ou o objeto, mas o fenômeno sujeito-objeto. Esse fundamento do método fenomenológico se torna, portanto, o responsável pela superação da dicotomia sujeito-objeto, que no caso da pesquisa fenomenológica, pode ser também entendido como a superação do distanciamento pesquisador-participante.

Assim, a proposição de um encontro dialógico entre pesquisador e participantes sustenta-se, justamente pela compreensão deles como instâncias que se afetam mutuamente no encontro (Critelli, 2007). Amatuzzi (2011) argumenta a este respeito que nas situações em que o pesquisador se coloca diante do participante com uma questão norteadora abre-se a ele a possibilidade de atuar como facilitador do acesso ao vivido pelo participante. O que se propõe neste tipo de encontro é que ambos se permitam dar um passo além das ideias, teorias e pensamentos para alcançarem juntos maior aproximação em relação à experiência vivida que está em investigação.

Neste sentido, Amatuzzi (2010) considera esse modo de fazer pesquisa como um trabalho de lapidação sucessiva do material que foi produzido a partir dos encontros com os participantes, até que se chegue a uma depuração do significado que se procura. Essa depuração do significado pode ser alcançada a partir do trabalho com as narrativas.

Cabe elucidar que nesta pesquisa as narrativas foram consideradas como resultado, uma vez que foram construídas a partir dos encontros dialógicos realizados com os participantes. Na tentativa de esclarecer tal ponto, destacam-se os estudos realizados por Mozena e Cury (2010) e Brisola e Cury (2016), nos quais as autoras propõem que a narrativa se constitui num processo rigoroso de interpretação da experiência intersubjetiva gerada a



partir da relação entre pesquisador e participante, revelando o significado da experiência vivida pelos participantes pela via do pesquisador.

Assim, o material que emergiu dos encontros, organizado na forma de narrativas, foi interpretado a partir de uma sequência de atividades características das análises fenomenológicas que incluem os processos de descrição, compreensão e interpretação. Tais processos vão se construindo de maneira fluida e não linear na medida em que o pesquisador se apropria do material produzido a partir dos encontros dialógicos e mergulha em seu processo singular de compreensão.

Na primeira versão das narrativas, escrita logo após o encontro com o participante, prevaleceu uma tentativa de tomar contato com o acontecido, priorizando-se uma retomada do relato do participante da forma como ele escolheu contar sobre o vivido. Gradativamente, as versões subsequentes das narrativas evoluíram de um formato descritivo para outro mais compreensivo, já com a inclusão das impressões que emergiram empaticamente à pesquisadora, no momento do encontro com o participante. Finalizadas as narrativas de cada um dos nove encontros realizados, dedicou-se a uma releitura cuidadosa de cada uma delas, buscando-se identificar os elementos invariantes das experiências comunicadas. A leitura do conjunto das narrativas possibilitou uma compreensão mais global, que resultou na elaboração de uma narrativa síntese, que pode ser entendida como uma depuração dos elementos mais significativos da experiência em foco. Cabe esclarecer que o próprio processo de construção das narrativas foi delineando o caminho de sua análise.

Essa proposta de análise de narrativas encontra respaldo no proposto por Finlay (2009) ao declarar sua preferência por pesquisas nas quais os processos de descrição e interpretação se dão em um *continuum*, sem fronteiras rígidas entre as etapas, o que tornaria tal processo de análise, segundo a autora, incoerente com o espírito da tradição fenomenológica.

2.1. O cenário da pesquisa, participantes e procedimentos

O estudo foi desenvolvido em um ambulatório de quimioterapia alocado em um Hospital Universitário do Estado de São Paulo, onde são atendidos pacientes oncológicos, usuários do SUS e de convênios de saúde, provenientes de todas as regiões do País, de ambos os sexos e todas as faixas etárias. A média mensal de atendimentos é de aproximadamente 550 pacientes, sendo 33 pacientes/dia.

Participaram desta pesquisa ao todo 9 profissionais, sendo 2 da Enfermagem, 1 da Farmácia, 2 da Terapia Ocupacional, 1 do Serviço Social, 2 da Medicina e 1 da Psicologia. Apenas um profissional da Medicina era do sexo masculino, os demais participantes eram mulheres. As idades variaram entre 24 e 44 anos e os profissionais possuíam entre 02 e 20 anos de formação em suas áreas de atuação à época dos encontros. Da equipe que compõe o



ambulatório, profissionais de quase todas as áreas aceitaram o convite para a participação na pesquisa, exceto os da área de Nutrição, que não manifestaram interesse.

O contato inicial com os profissionais foi feito coletivamente. A pesquisadora lhes apresentou os objetivos da pesquisa, convidando-os a participarem. Foram agendados previamente datas e horários para os encontros, de forma a não prejudicar a rotina de trabalho dos participantes. Tais encontros, realizados individualmente, foram conduzidos pela própria pesquisadora, ao longo do ano de 2013, no próprio espaço do ambulatório.

No início de cada encontro, a pesquisadora verbalizava uma questão norteadora: “Estou interessada em compreender a experiência dos profissionais da saúde em cuidar de pacientes oncológicos. Você poderia me contar como é sua experiência em relação ao atendimento dos pacientes do ambulatório”? A partir daí os participantes discorriam livremente sobre suas experiências, como em uma conversa. Cada encontro durou em média cerca de uma hora e vinte minutos. Ao final, os participantes foram convidados a escolher um título para a narrativa que a pesquisadora escreveria sobre a conversa que tiveram.

Será apresentado aqui um trecho da narrativa síntese, redigida em primeira pessoa pela pesquisadora, acrescido de pequenos excertos de cada uma das narrativas (em itálico), considerados ilustrativos de cada experiência em particular. Na sequência, encontra-se o diálogo que estabeleceu com outros autores no intuito de problematizar os elementos que emergiram da experiência dos profissionais.

Cabe mencionar que os trechos citados não são transcrições literais das falas dos participantes, mesmo por que os encontros não foram gravados. Trata-se de trechos das narrativas que ilustram os elementos constitutivos da experiência de cuidar em Oncologia.

