



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado

NILSIARA DE SOUZA LUZIAL

O IMPACTO AO OLHAR O CORPO DESFIGURADO:
Implicações para os que cuidam de pessoas com câncer na cabeça e no pescoço – um
estudo sobre ENFERMEIROS

Rio de Janeiro
2009

O IMPACTO AO OLHAR O CORPO DESFIGURADO:
Implicações para os que cuidam de pessoas com câncer na cabeça e no pescoço – um estudo
sobre ENFERMEIROS

NILSIARA DE SOUZA LUZIAL

Dissertação apresentada à Banca de
Qualificação da Universidade Federal
do Estado do Rio de Janeiro, como
requisito parcial para Obtenção do grau
de Mestre em Enfermagem.

Orientadoras: Prof^ª. Dr^ª. Nélia Maria Almeida de Figueiredo
Prof^ª Dr^ª Teresa Tonini

Rio de Janeiro
2009

L979

Luzial, Nilsara de Souza.

O impacto ao olhar o corpo desfigurado: implicações para os que cuidam de pessoas com câncer na cabeça e no pescoço – um estudo sobre enfermeiros / Nilsara de Souza Luzial, 2009.

IX, 86 f.

Orientador: Teresa Tonini.

Co-orientador: Nébia Maria Almeida de Figueiredo.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

1. Câncer – Enfermagem. 2. Câncer – Pacientes – Cuidado e tratamento. 3. Cuidados em enfermagem – Planejamento. 4. Enfermeira e paciente. 5. Enfermeiros – Conduta. 6. Imagem corporal. I. Figueiredo, Nébia Maria Almeida de. II. Tonini, Teresa. III. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV. Título.

CDD – 610.73698

NILSIARA DE SOUZA LUZIAL

O IMPACTO AO OLHAR O CORPO DESFIGURADO: implicações para os que cuidam de pessoas com câncer de cabeça e de pescoço – um estudo sobre enfermeiros

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, na linha de pesquisa “Cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar”.

Aprovada em 19 de março de 2009

Prof^ª Dr^ª Teresa Tonini
Presidente da Banca de Avaliação

Prof^ª Dr^ª Marléa Chagas Moreira
1^ª Examinadora

Prof^º Dr^º Roberto Carlos Lyra da Silva
2^ª Examinador

Prof^ª Dr^ª Silvia Teresa Carvalho de Araújo
Suplente

Prof^ª Dr^ª Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Suplente

COTIDIANO DA PRÁTICA DE CUIDAR E SER CUIDADO, DE GERENCIAR, DE PESQUISAR E DE ENSINAR.

Agradecimentos

Para a realização deste estudo, devo agradecer a muitas pessoas pelo carinho, paciência e dedicação.

As minhas incansáveis orientadoras:

PROF^ª.DR^ª. Nébía Maria Almeida de Figueiredo

PROF^ª.DR^ª. Teresa Tonini

Além de agradecer as colegas de trabalho pelo apoio e estímulo.

Não posso esquecer-me dos funcionários da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto pela atenção e cortesia que sempre me acolheram.

Como tudo na vida precisa ser carregado de motivos e estímulos, quero agradecer as duas razões para a minha caminhada: Layze e Layzeara.

Para vocês, um grande beijo.

Nilsíara.

LUZIAL, Nilsara de Souza. O impacto ao olhar o corpo desfigurado: implicações para os que cuidam de pessoas com câncer na cabeça e no pescoço – um estudo sobre ENFERMEIROS. Orientadoras Dr^a Prof^a Nébia Maria Almeida Figueiredo e Dr^a Prof^a Teresa Tonini, Rio de Janeiro: UNIRIO – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 2009. 112 f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

RESUMO

O enfermeiro atuante em oncologia tem uma especial atuação no seu cuidado. A nossa proposta, neste estudo de natureza qualitativa, é tratar do impacto ao olhar um corpo desfigurado: implicações para os que cuidam de pessoas com câncer na cabeça e pescoço – um estudo sobre enfermeiros. A partir do pressuposto que os enfermeiros se impactam, enfrentam e convivem com suas dificuldades quando cuidam de clientes desfigurados pelo câncer. Os objetivos do estudo foram: identificar as reações dos enfermeiros ao cuidar de clientes desfigurados pelo câncer na cabeça e pescoço; e discutir as implicações das reações e as estratégias dos enfermeiros para cuidar dos clientes desfigurados pelo câncer na cabeça e no pescoço. O cenário do estudo foi um hospital público especializado em oncologia no município do Rio de Janeiro de referência nacional do tratamento do câncer. A coleta dos dados foi realizada de outubro a dezembro de 2008. Foram feitas 15 entrevistas semi-estruturadas com enfermeiros tendo como critério de inclusão a experiência do cuidado no setor de cirurgia de cabeça e pescoço do hospital do câncer. A análise dos dados originou uma única categoria que deu origem a duas unidades de codificação de enfrentar e de conviver: os sentidos do olhar e tocar o corpo com câncer na cabeça e no pescoço. A discussão e a implicação da categoria apontam que os enfermeiros apesar de se impactarem enfrentam, convivem e criam estratégias para cuidar. Eles usam sua arte de cuidar para criar uma forma complexa, singular e subjetiva na atuação do feio e da desfiguração.

Descritores: Câncer – Enfermagem. Câncer – Pacientes. Cuidado e tratamento. Cuidados em enfermagem. Planejamento. Enfermeira e paciente. Enfermeiros – Conduta. Imagem corporal

LUZIAL, Nilsara de Souza. The impact on looking to the disfigured body: implications for those who take care of people with head and neck cancer – a study about NURSES. Advisors Dr. Prof. Nébia Maria Almeida Figueiredo and Dr. Prof. Teresa Tonini, Rio de Janeiro: UNIRIO – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 2009. 112 f. Dissertation of Master Degree on Nursing.

ABSTRACT

The nurse acting in oncology has a special role in your care. Our proposal in this study of qualitative nature is to treat of the impact on looking a disfigured body disfigured: implications for those who take care of people with head and neck cancer - a study of nurses. From the assumption that the nurses impact themselves, confront and live with their difficulties when caring for clients disfigured by the cancer. The objectives of the study were: to identify the reactions of the nurses on taking care of clients disfigured by head and neck cancer, and discuss the implications of the reactions and strategies of nurses to take care of clients disfigured by the cancer of the head and neck. The scenario of the study was a public hospital specialized in oncology in the Rio de Janeiro County of national reference in the national cancer treatment. The data collection was realized from October to December of 2008. There were 15 semi-structured interviews with nurses having as inclusion criterion the care experience in the sector of the head and neck surgery of the cancer hospital. The data analysis resulted in a single category that originated two units of encoding of facing and living: the senses of the look and touch the body with cancer in the head and neck. The category's discussion and the implication of the category point that the nurses despite the impact face live together and create strategies to care. They use their art of caring to create a complex, unique and subjective in the performance of the ugly and disfigurement.