Em relação às questões éticas, faz-se necessário informar que a realização desta pesquisa foi autorizada pela direção da instituição hospitalar na qual o ambulatório está localizado, bem como recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas (sob o protocolo nº 193.419). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. Resultados: O que há na experiência de cuidar em Oncologia para além do sofrimento?

O clima geral dos encontros com os profissionais-participantes da pesquisa foi de envolvimento e disponibilidade ao diálogo. Demonstraram gratidão por terem sido convidados a participar ao constarem a importância de “conversas desse tipo” para profissionais da saúde, pois tiveram a oportunidade de ser ouvidos e compreendidos. Ficou evidente que se tivessem mais tempo, os participantes tenderiam a estender a conversa, pois, à medida que traziam à tona elementos de suas experiências, novas associações eram feitas e novos significados surgiam.



... eu é que preciso te agradecer por ter me ouvido. Para mim, essa conversa foi um desabafo. Seria bom se tivéssemos isso sempre (terapeuta ocupacional).

Os sentimentos despertados a partir da experiência cotidiana num ambulatório de Oncologia foram significados por eles como tendo o potencial de torná-los mais humanos. O fato de se tornarem testemunhas do sofrimento dos pacientes e o convívio frequente com a morte parece tê-los transformado em pessoas mais sensíveis e atentas às alegrias simples e despreziosas que a vida oferece. Mas isso lhes trouxe, em contrapartida, uma diminuição da tolerância em relação às atitudes das outras pessoas diante de situações que eles consideram descomplicadas, se comparadas ao que enfrentam os pacientes oncológicos. Parece que não suportam mais “ver gente sofrendo por pouca coisa”.

Uma pessoa não passa pela experiência de atuar em Oncologia e sai a mesma (enfermeira).

Trabalhar em Oncologia é uma coisa que endurece e amacia o coração ao mesmo tempo, a gente fica mais durona para algumas coisas e mais sensível para outras. Por exemplo, eu não aguento pensar que tem mãe por aí reclamando por que o filho tem alergia. Tenho vontade de falar ‘se o menino é alérgico, paciência, tem criança quem nem tem mais a perna...’ (técnica de enfermagem).

Acho que todos os profissionais da saúde precisariam ter pelo menos uma passagem, um estágio pela Oncologia para se tornarem mais humanos (enfermeira).

O fato de escutar tantas histórias difíceis e de luta, me fez dar mais valor à vida (terapeuta ocupacional).

O trabalho cotidiano no ambulatório é uma experiência que envolve sentimentos contraditórios: sofrimento, cansaço físico e mental, sensação de impotência, gratificação pessoal, aprendizado e revisão de valores. Revela-se, assim, a dimensão paradoxal presente nessa relação de cuidado. Apesar do desgaste físico e mental e do sofrimento vivenciado junto aos pacientes, chama a atenção, o quanto esses profissionais parecem apreciar o que fazem. E, além disso, o quanto se envolvem na atividade, deixando claro que o convívio com esses pacientes não é algo que se vivencia de modo indiferente, não podendo ser evitado o impacto emocional, mesmo com o passar do tempo. Consideram que a atuação em Oncologia possui peculiaridades que lhes impõem maiores exigências do que aquelas que ocorrem nas demais áreas da saúde, justamente pelo maior envolvimento que de maneira inexorável desenvolvem com os pacientes.

Sinto que na Oncologia, o pessoal e o profissional se misturam o tempo todo (terapeuta ocupacional).

Acompanhar momentos de terminalidade é algo muito rico e transformador (psicóloga).

Eu me sinto gratificada por acompanhar esses momentos ao lado dos pacientes (médica).

Mesmo sendo gratificante, o contato com o paciente oncológico é muito intenso. Me sinto invadida por um turbilhão de sentimentos, às vezes (terapeuta ocupacional).

Não é uma tarefa fácil, se a gente tivesse um suporte psicológico, tudo ficaria melhor (assistente social).



Trabalhar na área de Oncologia, algo inicialmente encarado por eles como um desafio, foi se tornando aos poucos, uma “escolha”, e atualmente até se empenham em aumentar a carga horária que dedicam ao ambulatório para poderem desenvolver melhor as atividades naquele contexto.

*Nunca pensei que atuaria em Oncologia. Quando me chamaram para trabalhar aqui resolvi encarar isso como um desafio (terapeuta ocupacional).
Trabalhar aqui para mim é uma opção, uma escolha e não uma falta de opção. Hoje, estou tentando me desligar das atividades de outros setores, para me dedicar exclusivamente à Oncologia (assistente social).*

Admitem que a experiência de cuidar de pacientes oncológicos exige uma grande dedicação que nem sempre é viável, devido à grande demanda e ao excesso de tarefas de ordem administrativa que precisam ser cumpridas. Por outro lado, embora seja esta uma experiência intensa, que se passa em um ambiente às vezes considerado “pesado”, os profissionais parecem ter desenvolvido condições pessoais e alternativas para conviver com o sofrimento. Refletem que se não fossem capazes de aprender a conviver com o sofrimento característico da área, precisariam mudar de setor, pois não suportariam conviver com esta dificuldade por muito tempo. Dentre as estratégias mencionadas encontra-se: desabafar com familiares e amigos sobre as situações vivenciadas, ouvir música e praticar atividades físicas. Apenas uma das participantes referiu-se à psicoterapia como recurso para auxiliar nesse processo. Ficou evidente, também, a este respeito que lhes falta a oportunidade para se relacionarem de maneira espontânea e informal com os colegas de equipe em função da exiguidade de tempo e excesso de tarefas a serem cumpridas ao longo da jornada de trabalho.

*Tem horas que fica uma loucura aqui. É exaustivo. Mesmo que você queira, não consegue dar aquela atenção para o paciente, por conta do excesso de informações e de papelada que você precisa preencher. Quando saio daqui muito desgastado, vou correr para aliviar um pouco (médico).
Vou na academia todos os dias para ver gente saudável e falando sobre outras coisas (enfermeira).
Quando saio daqui mal, eu ligo um rock bem alto no carro e vou me aliviando no caminho de casa (técnica de enfermagem).
Eu acho que a psicoterapia foi fundamental para que eu aprendesse a lidar melhor com o sofrimento envolvido no trabalho em Oncologia (médica).
Quando escuto essas histórias, às vezes preciso ir na cozinha chorar um pouco. Quando encontro uma colega lá para conversar, fica mais fácil (terapeuta ocupacional).
A verdade é que tem que ter um perfil para trabalhar aqui. Muitos pedem para sair porque não aguentam conviver com tanto sofrimento (enfermeira).*

Foi possível apreender que faz bem aos profissionais sentir que são capazes de tolerar as dificuldades para estar em condições de acompanhar os pacientes, como se esta



característica os distinguisse da maioria pessoas que não suportaria atuar nesse contexto. Tal elemento parece imprimir um sentido quase heroico à experiência. O que prevalece é uma atitude de disponibilidade e abertura aos pacientes a partir da percepção de que eles precisam ser cuidados com carinho e atenção. Foi possível perceber em alguns participantes um apego quase apaixonado pela área de Oncologia.

Foram revelados também sentimentos de satisfação por se reconhecerem capazes de dar atenção a pessoas que tanto necessitam deles. Existe uma afeição pelos pacientes e um desejo genuíno de acompanhá-los mais de perto tanto em momentos críticos quanto naqueles em que a doença lhes deu uma trégua. Chegaram a se referir aos pacientes oncológicos como sendo “especiais” por serem capazes de enfrentar uma doença tão devastadora de maneira corajosa, e isso os motiva a cuidar bem dessas pessoas. Tais elementos os levam a considerar o trabalho com esses pacientes como sendo um tipo de vocação.

Acho que nós da Psicologia temos melhores recursos ou capacidades pessoais para lidar com esses momentos difíceis, sem ficar tão mal como a maioria dos profissionais. É claro que eu fico abalada, mas saio daqui e consigo me refazer, acho que isso faz parte da profissão (psicóloga).

Eu posso dizer que Oncologia é o meu lugar, não me vejo atuando em outra área (enfermeira).

Trabalhar em Oncologia para mim é uma escolha de vida (médica).

No dia em que fizemos essa festa junina, sai do ambulatório me sentindo realizada por ter tornado o dia dos pacientes mais iluminado (terapeuta ocupacional).

Além disso, os profissionais destacaram a importância de seu papel para a recuperação dos pacientes, referindo-se aos benefícios advindos da forma como se relacionam com eles. Ao reconhecerem a necessidade de saber tolerar as frustrações inerentes às atividades na área de Oncologia para conseguir ajudar os pacientes, os profissionais se questionam se essa capacidade seria uma característica pessoal, um perfil profissional ou uma habilidade decorrente da própria formação de profissionais da área da saúde.

Sei o quanto significa para os pacientes quando eles conseguem realizar, com a minha ajuda, tarefas simples que haviam desistido de tentar sozinhos. Propiciar esse resgate da autonomia é muito gratificante (terapeuta ocupacional).

Acho que por eu ser verdadeira e espontânea com os pacientes, eles acabam tendo confiança em mim. Não sei, parece que esse meu jeito meio brincalhão acaba ajudando os pacientes a enfrentarem o tratamento (técnica de enfermagem).

A relação que estabeleço com os pacientes oncológicos é diferente daquela que tenho com outros pacientes. Acho que não tenho a missão de salvar a vida de ninguém, mas sim de ser um instrumento de cuidado nesses momentos em que essas pessoas tanto precisam de ajuda. Meu desejo sempre foi acompanhar esse processo difícil que os pacientes vivenciam e promover a melhor qualidade de vida para eles, enquanto estão vivos. Estou em paz com isso, mas acho que é por que eu tenho uma visão mais espiritualista da vida (médica).

Quando os pacientes estão se aproximando do óbito a maioria dos profissionais tende a se afastar deles por causa do sentimento de impotência. Não sabem o que fazer.



Acho que acompanhar esse momento é um papel que cabe mais à Psicologia mesmo. Eu sinto que esses momentos são ricos e que ainda podemos fazer muito pelos pacientes e familiares. É importante eu dizer também que essa disponibilidade para estar ao lado dos pacientes terminais, nunca aprendi em livros ou em cursos, foi na prática mesmo (psicóloga).

Precisei ir atrás de novos cursos e me aperfeiçoar para desenvolver esse trabalho aqui na Oncologia (terapeuta ocupacional).

Sobre a questão do envolvimento pessoal com os pacientes, relataram casos de câncer vivenciados na família que de alguma forma afetaram seu contato com os pacientes do ambulatório. Além disso, os pacientes jovens, os terminais e aqueles cuja evolução da doença é rápida e sofrida são os que mais os afetam emocionalmente. Alguns se sentem definitivamente transformados pelo contato com alguns pacientes, que de alguma forma lhes ensinaram lições a respeito da vida, antes de partir. Sentiram necessidade de contar-me em detalhes os casos que mais os marcaram em sua trajetória profissional.

Esse paciente me marcou tanto, que mesmo depois de doze anos ainda me lembro dele... era um exemplo o jeito como ele enfrentava a vida. E tem outra paciente que me lembra minha avó que morreu de câncer, quando ela vem aqui, sempre peço um abraço (técnica de enfermagem).

Eu estava me sentindo muito impotente com esse paciente, por que ele não conseguia mais fazer as atividades que eu propunha, mas naquele dia entendi que ele precisava de mim e consegui voltar e atende-lo de novo. Entendi que eu também poderia ajudá-lo de outras formas (terapeuta ocupacional).

Apesar das dificuldades reportadas, referiram-se com respeito e admiração ao trabalho que desenvolvem. Não demonstraram surpresa ao falar do impacto desta experiência em suas vidas, o que sugere já terem refletido a respeito. A realização dos encontros possibilitou perceber a experiência desses profissionais também pelo lado positivo, transformador e como uma experiência que facilita o crescimento. Principalmente porque, embora o sofrimento e as queixas tenham estado presentes nos relatos, esses elementos não parecem ser os mais determinantes na experiência de cuidar de pacientes oncológicos. Há uma dimensão de gratificação, de prazer pelo trabalho que desenvolvem e de desejo de se manterem mais perto dos pacientes que transmite a impressão de que, em essência, essa é uma experiência enriquecedora, a despeito dos reveses inevitáveis.