Descriptors: Cancer – Nursing. Cancer – Patients. Care and treatment. Nursing care. Planning. Nurse and patient – Behavior. Body image.

LUZIAL, Nilsira de Souza. El impacto al mirar el cuerpo desfigurado: implicaciones para los que cuidan de personas con cáncer en la cabeza y en el cuello – un estudio sobre ENFERMEROS. Orientadoras DR^a.PROF^a. Nébia Maria Almeida Figueiredo y DR^a.PROF^a. Teresa Tonini, Rio de Janeiro: UNIRIO – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 2009. 112 f. Disertación de Máster Grado en Enfermería.

RESUMEN

El enfermero actuante en oncología tiene una especial actuación en su cuidado. La nuestra propuesta, en este estudio de naturaleza cualitativa, es tratar del impacto al mirar un cuerpo desfigurado: implicaciones para los que cuidan de personas con cáncer en la cabeza y cuello – un estudio sobre enfermeros. A partir del presupuesto que los enfermeros se impactan, enfrentan y conviven con sus dificultades cuando cuidan de clientes desfigurados por el cáncer. Los objetivos del estudio fueron: identificar las reacciones de los enfermeros al cuidar de clientes desfigurados por el cáncer en la cabeza y cuello; y discutir las implicaciones de las reacciones y las estrategias de los enfermeros para cuidar de los clientes desfigurados por el cáncer en la cabeza y en el cuello. El escenario del estudio fue un hospital público especializado en oncología en el municipio del Rio de Janeiro de referencia nacional de tratamiento del cáncer. La coleta de los datos fue realizada de octubre a diciembre de 2008. Fueron hechas 15 entrevistas heme-estructuradas con enfermeros teniendo como criterio de inclusión la experiencia del cuidado en el sector de cirugía de cabeza y cuello del hospital del cáncer. La análisis de los datos originó una única categoría que dio origen a dos unidades de codificación de enfrentar y de convivir: los sentidos del mirar y tocar el cuerpo con cáncer en la cabeza y en el cuello. La discusión y la implicación de la categoría apuntan que los enfermeros a pesar de se impactaren enfrentan, conviven y crean estrategias para cuidar. Ellos usan su arte de cuidar para crear una forma compleja, singular y subjetiva en la actuación del feo y de la desfiguración.

Descriptores: Cáncer – Enfermería. Cáncer – Pacientes. Cuidado y tratamiento. Cuidados en Enfermería. Planeamiento. Enfermera y paciente. Enfermeros – Conduto. Imagen corporal

SUMÁRIO

I - Introdução	10
1.1 Considerações do problema	10
1.2 A Problematização	12
1.3 Justificativa/Relevância	16
Capítulo I – Os Fundamentos Teórico do Objeto	18
1. A Enfermagem e os corpos desfigurados: Sentidos e Práticas	18
1.1 Sobre a enfermagem e corpo	18
1.2 Cuidando de Pessoas com Câncer na Cabeça e no Pescoço	31
Capítulo II – Abordagem Teórico Metodológica	36
2 . O Método e a Metodologia	36
2.1 O método	36
2.2 Atendimento aos Princípios Éticos da Pesquisa	37
2.3 Os sujeitos – Critério de Inclusão	38
2.4 Local – Onde os Enfermeiros Cuidam	38
2.5 Colhendo Informações e Produzindo Dados	38
2.6 Organização e Análise do Material produzindo nas entrevistas	39
2.7 Sobre a Organização da Análise	40
Capítulo III – Os Resultados	43
3.1. Discussão e implicação da categoria ENFRENTAR e CONVIVER: os sentidos de OLHAR e TOCAR o corpo com câncer na cabeça e no pescoço	44
3.2 Considerações sobre ENFRENTAR e CONVIVER pelas enfermeiras do INCA	70
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
5. REFERÊNCIAS	76
6.ANEXOS	80
Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82
Anexo II – Roteiro de entrevista	84
APÊNDICES – Ata de Parecer Consubstanciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa	86

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações sobre o problema

A escolha do tema diz respeito ao: IMPACTO do OLHAR causado nas/nos enfermeiras/os quando se deparam com o corpo desfigurado do cliente portador de câncer na cabeça e no pescoço.

A opção pelo objeto de investigação amadureceu durante as reflexões sobre cuidados prestados a esses clientes no Instituto Nacional do Câncer (INCA), um hospital público e de referência nacional para o tratamento do câncer.

A minha inclinação pelo assunto floresceu no exercício de minhas atividades profissionais e cresceu na medida em que um olhar autocrítico sobre o cuidado prestado trouxe à tona dois tipos de situação: a primeira era a necessidade de cuidar de clientes com câncer em órgãos internos que não apresentavam anomalias externas; e a segunda situação, o câncer que se expressava fora do corpo e era visível. Depreendi, a partir dessa dualidade, que cada uma delas provoca um impacto diferente sobre meu corpo. Desde então passei muito tempo tentando desconstruir uma forma de olhar aprendida durante minha formação acadêmica: olhar para a normalidade do corpo por meio de sinais e sintomas exclusivamente biológicos. Essa constatação levou-me a perceber que nós, os profissionais de enfermagem, não fomos preparados para cuidar deste tipo de cliente quando a doença apresenta marcas no corpo - imagens - a exposição do câncer.

Diante dessa constatação, comecei a procurar uma maneira de olhar o corpo desfigurado pelo câncer na cabeça e no pescoço. Descobri logo que isso dependia não só de um questionamento sobre minha prática profissional, mas de uma aproximação mais efetiva com esses clientes. Até então, bem antes de fazer o mestrado, eu jamais estivera preocupada com meu encontro com o outro - eu e o cliente. Minha atuação se resumia a cuidar fazendo o que aprendi e o que deveria ser feito. Pouco me preocupava com a perspectiva prático-teórica que envolvia o cuidado e faltavam as reflexões mais profundas embasadas na desfiguração de um corpo sem nariz e que não tem boca, um corpo que deixou de ser inteiro. Percebi a necessidade de teorizar/refletir sobre esse corpo, tornando-se um ponto pulsante para melhor entendê-los. Também não compreendia que eu fazia parte desse contexto, estando dentro ou fora do meu espaço de cuidar.