Acho muito gratificante quando o tratamento dá bons resultados e consigo dar alta para o paciente... o ruim é que quando o paciente tem alta, ele some do ambulatório. Seria bom que a gente tivesse a oportunidade de acompanhar também esse momento em que o paciente está bem (médico).

Mesmo sendo pesado às vezes, é muito bom trabalhar aqui, eu amo muito (técnica de enfermagem).

Minha chefe já perguntou se eu queria ser transferida de setor, pela Oncologia ser um ambiente difícil. Eu disse que se depender de mim, jamais quero sair daqui. Gosto muito e aprendo muito com esses pacientes (assistente social).



*Tenho um carinho enorme pelos pacientes. Sempre que posso, saio da sala de manipulação para conhecer as carinhas dos pacientes que estão tomando as medicações que eu preparo. Queria poder ter mais contato com eles (farmacêutica).
Não imaginava como seria trabalhar em Oncologia, mas hoje acho que escolheria trabalhar apenas nessa área quando eu terminar a residência (terapeuta ocupacional residente).*

Essa impressão encontra confirmação nos títulos escolhidos por alguns profissionais para nomear as narrativas sobre suas experiências, tais como: A escolha, Oncologia é o meu lugar, Uma escolha de vida. A área de Oncologia é percebida por eles como uma escolha que se sentem felizes por terem feito. A atuação nesta área, e em especial o relacionamento e o cuidado ao paciente oncológico, revelaram-se atividades que potencializam crescimento profissional e pessoal, constituindo-se em uma experiência que promove aprendizado sobre o sentido da vida e modifica a forma como esses profissionais enfrentam seus próprios problemas.

4. Discussão

O estudo realizado possibilitou que se sintetizassem alguns elementos centrais da experiência de cuidar de pacientes oncológicos, entendendo que eles vão além do que aquilo que vem sendo largamente discutido na literatura. Embora a maioria das pesquisas sobre a atuação em Oncologia privilegie a abordagem do sofrimento envolvido na tarefa e o consequente adoecimento, este estudo evidenciou também outra dimensão dessa experiência. Pode-se dizer que a atuação profissional no contexto da Oncologia envolve uma relação de cuidado que delimita um tipo peculiar de prática assistencial na área da saúde. Dentre os elementos considerados positivos na experiência de cuidar em Oncologia, que foram revelados a partir do estudo, serão aqui discutidos os seguintes: que o cuidar em Oncologia possui o potencial de tornar os profissionais “*mais humanos*”, promovendo-lhes crescimento pessoal e profissional; que embora o cotidiano seja permeado por sentimentos contraditórios, que desafiam os profissionais a serem capazes de suportar o sofrimento inerente ao adoecimento por câncer, eles se sentem capazes, vocacionados e reconhecem a importância de seu papel profissional; que o contexto que antes era por eles percebido como desafiador, aos poucos foi se revelando como um labor gratificante e tornando-se uma escolha, que os leva inclusive, a buscar uma intensificação do contato com os pacientes de quem cuidam. Foi possível perceber que os participantes são transformados como profissionais e como pessoas ao vivenciarem a experiência de cuidar em Oncologia.

A atuação em Oncologia envolve uma questão de escolha, de decisão, um posicionar-se ao se situarem no contexto das relações intersubjetivas com os pacientes oncológicos. Esse posicionamento leva a um envolvimento intencional na relação profissional-paciente, e, embora tal proximidade possa despertar sofrimento, há uma busca pela intensificação desse



contato. Tudo aquilo que parece prejudicar o envolvimento dos profissionais com os pacientes é mencionado por eles como algo a ser evitado. Portanto, o que vivenciam no cotidiano é uma “experiência de cuidado” a pacientes que sofrem de uma doença grave, em toda a extensão e com todas as consequências que essa afirmação pode conter em termos de desgaste físico e psíquico, mas também de satisfação, gratificação, de reconhecimento de seus papéis como profissionais e de um genuíno desejo e prazer em ajudar.

Quando se toma o conceito de experiência não como mero acúmulo de conhecimento advindo do exercício de situações práticas, mas sim como a construção de significados a partir de relações interpessoais constitutivas dos fenômenos humanos, abre-se uma nova possibilidade de compreensão acerca daquilo que é vivido pelos participantes desta pesquisa. Assim, para esclarecer o que estamos chamando de “experiência de cuidado”, cabe nos determos um pouco mais no termo experiência, no contexto da fenomenologia. Romero (2004) considera que a experiência pode ser compreendida de três maneiras complementares: como resultante da práxis; como realidade vivida, imediata e estritamente pessoal; e como a síntese subjetiva do acontecer pessoal.

No primeiro caso, o autor se refere ao fato de que é possível se tornar experiente em determinada área após se travar um contato direto e intensivo com as atividades que a definem. Ser experiente, nesse caso, está relacionado ao acúmulo de conhecimento, decorrente de um exercício relativamente prolongado em uma arte ou habilidade. Essa experiência, que advém da prática, costuma ensinar que nem sempre as artimanhas necessárias para o desempenho de uma função estão previstas nos livros e manuais. Ou seja, o indivíduo confronta-se com as lacunas existentes entre o conhecimento prático e o teórico.

Esse primeiro modo de compreender a experiência, proposto por Romero (2004), embora não abarque o conceito de experiência em toda sua amplitude, traz um elemento que vem ao encontro daquilo que é vivido pelos profissionais. De fato, os profissionais são desafiados em sua prática cotidiana por situações que não estavam previstas nos livros e para as quais não se sentiam preparados teórica e tecnicamente. Pode-se daí compreender então que, na área de Oncologia, parece realmente haver lacunas entre o conhecimento teórico-técnico e a dimensão experiencial que se apresenta ou que é vivenciada pelos profissionais na prática.

Em artigo recente, Afonso e Minayo (2013) confirmaram a existência dessa lacuna ao concluírem que o treinamento dos profissionais acerca das estratégias para a comunicação de notícias difíceis “(...) é insuficiente para acompanhar o dinamismo das ocorrências e das relações pessoais na área da Oncologia onde o paciente costuma estar ou sentir-se em constante ameaça de vida” (p. 2.747). Os participantes do estudo de Santos, Aoki e Oliveira-Cardoso (2013) também apontaram para o “despreparo da formação acadêmica frente a situações extremas” (p. 2.631) que colocam o profissional diante de situações-limite entre vida e morte.



Apontadas tais lacunas, fica evidente que atuar em Oncologia é uma experiência que convida os profissionais a reinventarem suas práticas e a se relacionarem com uma realidade para a qual não foram suficientemente preparados em seus processos de formação. Os profissionais da saúde geralmente estão acostumados a pautar suas ações em protocolos, e queixam-se do fato de se sentirem “engessados” por eles. No entanto, não parecem estar preparados para experimentar situações para as quais os protocolos não lhes apresentam diretrizes. Por vezes, sucumbem ao sentimento de impotência e à sensação de que não sabem o que fazer diante das novas exigências que a realidade lhes impôs. O interessante é que, face ao inusitado que lhes acontece, cada um, a seu modo, procura encontrar formas particulares e criativas de se relacionar com esses desafios, embora nem sempre tenham a oportunidade de reconhecer essa construção pessoal.

Romero (2004), ao considerar a experiência como realidade vivida, imediata e estritamente pessoal, esclarece que existe um lado privado, íntimo e intransferível na experiência. Assim, uma experiência é sempre significada pelo sujeito de acordo com a vivência anterior que corresponde a essa experiência, e de acordo com sua personalidade como um todo, o que o autor prefere chamar de “mundo pessoal”.

A experiência, conforme compreendida neste estudo, não se define a partir de nenhuma das três concepções descritas por Romero (2004) tomadas isoladamente, mas apenas se forem apreendidas em conjunto. Se para o autor a experiência é algo que deixa uma ressonância na vida posterior do sujeito, mesmo que a princípio “o experienciador” não se dê conta da marca que levará consigo, pode-se considerar que os episódios marcantes relatados pelos participantes se constituíram como experiências. Se o sujeito da experiência pode ser designado como um “experiencia-dor”, a marca, a impressão deixada pela experiência é algo que envolve uma dor, no sentido de que precisa ser profunda e mobilizadora o suficiente para deixar marcas. Ter vivido uma experiência, então, seria quase como “marcar a fogo”, tatuar, criar uma cicatriz no corpo que não permite que as pessoas esqueçam o que vivenciaram. Questiona-se então, se a experiência de cuidado em Oncologia poderia ser comparada ao ato de se imprimir uma marca como esta. Afinal, até mesmo uma das participantes, entendida como autoridade na descrição de sua experiência, como nos esclareceram Mahfoud e Massimi (2008), revelou que *uma pessoa não passa pela experiência de atuar em Oncologia e sai a mesma*. Esta questão poderia ser compreendida como a dimensão transformadora inerente às experiências, que será mais a frente discutida.

Considera-se interessante retomar as quatro características contemporâneas elencadas por Bondía (2002) como inviabilizadoras de experiências, a saber: o excesso de informações, o excesso de opinião, a falta de tempo e o excesso de trabalho. As ideias de Bondía trouxeram importantes contribuições para a compreensão da experiência que foi investigada neste estudo, pois notou-se que algumas das situações por ele apontadas são bastante próximas das questões trazidas pelos participantes.



Refletindo sobre esse posicionamento, cabe salientar que os participantes de fato se lamentaram pela falta de tempo e pelo excesso de trabalho que inviabilizam o estabelecimento de um contato mais intenso e profundo com os pacientes de quem cuidam. Há uma insatisfação geral com esses excessos, e foi possível perceber também um anseio por parte dos profissionais pelo que Bondía (2002) chamou de “gesto de interrupção”. Nesse sentido, caberia investigar se tais “excessos” não poderiam ser responsáveis por um fazer alienado, desprovido de sentido e, conseqüentemente, gerador de sofrimento.

Bondía (2002), ao analisar a raiz etimológica da palavra experiência, destaca ainda outros significados que se aproximam daquilo que está defendendo como uma experiência. Buscando significados advindos do latim, do grego, das línguas germânicas e das demais línguas latinas, concluiu que a palavra experiência se aproxima de: encontro ou relação com algo que se experimenta; travessia; espaço percorrido; pôr em perigo; viajar; exterior; estranho; estrangeiro; existência. Com base nessas diversas raízes etimológicas, pode-se supor que o sujeito da experiência é aquele que se expõe, atravessando um espaço indeterminado e perigoso e colocando-se à prova.

Nesse sentido, Alves (2005) utiliza uma metáfora interessante ao falar da necessidade de se “aprender a nadar” ao se ver diante do “mar da experiência” que impõe um convite para desbravar o desconhecido. É preciso, diante desse tipo de experiência, abrir mão da segurança que as margens proporcionam para se lançar ao desafio da travessia, que ao mesmo tempo guarda descobertas ricas e encantadoras, mas também regiões ou períodos assustadores. Lançar-se ao desconhecido sem conhecer o destino que se irá alcançar traz em si um paradoxo. O ser humano se vê diante de uma experiência que o desafia e assusta, que o atrai e repele ao mesmo tempo. Esse fascínio apresenta-se permeado por incertezas, expectativas, medos e, ao mesmo tempo, pelo desejo de continuar caminhando.

Nada mais revelador da experiência investigada neste estudo do que essa imagem. Os profissionais encararam o início de suas atividades no ambulatório como um desafio, um risco, pois não se sentiam preparados para atuar nesse “território desconhecido”. Hoje, após algum tempo de atuação naquele contexto, revelam que escolheriam continuar trabalhando na área de Oncologia, o que indica que, apesar do sofrimento, foram capazes de transformar o ambiente antes temido num “território conhecido” e até mesmo no “seu lugar”. Apropriaram-se dos desafios e dificuldades inerentes ao contexto de trabalho, transformando-o para significá-lo como familiar e até mesmo, acolhedor.