Esse novo olhar para o corpo desfigurado desencadeado no curso de mestrado foi suficiente para que eu entendesse o seguinte: eu não via no outro um ser humano de forma cartesiana e havia me habituado a prestar um cuidado cotidiano marcado pelo discurso biomédico. Eu olhava para a doença e não para o corpo doente. Mesmo que esse olhar antigo me causasse aflição, angústia e desconforto (notadamente o odor) sentir necessidade premente de desenvolver uma prática de cuidar, que contemplasse conteúdos de natureza existenciais na relação eu (enfermeira) e o outro (cliente).

Encontrei em Buber (1974), filósofo clássico da existência humana, os fundamentos necessários para elaborar uma nova prática profissional que contempla o estreitamento das relações (o eu e o tu). Na experiência humana, de acordo com este autor, nos colocamos como presença e, diante do mundo, somos iluminados quando refletimos sobre a experiência. Passei a acreditar, assim, que essa é a nossa vida, seja de trabalhador ou de ser doente. Descobri que ainda somos presença na cena de cuidar, mas que nem sempre despertamos para refletir sobre as experiências porque elas, às vezes, são dolorosas, difíceis de ver e de sentir.

Para melhor explicar como foi e é vivido esse conviver trago recortes de minha prática como experiências dolorosas dos clientes e minhas também que fazem parte de minhas memórias de cuidar: Uma cena vivida há 15 anos, quando fui transferida de uma área especializada em cirurgia reparadora (cirurgia plástica de reconstrução), foi importante neste processo, para a descoberta de minhas limitações que emergiram naquele momento.

Ao iniciar minhas novas tarefas, senti dificuldades com o primeiro cliente. Seguindo a rotina do serviço o primeiro procedimento foi trocar os curativos pós-cirúrgicos de ressecção de tumores. Assustei-me com a aparência deles. Não sei explicar bem se foi medo, mas algo muito forte abalou-me emocionalmente. O mal estar provavelmente originou-se do olhar inevitável que projetei sobre o corpo humano desfigurado pelo câncer. A descrição deste primeiro cliente é emblemática para este trabalho. Ele tinha um curativo na região facial. Retirar a cobertura do curativo era e é um procedimento simples e comum na prática de enfermagem com a qual eu estava bastante acostumada. Percebi que o cliente não tinha nariz e nem olho; parte de sua língua podia ser vista através de seu septo nasal. Eu fiquei por algum tempo parada olhando e perdi a seqüência dos passos técnicos que eu deveria seguir durante o curativo. Impactada com o que vi, devo ter transmitido a ele toda uma expressão corporal que provavelmente o confundiu e constrangeu. Essa reação involuntária deve ter afetado o cuidado prestado. Essa imagem-mensagem me fez acreditar que aquilo que eu estava habituada a fazer até então, não era nada em relação ao que acabava de vivenciar. Percebi que

cuidar das pessoas com a face desfigurada fugia da racionalidade dos passos e dos contatos rotineiros até o momento realizados em outros cenários de cuidado. Descobri, assim, que a minha experiência era insuficiente para lidar com aquele cliente e que precisava preparar-me para esse cuidar.

Ao vivenciar novas situações como aquelas, deparei, portanto, que deveria tomar providências no tocante ao desenvolvimento de novas habilidades e novos conhecimentos para ampliar o meu desempenho para continuar cuidando sob uma nova dimensão.

1.2 A problematização

Ao longo desse processo refleti, muitas vezes, como poderia ser um profissional preparado para olhar situações difíceis sem me sentir incomodada, com nojo, com náusea e com vontade de fugir. Ao mesmo tempo, nascia outra preocupação relacionada aos meus colegas de profissão e que trabalhavam no mesmo espaço que eu. Afinal de contas, as dificuldades nas relações entre nós e os outros tendiam a aumentar durante o tocar e o cuidar de clientes desfigurados.

Desde então, fiquei a imaginar se aquele impacto se repetiria em outros, tanto quanto em mim; e se todos os pacientes desfigurados nos causariam a mesma reação. É verdade que o nosso corpo fala ou esboça reações, certamente, naquele momento, o meu corpo demonstrou alguma coisa, pois eu notei que o cliente tinha o olhar fixo em mim, esperando algo que eu sequer consegui identificar. O auxiliar de enfermagem que estava ao meu lado assumiu o curativo e contornou a situação.

Angustiada diante do futuro, passei a procurar um novo “modus operandi” para lidar com aqueles clientes e para não fugir deles. Segundo Ackerman (1996), a fuga é desencadeada por reações bioquímicas que passam pelos sentidos da visão e do olfato. Eu na verdade, não podia trabalhar as reações bioquímicas que me faziam fugir. Foi necessário pensar em novas atitudes de controle sobre meu corpo que entendesse um “novo mundo” de cuidar quase ficcional, habitado por seres de figura física “deformada/transfigurada”. Um mundo com o qual eu passara a conviver com eles por tempo indeterminado, sendo necessário aprender a conversar/interagir com eles. Entendi que a linguagem do meu corpo deveria transmitir sentimento de afeto, de respeito e de proximidade. Um CORPO que fala não apenas como ciência, mas como humano que produz outra fala capaz de traduzir o meu desejo de cuidar daquele que me causava angústia, expectativa, medo e impotência.

Por outro lado, eu pensava também nos profissionais de enfermagem que vivia os mesmos enfrentamentos e como fazer para ajudá-los, já que todos poderiam sentir o mesmo impacto diante do corpo desfigurado. Nos casos em questão, as imagens fixam-se rapidamente em nosso cérebro porque o câncer localizado na cabeça e no pescoço é exposto, visível e não pode ser escondido e nem camuflado.

Sabemos que as reações emocionais dependem de cada pessoa e que elas só acontecem quando encontramos o outro. Quando a reação diz respeito a um corpo desfigurado, de um modo geral, os profissionais, a princípio, não pensam nos clientes. O choque é tão grande que só pensam na imagem, ficam sobre o impacto do que viram. Por isso, devemos providenciar soluções que interessem aos clientes, notadamente quando apresentam problemas de auto-imagem, agressividade e negação.