Bondía (2002) afirma que a experiência é algo que transforma, de um dia para o outro ou no decorrer do tempo. É algo que alcança a pessoa e a tomba, faz sofrer e submete. O sujeito incapaz de experiência mostra-se firme e impávido, autodeterminado e apático, definido por seu saber prévio. Ou seja, a capacidade para tornar uma prática profissional algo formador e transformador é inerente ao sujeito que experiencia. E para que alguém



possa se constituir sujeito de uma experiência, terá de se abrir à possibilidade de sua própria transformação.

Essa definição se aproxima bastante do modo como os participantes foram percebidos pela pesquisadora. Eles foram “atravessados” pelo sofrimento e pelas gratificações inerentes ao cuidar que desenvolvem, a partir disso, se formaram e se transformaram como profissionais e como pessoas. Alguns chegaram a afirmar que as pessoas que não se abrem a essa experiência na área de Oncologia não se tornam capazes de suportar o sofrimento e acabam “indo embora” para atuar em outras áreas.

As proposições de Bondía (2002) também nos possibilitam compreender que a experiência não se dá na lógica da ação, mas como uma paixão, envolvendo, portanto, um padecimento. Há inclusive uma paixão em assumir tais padecimentos que, bem diferente de uma passividade, envolve um suportar, um martírio pessoal em nome dessa paixão. Esse estado de paixão inclui certa dose de responsabilidade em relação ao outro; um sentimento de estar direcionado para esse cuidado ao outro. Tais significados se revelam no modo apaixonado como os profissionais se referem ao que fazem, indicando que entendem a capacidade para atuar em Oncologia como uma vocação que não é comum a qualquer profissional de saúde.

Nesse sentido, pode-se dizer que os relatos dos participantes, embora conscientes dos obstáculos que se fazem presentes, evidenciam que eles lutam para que suas experiências não sejam reduzidas a uma dimensão puramente técnico-assistencial. Apesar do sofrimento desencadeado pelo convívio frequente com pacientes graves ou terminais, que poderia ser tomado como uma justificativa para a adoção de um modo de cuidar asséptico e distanciado, os profissionais ouvidos neste estudo parecem buscar um maior envolvimento com o que fazem e para quem o fazem, além de desejarem uma abertura a novas possibilidades de reflexão sobre sua prática. Foi possível perceber neles um anseio para que o que experienciam enquanto cuidadores não se torne uma mera sucessão de procedimentos desprovidos de sentido, o que certamente tornaria seu cotidiano insuportável.

Um elemento que justifica essa percepção é o modo como os profissionais sentiram-se gratos e aliviados por terem sido ouvidos pela pesquisadora, revelando o quanto poderiam ser beneficiados por uma escuta empenhada em compreender e facilitar o vir à tona de suas experiências. Parece que o simples fato de serem convidados a falar sobre suas experiências já possibilitou o surgimento de um campo propício à atribuição de significados àquilo que vivenciam.

Neste sentido, destaca-se a importância de os profissionais se apropriarem de que, de fato, o que vivenciam no ambulatório de Oncologia se constitui em uma “experiência de cuidado”, e não meramente em um processo rotineiro de disponibilizar procedimentos técnico-assistenciais. Liberato (2009) nos ajuda a entender tal questão ao esclarecer que “não existe prática clínica sem contato humano” (p. 273). O cuidado exige responsabilidade pelo



outro e envolvimento afetivo, por isso o profissional que cuida de pacientes oncológicos tem um desgaste muito além do comum. Para a autora, “o fenômeno do encontro profissional-paciente é amplo e rico em particularidades, e mesmo que se estabeleça em política de indiferença afetiva (...) os conteúdos espalham-se e contaminam profundamente a alma” (p. 273).

Ela enfatiza que não há possibilidade de um encontro entre duas pessoas ocorrer sem que ambas sejam expostas a uma possibilidade de transformação e evolução. Portanto, a experiência de cuidado não precisa ser necessariamente traumática ou debilitante, mas pode ser estruturante e construtiva, pois assim como outros elementos do viver, os processos de adoecimento e de cuidado envolvem gratificações e frustrações. A doença permanecerá existindo e as situações de dor e sofrimento estão sempre inseridas numa experiência de vida mais ampla que continuará também a propiciar aos envolvidos, situações plenas de sentido (Liberato, 2009). Como alternativa, Liberato propõe que se desenvolva uma atividade laboral mais centrada no trabalho em grupo, que implicaria olhar para essa experiência por meio da expressão das dores e sofrimento. Isso poderia conduzir os profissionais a novos modos mais saudáveis de exercer o cuidado e que não implicassem necessariamente o esvaziamento da experiência e o conseqüente adoecimento.

Portanto, os profissionais precisam aprender a cuidar de si mesmos para evitar as contaminações psíquicas, pois a repressão das emoções, que é exigida em um contexto de cuidado em saúde, pode ser a principal responsável pelo esgotamento psicológico. Embora apenas uma profissional tenha revelado que recorreu à psicoterapia como recurso para o enfrentamento da atividade, os demais mencionaram a adoção de outras estratégias de autocuidado das quais lançam mão no dia a dia para retomar o equilíbrio após terem vivenciado situações difíceis. Além da psicoterapia, destacaram a importância das conversas informais entre colegas, das atividades físicas, do hábito de ouvir música e de se reconhecer que o envolvimento com os pacientes é inevitável.

Outro autor que apresenta um olhar interessante sobre o cuidado é Ayres (2004). Ele apresenta uma narrativa sobre um caso extraído de sua experiência pessoal como médico. Desvela-se na narrativa sua atitude de ruptura com um *modus operandi* tecnicista, frio e ineficiente de se relacionar com os pacientes. A partir daí, estabelece-se uma nova relação médico-paciente que propicia a ocorrência de um encontro genuíno com a perspectiva de uma transformação para ambos os envolvidos nesse diálogo. Reflete então sobre o ocorrido a partir de alguns elementos que considerou fundamentais para o resgate da dimensão humana nas práticas em saúde. Um desses elementos seria a passagem de uma relação terapêutica puramente assistencial, normatizadora e estéril para uma efetiva relação de cuidado, que pressupõe o envolvimento profissional-paciente como imprescindível.