A questão incômoda era: “o que pode produzir o (nosso) olhar no outro – desfigurado, e que leitura ele faz do (nosso) olhar e de suas implicações como objeto de uma investigação mais aprofundada?” A percepção que temos do outro nesta situação, no entanto, é entendida da seguinte maneira por Schilder (1999, p.250): “a percepção é uma impressão sensorial do corpo do outro. Esta impressão adquire seu significado real, através de nosso interesse emocional pelas diversas partes do corpo”. Depreende-se daí, então, que posso neste momento reagir a essa emoção e ela pode se manifestar de várias maneiras no outro e em mim.

Assim, a experiência caracterizava a afirmativa mencionada por Barros (2005) que diz: percebemos nosso corpo ou partes dele, projetamos para outros corpos e passamos a ter curiosidade sobre outras partes que, até então, eram obscuras para nós. A partir daí, forma-se a nossa imagem corporal e passamos ter consciência do seu lugar no espaço; logo sofremos interferências sociais e de hábitos criados por nós. Além disto, atrelamos a questão de sermos para o cliente o espelho que reflete para ele a sua imagem.

Schilder (1999, p.239) nos diz que “temos de lidar com processos perceptivos muito complicados”. Segundo ele, não é tarefa simples lidar com a desfiguração de um corpo ou de corpos, já que na nossa prática de cuidar, as experiências se repetem o todo instante. Além disso, somos sujeitos que carregamos no nosso inconsciente uma história, uma cultura, uma crença e agimos de acordo com a sociedade em que estamos inseridos. Esse conjunto de fatores aliados aos nossos conceitos de belo, de normal, patológico e de estético certamente, mesmo de forma inconsciente, influenciará nossa forma de agir e de cuidar.

Finalmente, a implicação do EU IMPACTADA, a pessoa que cuida, sofre ao chocar-se com a aparência do outro “desfigurado”, porque nós estamos acostumados a outra estética,

a do belo e não a dos sentidos, por que percebemos no outro algo que não nos agrada: o feio. E assim como somos seres influenciados por valores dados, sobre os quais jamais refletimos, por exemplo, quando olhamos o outro podemos estar vendo uma verdade que não é a nossa, uma verdade oculta, que se esconde quando nós também não queremos ver, mas insiste em impor sua presença porque estamos cuidando dele – o corpo com câncer.

A percepção do corpo do outro proporciona a construção de “representações” análogas à saúde de um corpo e não de um corpo doente. Para Gil (1996, p. 160), “a consequência primeira que decorre desse fato é que a relação indicada pelo corpo do outro sugere uma diferença irreduzível: entre o que se mostra e o que se esconde”.

Para o autor, ter a percepção do corpo do outro, antes de qualquer coisa, é sofrer uma esquivada e compensá-la com um equívoco da experiência vivida pelo outro, que escapa à visão de quem vê. Ela (a percepção do outro) esgueira-se por entre os sinais que vão trazendo à tona o visível – a expressão do rosto, os gestos, as palavras e os movimentos do corpo. Assim, é possível pensar que ao me relacionar, com o corpo “desfigurado” pelo câncer, eu tenha uma “intencionalidade” quando sou tomada pelo impacto de ver.

Falamos aqui do olhar na enfermagem, que é carregado de conhecimentos que dão sentidos e são essenciais à nossa prática. Na verdade cuidamos, com frequência, sempre pensando no exterior que o corpo apresenta e isso parece fácil. O interior nos aparece como pura conjectura ou como prováveis equívocos. Esses equívocos, por sua vez, são constituições de seu interior. Eles (os equívocos), às vezes escapam ao nosso olhar como sinais subjetivos, mas se mostram como signo, através da ferida. Por isso, é importante que o enfermeiro tenha um olhar que transcenda à figura do corpo desfigurado.

Tratamos aqui de uma enfermagem do rosto para o rosto, como uma máquina abstrata, um agenciamento entre dois dispositivos que Gil (1996) descreve como um muro branco e um negro. Todo rosto concreto tem seu muro branco que aparece nos grandes planos do rosto. Seu buraco negro são os olhos e o olhar. O muro branco é a superfície de inscrição. O buraco negro nos reenvia para um processo de subjetivação. Reenvia o sujeito que lhe dirige o olhar e exige comunicação pela palavra.

As experiências vividas e os impactos que delas decorrem tem me levado a acreditar que cuidar é um EVENTO COTIDIANO que os enfermeiros realizam interruptamente, em parceria com sua equipe. Entendi que as experiências - vividas no ato de cuidar nos impactam e são temas desses eventos, os quais pertencem a todos que trabalham com clientes desfigurados.

Ampliando mais o problema, senti a necessidade de parar e pensar/contemplar o que a aparência desses clientes provoca no cuidador e como são importantes os sentidos da VISÃO e do OLFATO quando estamos cuidando deles. Presenciar o que me causa mal e sentir o odor que não quero sentir - circunstâncias que fazem parte de nossa prática profissional - me levaram a questionar a existência humana e a relação interpessoal. Segundo Buber (1974) e Rodrigues (2006), a experiência profissional nesses casos transcende o sagrado (enfermeira santa, que tudo sente sem reclamar) e o profano (enfermeira que reage, que se expressa diante do cheiro desagradável, do medo e angústia que sente, do desejo de fugir) da realidade da existência humana. Uma relação que envolve corpos que cuidam e outros que são cuidados, nos leva fatalmente a questionar se praticamos realmente um cuidar integrado. Figueiredo (1999, p.33) considera “não ser possível pensar que o corpo é dividido em mente e físico: ele deve ser visto como uma coisa só, uma vez que quando o sentido é estimulado, o corpo todo entra em ação e a mente participa intensamente destes movimentos: ver e sentir”, estes são os temas centrais deste estudo. A partir dessa problemática entendida como minha, passamos agora a nos colocar no plural.

Podemos afirmar, então, que este estudo originou-se da seguinte inquietação aqui resumida no objeto da pesquisa: o impacto no enfermeiro ao olhar o corpo desfigurado do cliente portador de câncer na cabeça e no pescoço. A partir dessa problemática, indicamos as questões norteadoras:

1. Que reações são desencadeadas no corpo dos enfermeiros quando cuidam de um cliente desfigurado pelo câncer na cabeça e no pescoço?
2. Que estratégias são utilizadas por eles para enfrentar a desfiguração dos clientes quando cuidam?

Para responder a estas questões, o estudo tem os seguintes objetivos:

1. Identificar as reações dos enfermeiros ao cuidar de clientes desfigurados pelo câncer na cabeça e no pescoço.
2. Discutir as implicações das reações e as estratégias dos enfermeiros para cuidar dos clientes desfigurados pelo câncer na cabeça e no pescoço.