Essa mudança de atitude é o que pode garantir, segundo Ayres (2004), a concretização dos planos de humanização da atenção em saúde, que há muito já se preconiza nos manuais



e diretrizes da área. Ele considera que, apesar dos avanços tecnológicos e científicos, a área da saúde continua em crise. Discutir a necessidade de humanização das relações já foi um passo, mas não levou muito longe a reconstrução de um novo paradigma de atenção em saúde. É preciso, portanto, que ocorra uma ruptura, uma “mudança de lugar”, um reposicionamento dos profissionais da saúde diante dos sujeitos de quem cuidam.

A assistência em Oncologia (e provavelmente nas demais áreas da saúde), de um ponto de vista técnico, traz consigo o risco de tornar-se um labor desgastante, alienante e, em última instância, desprovido de sentido. Resgatar a dimensão experiencial e a capacidade de se estabelecer genuínas relações de cuidado parece ser uma nova e inspiradora possibilidade para a tão desgastada relação profissional-paciente. Embora o contato com os pacientes oncológicos seja algo que “acontece” aos profissionais, formando-os, transformando-os e, acima de tudo, afetando-os, nem sempre configura novas possibilidades de atribuição de sentido ao seu fazer.

Em consonância com tais propostas e frente à constatação de que, para além dos elementos característicos do sofrer, há nesta experiência de cuidado, gratificação pessoal e profissional, cabe mencionar que as autoras finalizaram a pesquisa refletindo sobre o papel da Psicologia diante desse fenômeno. Como a Psicologia poderia contribuir para a criação de um campo facilitador da emergência dos elementos significativos dessas experiências de cuidado?

5. Considerações finais

Considerando que os resultados de uma pesquisa devem sempre criar oportunidade para a revisão de conceitos e práticas numa dada área da ciência, este estudo possibilitou desfazer preconceitos sobre a experiência investigada, principalmente aqueles relacionados à ideia de que a assistência em Oncologia configura-se necessariamente como uma prática profissional que envolve sofrimento, desgaste e que pode levar os profissionais ao adoecimento. Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma resignificação do sofrimento associado à prática, facilitando a emergência de experiências criativas que, uma vez compartilhadas, venham a estimular jovens profissionais a atuarem nesta área, que se traduziu como um labor promissor, prenhe de novos e enriquecedores sentidos e ainda, que possam subsidiar futuras proposições de modalidades de atenção psicológica direcionadas ao cuidado com o profissional da saúde.

Enfim, muito ainda há a ser compreendido no que tange às relações de cuidado na área da saúde, na Oncologia em especial, e a fenomenologia, enquanto aporte teórico-metodológico em muito pode contribuir para o aprofundamento destas investigações.



Referências

- Afonso, S. B. C. & Minayo, M. C. S. (2013). Notícias difíceis e o posicionamento dos oncopediatras: revisão bibliográfica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(9), 2747-2756. Recuperado em 26 de setembro, 2014, de www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6937
- Albuquerque, M. S. (2009). *Aspectos psicológicos de médicos que trabalham com pacientes portadores de câncer*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. Recuperado em 20 de maio, 2012, de www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000468509
- Alves, C. F. O. (2005). *Entre o cuidar e o sofrer: o cuidado do cuidador via experiência de cuidadores/profissionais de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE. Recuperado em 04 de junho de 2012, de www.unicap.br/tede//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=61
- Amaral, M. X. G., Achette, D., Barbosa, L. N. F., Bruscatto, W. L. & Kavabata, N. K. (2008). Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em cuidados paliativos. *Rev. SBPH*, 11(1), 61-86. Recuperado em 23 de setembro, 2012, de pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100006&lng=pt&tlng=pt
- Amatuzzi, M. M. (2010). *Por uma psicologia humana*. Campinas, SP: Alínea.
- Amatuzzi, M. M. (2011). Pesquisa fenomenológica em psicologia. Em M. A. T. Bruns & A. F. Holanda (Org.s). *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas* (pp. 15-22). Campinas, SP: Alínea.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16-29, 2004. Recuperado em 20 de agosto, 2013, de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0104-12902004000300003
- Bondía, J. L. (2002) Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 20-28. Recuperado em 02 de agosto, 2013, de www.anped.org.br/rbe/rbedigital
- Breitbart, W. (2009). Retidão, integridade e cuidado: como viver frente à morte. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*, 2(3). Recuperado em 22 de setembro, 2013, de www.cuidadospaliativos.com.br/img/din/file/UprightWholeCareful.pdf
- Brisola, E. B. V & Cury, V. E. (2016). Researcher experience as an instrument of investigation of a phenomenon: an example of heuristic research. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(1), 95-105. Recuperado em 26 de julho, 2016, de dx.doi.org/10.1590/1982-027520160001000010.



- Carvalho, M. V. B. & Merighi, M. A. B. (2006). O cuidar no processo de morrer com dignidade. Em C. A. M. Pimenta, D. D. C. F. Mota & D. A. L. da Cruz (Org.s). *Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia* (pp. 317-332). Barueri, SP: Manole.
- Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J., Liberato, R. P., Macieira, R. C., Veit, M. T., Gomes, M. J. B. & Barros, L. H. C (Org.s). (2008). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus.
- Critelli, D. M. (2007). *Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: Educ-Brasiliense.
- Ebling, M. & Carlotto, M. S. (2012). Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends Psychiatry Psychother*, 34(2), 93-100. Recuperado em 01 de fevereiro, 2013, de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892012000200008&lng=pt&nrm=iso
- Ferreira, N. M. L. A. (1996). A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 30(2), 229-53. Recuperado em 20 de julho, 2013, de www.scielo.br/pdf/reusp/v30n2/v30n2a05.pdf
- Finlay, L. (2009). Debating phenomenological research methods. *Phenomenology & Practice*, 3(1), 6-25. Recuperado em 21 de julho, 2015, de ejournals.library.ualberta.ca/index.php/pandpr/article/view/19818
- Franco, G. P., Barros, A. L. B. L., Nogueira-Martins, L. A., & Zeitoun, S. S. (2011). Burnout em residentes de enfermagem. *Revista da Esc. Enferm. USP*, 45(1), 12-18. Recuperado em 25 de outubro, 2013, de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100002&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0080-62342011000100002
- Gustafsson, G. & Strandberg, G. (2009). Meanings of staying healthy in a context where others developed burnout: phenomenological-hermeneutic interpretation of healthcare personnel's narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 456-464.
- Holland, J. C. (2003). Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. *Journal of Clinical Oncology*, 21(23), 253-265.
- Husserl, E. (2002). *A crise da humanidade européia e a filosofia* (U. Zilles, Introd. e Trad.). Porto Alegre: Edipucrs. (Original publicado em 1935).
- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2012). *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca. Recuperado em 23 de março, 2013, de portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-122. Recuperado em 25 de março, 2015, de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1570090