1.3 Justificativa /Relevância

O cotidiano do trabalho do enfermeiro envolve uma carga horária extensa e intensa, devido ao seu envolvimento com clientes geralmente apreensivos e fragilizados pela própria doença. Os clientes, assim, buscam atenção, segurança e até apoio emocional no enfermeiro. Sabendo que o cuidado de enfermagem se estabelece por meio de envolvimento e de uma relação de confiança, muitas vezes, o enfermeiro também sofre ao lidar com suas próprias emoções, pois essas últimas não podem interromper o atendimento diante de algumas dificuldades. (NOGUEIRA, 2007)

Sabe-se que lidar com as emoções é uma dificuldade e, por isso, necessitamos de mecanismos de enfrentamento. Esses diferentes mecanismos, também chamados de estratégias, têm sido estudados por diversos autores como, por exemplo, por Ferreira (1996). De acordo com a autora na conclusão de seu estudo, “os profissionais de enfermagem, incorporam técnicas de defesa contra a ansiedade quando cuidam, relacionando-as com a despersonalização, fragmentação de relacionamento enfermeiro-paciente, distanciamento e a negação de sentimentos”, diz ela na conclusão de seu estudo.

Ao entender tais aspectos e como os enfermeiros lidam com os clientes desfigurados, seguramente contribuimos com a melhoria do cuidado. A compreensão desse fenômeno pode apontar as estratégias de enfrentamento adotadas e que conseqüências elas têm ou não nos enfermeiros que cuidam.

Os estudos de Schilder (1999) tratam da psique humana, mais especificamente sobre a alteração da imagem corporal e da mutilação provocada pelo câncer ou por seu tratamento. Nogueira (2007) fala sobre o estresse dos profissionais no trabalho. No entanto, não encontramos estudos sobre as reações de profissionais de saúde diante das desfigurações ou como esses trabalhadores convivem com elas no seu cotidiano.

Estudos de autores como Barros (2005), Brandão (2008), Caliri (2000), Carpenito (1997) e Contreras (2006) abordam a prática dos cuidados e da tecnologia que os enfermeiros utilizam para cuidar dos clientes, suas melhoras ou piores provocadas pelas intervenções a que se submetem ou de seus sentimentos acerca da doença. Mas pouco existe sobre os impactos que essa interação provoca nos sentidos e no corpo do enfermeiro quando ele se depara com um corpo desfigurado. Nada as orienta como agir quando elas, por exemplo, não conseguem sentir o cheiro ou tocar e ver esses clientes com câncer.

O câncer é uma doença estigmatizada pela sociedade com forte ligação com a morte. Seu tratamento é longo e, mesmo com o avanço científico, provoca muitas seqüelas. A doença é atualmente um dos maiores causadores de mortalidade e morbidade em nível mundial. No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, as estimativas para 2009 apontam o aparecimento de 472.050 casos novos de câncer além dos notificados no ano 2008. Outro dado relevante é que o câncer de cabeça e pescoço representa, em média, 5% de todos os tipos de câncer no nosso país. Dados recentes indicam a existência de 24.6 milhões de pessoas com o diagnóstico de câncer e estima-se que estes números dobrarão até 2020 (www.inca.gov.com.br).

A preocupação principal deste trabalho está no profissional que trabalha cuidando destes clientes. Profissionais que tem seus corpos invadidos pela imagem desfigurada dos clientes portadores de câncer na cabeça e no pescoço: aqueles que, às vezes, sequer tem consciência de estar sendo submetidos a impactos; e como essa experiência pode afetar sua saúde físico-mental. E, finalmente, como um corpo sob impacto pode cuidar adequadamente do outro que precisa de sua atenção.

Este é um estudo que deve interessar à enfermagem especializada, principalmente aquela voltada para a área de oncologia, já que o câncer tem na desfiguração uma de suas características mais marcantes, seja pela doença ou pelo tratamento. Outro aspecto relevante diz respeito ao ensino. Entendemos que o estudo pode contribuir para melhorar a capacitação profissional daquele que no futuro, vai cuidar em nível institucional e especializado.

Incluir na vida acadêmica dos futuros profissionais informações e orientações a respeito deste cuidar, seguramente vai facilitar a tarefa das gerências humanas e de técnicas de enfermagem. O preenchimento desta lacuna no sistema de ensino promoveria um salto de qualidade na assistência prestada, estimulando enfermeiros e estudantes do INCA e, ou de graduação e de outras instituições a pensar no cuidado especializado para clientes que se encontram nesta situação.

Por fim, no âmbito da pesquisa, este estudo pertencerá ao acervo do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental (NUPEEF) e à Linha de Pesquisa: cotidiano da Prática de Cuidar e ser Cuidado, Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da UNIRIO.

CAPÍTULO I - OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS DO OBJETO

1 - A Enfermagem e os Corpos Desfigurados: Sentidos e Práticas

1.1 - Sobre a enfermagem e o corpo:

Quando Nightingale (1989) criou a enfermagem, no século XIX, suas preocupações eram muitas, mas os horrores da guerra e os soldados ingleses que morriam por infecções eram o que lhe causava maior IMPACTO. Ela também foi estimulada pelos sentidos (o olhar, principalmente) para identificar que os doentes precisavam de novos cuidados e de enfermeiros capazes de pensar o sujeito doente em seu ambiente. Eles deveriam ser mantidos adequadamente pelo enfermeiro, segundo o entendimento dela.

Sua preocupação estava centrada no doente, talvez porque se preocupar-se com aqueles que cuidavam não fosse uma questão da época. Existiam, no entanto, orientações sobre o cuidar em relação à higiene do corpo, à lavagem das mãos, ao uso de uniformes limpos e leves, e aos sapatos macios. Era uma orientação de como se apresentar e não uma preocupação com o enfermeiro que prestava o cuidado, mas uma preocupação no doente e nas condições de um ambiente que propiciasse a recuperação de sua saúde. O discurso de Nightingale naturalmente reforça o que temos entendido como indicativos de conteúdos teórico-práticos com noções que fundamentam o nosso cuidado para e com o sujeito doente.

É fato que as preocupações com o cuidador (na área da saúde) surgiram muito recentemente. Por isso, as pesquisas necessárias ainda não demonstraram que a prática de enfermagem provoca adoecimento físico e mental, embora, empiricamente, se saiba que esse processo ocorra. Se considerarmos o adoecimento dos enfermeiros registrados nos serviços de saúde de cada Instituição, segundo Trevizan e Santos (2002, p. 23), “a forma como o trabalho está organizado, o ambiente institucional e as condições de trabalho, podem contribuir significativamente para o adoecimento pelo (des) prazer do trabalhador”. Assim é que situações de estresse constantes podem prejudicar a saúde dos profissionais. Os mesmos autores apontam que a primeira parte do corpo a ser afetada e a sofrer efeitos nocivos é o aparelho psíquico. Sublinham, ainda, que as afecções do aparelho psíquico levam o trabalhador a desenvolver distúrbios psicossociais de expressões tanto no espaço coletivo quanto no individual. (NOGUEIRA, 2007).

O trabalho deve ser fonte de realização pessoal e gerar prazer. A partir do momento em que o enfermeiro passa a ter alterações em suas faculdades físicas e intelectuais devido às

condições do trabalho, tornam-se necessárias providências em níveis institucionais, para atender ao trabalhador com doenças ocupacionais. Trevizan e Santos (op. cit.) comentam que “há um descaso das instituições e irrelevância das disfunções orgânicas e a relação destas com o sofrimento psíquico dos enfermeiros”.

Já Stacciarini e Tróccoli (2000) acrescentam que há uma cultura na nossa sociedade, de origem histórica e ideológica, em que os profissionais que cuidam da saúde dos outros são pessoas saudáveis. O estudo nos remete à questão “como está o enfermeiro que lida com o corpo do outro e quais são seus sentimentos e os reflexos de suas reações no seu corpo”. De acordo com Stacciarini e Tróccoli apud Brauk (1985, p. 27), “o homem é um animal que pode sofrer por antecipação, simplesmente através de mecanismos psíquicos”. Isso nos leva a reforçar a crença de que não podemos separar o físico do mental. Afinal de contas, esses enfermeiros podem estar abalados por antecipação diante de um cliente que apresenta uma desfiguração.

Estudos apontam outros fatores predisponentes que podem afetar o aparelho psíquico do enfermeiro. (REDKO, 1994 e MOREIRA, 1997; SILVA e KIRSCHBAUM, 1998). Para estes autores o lidar constante com a dor e a morte sem nenhum acompanhamento psicológico leva profissionais a desenvolver sentimentos de angústia, ansiedade e depressão. Outros autores Hallack e Silva (2005), já citados, comentam ainda que tais fatores podem também conduzir o profissional a frustrações e insatisfação na sua prática.

À luz desse contexto, Cornilot (1992, p.25) estabeleceu a seguinte relação: a memória dos humanos é longa e tudo que se aplica aos animais, às plantas, também pode ser aplicado diretamente a eles. Os corpos humanos têm sido instrumentalizados e escravizados, mesmo antes da genética. Ao “longo de milênios, batalhões de escravos, de selvagens, de africanos” e de “sub-homens” vêm sendo equiparados a animais de carga porque as fronteiras do ser humano os deixaram de fora.

Milhões de proletários, ligados às suas máquinas (somos máquinas de cuidar), tiveram de sujeitar suas vidas e organismos aos ritmos e às estruturas de órgãos mecânicos inerentes. Nossos ritmos, nesse estudo, estão ligados a órgãos humanos desfigurados, pois estamos habituados a outra estética do corpo que visa o íntegro, o belo (o sem manchas, o sem feridas), a presença de odor agradável num “aparente” discurso sobre saúde e não de um corpo com ou sem ela.

Ele (o cliente) se apresenta estranho aos nossos olhos, não é mais familiar e pode ser entendido, como corpo modificado pela presença do câncer – corpos aqui entendidos como quimera humana “aparentemente” tão longe de nós quando nos sentimos vivos e saudáveis.

Cornilot (op. cit.) chama a nossa atenção quando afirma que esses corpos nos atravessam pouco a pouco pelo uso de próteses, de múltiplas máquinas que substituem progressivamente as funções renais, cardíacas, respiratórias e sanguíneas. Os corpos “desfigurados” atravessam nossos sentidos e nos fazem ver e sentir até o que não queremos.

Olhar esse corpo nos desperta para a dura realidade de adoecer, o que pode estar mais próximo de nós do que imaginamos. Por isso, ao ficar diante do outro desfigurado nos chocamos por sua realidade. Aqui, falamos de uma máquina humana e desfigurada, que é um corpo sem olho, sem boca, sem queixo, sem face e sem língua. Trata-se de uma chocante estética do humano que mexe com a nossa máquina biológica e expressa signos e sentidos corporais adversos.

A visão que os enfermeiros e sua equipe têm desse corpo desfigurado e deformado indica que é urgente investigar os efeitos desse impacto não só nos domínios sociais, mas políticos, filosóficos, biomédicos e bioéticos. A hipótese mais provável é que os profissionais, ao olhar para o corpo desfigurado, sofrem um impacto que desencadeia neles emoções que, ao longo do tempo, os levam a adoecer. Por isso, é necessário estar atento aos profissionais que trabalham nessas unidades para identificar esse sofrimento em tempo hábil e pensar em como ajudá-los.

Seguramente estamos tratando de pessoas que cuidam sob tensão, até porque estão sob o juramento de cuidar do outro em qualquer situação. Outro agravante é a contradição de estar sempre lidando com um cuidado surpreendente para o qual não foram previamente preparadas. Sobre o olhar de surpresa, Cornilot (idem, p.86) afirma que a “primeira leitura revela sempre um aspecto surpreendente”. O olhar inicial é sempre marcado por abordagens racionais, que estão em vias de sair do contexto projetivo/simbólico, para se cristalizar, se encarnar nas estruturas mais profundas do vivo a fim de modificá-lo de acordo com sua ordem.

Entendemos que ao cuidar desses clientes, pisamos numa tênue teia de conflitos e de diversas interpretações. O corpo desfigurado, portanto, é diferente para cada um de nós e podemos encontrar nele as interfaces do OLHAR e de VER.

Quando gerenciamos pessoas, cuidados e unidades, a implicação do olhar é subjetiva e transcende a simples função de observar. Assim é que nosso sentido provoca uma inquietação

particular quando estamos diante de um cliente desfigurado. É esse estranhamento, no entanto, que desperta, nos profissionais de enfermagem, a necessidade de repensar as estratégias do cuidado que prestam. O enfermeiro que cuida do cliente deformado vive permanentemente o embaraço de enfrentar situações-limite. O simples ato de pensar sobre o tema confronta nossa essência (condicionada a estranhar a normalidade) e nossa existência (que escapa a nosso controle).