- Kovács, M. J. (2008). Cuidando do cuidador profissional. Em R. A. Oliveira (Org.). *Cuidado paliativo* (pp. 91-100). São Paulo: Cremesp.
- Lago, K. C. (2008). *Fadiga por compaixão: quando ajudar dói*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília, DF. Recuperado em 29 de janeiro de 2013, de repositorio.unb.br/bitstream/10482/1291/1/DISSERTACAO_2008_KennystonCostaLago.pdf
- Liberato, R. P. & Carvalho, V. A. (2008). Estresse e síndrome de burnout em equipes que cuidam de pacientes com câncer: cuidando do cuidador profissional. Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Org.s). *Temas em psico-oncologia* (pp. 556-564). São Paulo: Summus.
- Liberato, R. P. (2009). O cuidado como essência humana. Em M. T. Veit (Org.). *Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado* (pp. 272-273). São Paulo: Abrale.
- Mahfoud, M. & Massimi, M. (2008). A pessoa como sujeito da experiência: contribuições da fenomenologia. *Memorandum*, 14, 52-61. Recuperado em 30 de agosto, 2015, de www.fafich.ufmg.br/memorandum/a14/mahfoudmassimi02.pdf
- Mozena, H. & Cury, V. E. (2010). Plantão psicológico em um serviço de assistência judiciária. *Memorandum*, 19, 65-78. Recuperado em 02 de setembro, 2012, de www.fafich.ufmg.br/memorandum/a19/mozenacury01
- Nicholas, D. R. (2013). On being a psycho-oncologist: a counseling psychology perspective. *The Counseling Psychologist*, 41(2), 186-215.
- Nogueira-Martins, L. A. (2003). Saúde mental do profissional de saúde. *Rev. Bras. Med. Trab.* 1(1), 56-68. Recuperado em 12 de outubro, 2012, de www.anamt.org.br/?id_materia=54
- Paschoalini, B., Oliveira, M. M., Frigério, M. C., Dias, A. L. R. P. & Santos, F. H. (2008). Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de Enfermagem. *Acta Paul. Enfermagem*, 21(3), 487-492. Recuperado em 03 de fevereiro de 2013, de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300017&lng=pt&nrm=iso
- Pelaez Doro, M., Pasquini, R., Medeiros, C. R., Bitencourt, M. A. & Moura, G. L. (2004). O câncer e sua representação simbólica. *Psicol. Ciência. Profissão*, 24(2), 120-133. Recuperado em 15 de setembro, 2012, de www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932004000200013&script=sci_abstract&tlng=pt
- Popim, R. C. & Boemer, M. R. (2005). Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(5), 677-85. Recuperado em 25 de outubro, 2013, de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500011&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0104-116920050005000 11



- Romero, E. (2004). *As dimensões da vida humana: existência e experiência*. São José dos Campos, SP: Novos horizontes.
- Rosa, C. & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Rev. SBPH [online]*, 8(2), 1-15. Recuperado em 22 de setembro, 2013, de pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200002&lng=pt&nrm=iso
- Santos, M. A. (2003). Perto da dor do outro, cortejando a própria insanidade: o profissional de saúde e a morte. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 4(4), 43-51. Recuperado em 25 de outubro, 2013, de pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16779702003000100007&lng=pt&tlng=pt
- Santos, M. A., Aoki, F. C. O. S. & Oliveira-Cardoso, E. A. (2013). Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. *Ciência e saúde coletiva*, 18(9), 2625-2643. Recuperado em 25 de outubro, 2013, de www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a17.pdf
- Silva, L. C. (2005). Vozes que contam a experiência de viver com câncer. *Psicol. Hospitalar*, 3(1), 1-17. Recuperado em 30 de janeiro, 2013, de pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092005000100002
- Silva, L. C. (2009). O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. *Psicología para América Latina*, 16. Recuperado em 25 de outubro, 2013, de pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000100007
- Silva, S. S., Aquino, T. A. A. & Santos, R. M. (2008). O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Rev. Bras. Ter. Cogn.* 4(2), 73-89. Recuperado em 30 de janeiro, 2013, de pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rbtc/v4n2/v4n2a06.pdf
- Soares, A. O. & Lobo, R. C. M. M. (2007). Do imaginário ao simbólico: o desabamento do sujeito frente à doença oncológica. *Epistemo-Somática*, 4(1), 41-49. Recuperado em 30 de janeiro, 2013, de pepsic.bvsalud.org/pdf/epistemo/v4n1/v4n1a04.pdf
- Taylor, S. (2012). Transformation through suffering: a study of individuals who have experienced positive psychological transformation following periods of intense turmoil. *Journal of Humanistic Psychology*, 52(1), 30-52. Recuperado em 15 de setembro, 2013, de jhp.sagepub.com/content/52/1/30

Nota sobre as autoras

Andréia Elisa Garcia de Oliveira é psicóloga, com especialização em Psicologia da Saúde pelo Hospital e Maternidade Celso Pierro-PUC-Campinas, mestre e doutoranda em



Psicologia como Profissão e ciência pela PUC-Campinas, onde também atua como docente nos cursos de graduação em Psicologia e Direito e no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher. E-mail: andreia.oliveira@puc-campinas.edu.br

Vera Engler Cury é psicóloga clínica, mestre em Psicologia Clínica pela USP, doutora em Saúde Mental pela UNICAMP, pesquisadora e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas e pro-reitora de extensão e assuntos comunitários na mesma universidade. E-mail: vency2985@gmail.com

Data de recebimento: 27/01/2016

Data de aceite: 30/11/2016