Pensar e perguntar são tarefas epistemológicas obrigatórias e constantes na busca de resolução de problemas. A reflexão que fazemos sobre o nosso olhar está fundamentada em Barat (1992). De acordo com este autor, “é preciso voltar os olhos para seu próprio interior, escapar do mundo exterior por alguns instantes e encontrar em si alguma verdade”. Olhar na direção interior nos acrescenta e nos permite reencontrar o mundo com outro olhar. Não é tarefa fácil, portanto, deveríamos ter um olhar tranqüilo sobre a desfiguração do corpo. Para o autor, isso só acontece nos filmes de ficção, mas aquilo não é verdade, é a imaginação. Esse corpo de que cuidamos é minha semelhança, meu parceiro nas ações de cuidar e por isso não pode ser uma “ficção”. Já Barat (idem, p.30) entende que “o essencial é ultrapassar além da situação e da inconstância, evitando a incoerência intelectual e visando, assim, uma lógica humana apenas humana, completamente humana” (querer ou não querer cuidar dos desfigurados). Cabe aos enfermeiros assumirem atitudes filosóficas e espirituais a fim de encontrar a fala ideal para esse cuidado com clientes desfigurados. Achar um olhar diferenciado para olhar o corpo desfigurado e, assim, dissolver o impacto causado neles e em nós. Só assim vamos eliminar nossa intolerante e aparente pretensão de pensar que sabemos tudo e podemos tudo sobre os corpos – os nossos e os deles, ou de “errar até o desespero” tentando acertar.

Entendemos que a visão de Barat (idem, p. 38) sobre o fenômeno é parte de nossa prática notadamente quando ele diz que “o absurdo é possível, mas de modo algum certo. O humano constrói-se contra a possibilidade do absurdo, nesta aposta de um sentido que o homem de fé se esforça...”. Entendemos também que a implicação corporal desesperada e desesperante se deve à constatação do impacto que temos diante dos clientes que sofrem e que tem angústias. Acreditamos, finalmente, que o mesmo acontece com muitos que cuidam.

Sabemos cuidar, mas existe um grande abismo entre saber e fazer quando a vida está em nós e em nossas mãos - vida aqui entendida como uma alegre seqüência de instantes de eternidade. Sabemos que a nossa implicação corporal é dos sentidos que estão em nós e que nos fazem sentir e nos expressar de modos diversos. Weil e Tompakow (1986) ilustram a

situação quando se referem ao “o corpo que fala”. Afinal de contas, o nosso corpo e o nosso eu vão além do limites da nossa pele. Eles criam fronteiras invisíveis, mas capazes de nos afastar ou nos aproximar do outro. Fazemos isso de forma consciente ou não.

Quando queremos aumentar ou diminuir as fronteiras, produzimos expressões capazes de serem percebidas pelo outro. A partir desta afirmação, inferimos que o sentimento de repúdio, de nojo e fuga pode gerar a vontade de aumentar os limites dessas fronteiras. Quais sentimentos e reações, então surgirão diante do cuidar destes corpos desfigurados? Segundo Weil e Tompakow (op. cit.), todo encontro humano resulta de interação mútua emocional e o homem não é capaz de dominar a linguagem inconsciente do seu corpo. Pode ocorrer, então, que o cliente perceba a linguagem que meu corpo inconsciente expresse durante o ato de cuidar.

As implicações subjetivas desse corpo não são apenas físicas. Elas também pertencem a um corpo que fala sem se expressar com palavras, que é de sentido, e o que significa naquele que cuida e naquele que é cuidado. O sentido é do campo da atividade sensorial e a VISÃO, segundo Cyrulnik (1995), é o mais nobre dos sentidos, afirmativa formada de numerosas experiências de observar animais e pessoas descobrindo toda uma sensibilidade de saber olhar.

Olhar aqui no caso é afirmar que o cliente é “desfigurado”. A palavra DESFIGURAR contém, ainda segundo Cyrulnik (op. cit.), um conteúdo ritualístico imerso em silêncios, interrupções, sincronizações, posições e movimentos. Tudo isso é colocado em jogo e socialmente decodificado. Os perfis dos interlocutores assumem suas formas por meio da retenção de traços, a posição do rosto, postura geral do corpo e gesticulação involuntária da mão. Para o autor, “a aventura humana da expressão ao olhar alguém nos olhos é um indício, não de fraqueza, mas de vulgaridade” ou de outras significações que mudam. O importante é saber para onde o olhar se fixa e qual o significado do silêncio contido nele.

Para esse autor (1995), se a comunicação descreve uma sintaxe comportamental, feita de sinais visuais, isso pode significar que vemos o cliente como um todo ou por parte - o rosto desfigurado que se transforma no corpo do cuidado. É desse modo, portanto que vamos constituindo (como os demais) um verdadeiro repertório de sinais cujas misturas, variadas, podem compor mensagens muito ricas e complexas. A grande vantagem é que somos capazes de semiotizar (dar sentido) o que ouvimos, o que tocamos e, assim, vamos semiotizando nossas emoções diferentemente dos animais que não falam, porque não pensam.

Cyrułnik (idem, 1995) afirma também que o pensamento é organizado em redor das imagens (feridas do câncer), e que surge como um desenrolar de imagens compostas por objetos, que, no entanto, continuam a ser objetos do homem. Com isso, a palavra “desfigurado” ganha sentido na construção do impacto ao olhar e vai condicionando o nosso mundo do trabalho. Esse grande condicionamento é imediato e imposto pelo mundo exterior dos corpos que cuidam. Ainda de acordo com o autor, esses condicionamentos, impostos pelo mundo, não podem perder de vista esse fato notável que, para ele, é ganho no terreno da idealidade. Sabemos que essa subjetividade, só se efetua com base numa elaboração de seus suportes materiais nomeadamente neurobiológicos, e graças à utilização de outros elementos materiais, físicos, como a sensorialidade do olhar, das posturas, das distâncias e das palavras.

Já sobre a VISÃO e o OLFATO, Ackerman (1996) afirma que os nossos olhos continuam sendo os grandes monopolizadores de nossos sentidos. Segundo ela, é necessário estar próximos para tocar, cuidar, trocar energias. Fazemos isto a todo instante durante a nossa prática. A autora sublinha que setenta por cento dos receptores dos sentidos do nosso corpo estão localizados nos olhos, o nosso órgão de captação do mundo. Podemos inferir mais: as emoções que sentimos podem ser expressas através das nossas pupilas. Ackerman (op.cit.) ressalta que nas profissões em que as emoções ou os interesses sinceros precisam ficar ocultos, como nos jogos ou contrabando, as pessoas, geralmente, usam óculos escuros para esconder suas verdadeiras intenções, visíveis em suas pupilas. Assim, também podemos ter tal reação diante do corpo desfigurado.

Da mesma forma que a beleza nos atrai, o feio também nos leva a uma reação. Para comentar este aspecto, Ackerman (idem) cita sobre Aristóteles, segundo que segundo ele a beleza é uma recomendação muito maior do que qualquer carta de apresentação. É fato que o corpo desfigurado provavelmente provoca um olhar diferente, chamando a atenção para o não comum. A própria sociedade discrimina o feio ou anormal, assinala a autora. Frequentemente, no entanto, nossos olhos também ficam encantados com as coisas que não são bonitas. Encantados, no sentido de estar diante de algo não natural, do patológico, levando-nos a visualizar a imagem que nos choca. Por isso, Ackerman assinala que existe muito mais na visão do que simplesmente o enxergar. A imagem visual é uma espécie de detonadora das emoções e essas emoções são singulares em cada um de nós. Elas recebem influências das nossas histórias, experiências e culturas. O olho, assim, cumpre um papel fundamental quando nossos sentidos captam o que chamamos de real. Afinal de contas, ele é o órgão do sentido

que tem mais capacidade de despertar emoções e reações. Nossos olhos são hábeis na ativação das nossas percepções.

Ainda sobre a percepção, Ackerman (idem, p.35) afirma que “a vida diária é um ataque furioso às percepções das pessoas”. Refletindo sobre a prática cotidiana do cuidar à luz dessa categoria, é possível associar essas percepções à nossa memória, já que podemos guardar com nitidez uma cor, um som, um cheiro, uma imagem e, a partir dela, fazer associações. Como é possível então, cuidar esquecendo o registro de nossa memória? Como a desfiguração de um corpo pode deixar de afetar nossos sentidos? Esta impressão, afinal, está presente o tempo todo no nosso cuidar e também interfere no corpo de quem cuida.

Se o nosso corpo pode ser entendido como instrumento do cuidado, não podemos esquecer o que Figueiredo (1999) nos diz: a formação do ser humano começa com sua concepção e a partir deste momento várias contribuições, externas e internas, influem na formação de um ser singular. As ações e atitudes deste ser, portanto, dependem de interações que não acontecem por acaso ou de forma aleatória. As ações humanas só são possíveis porque existe um corpo que tem vida, se movimenta e possui um sistema sensorial que o posiciona no mundo. Os movimentos são “as respostas do corpo a tudo que os sentidos captam da natureza”. (FIGUEIREDO, 1999, p. 43). Portanto, quando nos referimos aos sentidos, falamos da percepção que temos de tudo que captamos na natureza. Ao assinalar que o humano é único e ao mesmo tempo físico, biológico, cultural e histórico, Morin (2006) assinala que este ser é espiritual e carregado de crenças. A sua localização no mundo e o contato com os outros seres lhe permite fazer parte de um sistema de interação sempre constante, real, dinâmico e atual. Podemos afirmar, então, que a interação do homem com o mundo só é possível porque ele tem um corpo, que o faz perceber qualquer fenômeno. Partes desse corpo - os órgãos do sentido – funcionam “como um radar capaz de captar uma mensagem”, decodificá-la e encaminhá-la ao cérebro com uma rapidez instantânea. Esse é o mecanismo que desencadeia a consciência e a sensibilidade de cada pessoa. Como se dá, então, a apreensão de uma imagem que não é agradável aos nossos olhos? Figueiredo (op. cit.) afirma que o processo de percepção não é tão simples quanto parece. Os pequenos transmissores corporais, diz ela, não podem ser imaginados isoladamente. Como vamos reagir, então, diante de um corpo que não está dentro dos nossos parâmetros de normal?

Não podemos esquecer que, ao longo de nossa formação, fomos impregnados de sentidos sobre o corpo fisiológico – o normal; e o corpo patológico, o anormal. Esse falso paradigma nos leva a pensar que estamos marcados por uma estética do belo e do feio, do

bom e do ruim, do que encanta e do que desencanta. Apesar da desfiguração do cliente, que é abominada e repelida pela sociedade, cabe ao profissional cuidar deste ser e não se surpreender, portanto, ao impacto que sentimos ao olhar o rosto ou corpo desfigurado. Nossa preocupação aqui diz respeito também a quem olha. Afinal de contas, esses impactos mexem com nosso corpo e podemos, porque não, adoecer sem que ninguém se preocupe com isso.

Fomos buscar em Ninio (1991) comentários relevantes sobre a impregnação dos sentidos dos olhos e do olfato. Segundo ele, não é tão fácil falar de sentidos sem um profundo debruçar nas diversas áreas do conhecimento. Sabemos que o todo envolve o homem e a natureza, os espaços e as coisas, mas, mesmo assim, a visão é insuficiente porque os espaços são povoados de fantasmas duplos de seres vivos ou desaparecidos. Podemos tentar corrigir os desvios dos órgãos dos sentidos graças à situação da razão, pois a realidade não se oferece apenas a um dos órgãos dos sentidos. Ela (a realidade), na verdade, é resultado da interação de todos os sentidos. “Representá-la corretamente implica em racionar, confrontar percepções discordantes”, assinala Ninio (op. cit.). Depreende-se, então, que tudo tem a ver com a impressão – e o impacto daí decorrente - que nosso olhar tem uma imagem que não conseguimos perceber com naturalidade.

A percepção que se tem desse cliente é impregnada não só pela educação familiar, mas, principalmente pela recebida na Universidade. A orientação acadêmica, aliás, olha com o olho da racionalidade, como se o que eu deixasse de ver não existisse inexplicavelmente, o discurso institucional não leva em conta, por exemplo, que os cegos vêem as formas, a textura, as superfícies côncavas e convexas por meio das mãos.

Nossas mãos também tocam esses clientes desfigurados, mas é a visão que nos incomoda. A realidade sentida, então, surge como um amontoado de impressões que não refletem o cliente em toda sua amplitude. Sua dimensão como objeto-sujeito de nossos cuidados permanece um mistério para o(s) cuidador (es) e nossa(s) dificuldade(s) começa(m) tão logo as imagens do rosto e a representação de nossa(s) expressões -os signos- transformando-se em universos de coisa e sentidos que não conseguimos decifrar.

Para Ninio (idem, p. 30), o olho é um órgão demasiado complexo que foi se formando ao longo do processo evolutivo da matéria. Por isso, é necessário considerar as fases da evolução. Para explicar melhor a questão, Ninio afirma que:

A luz, antes de funcionar como veículo privilegiado da informação espacial, constituiu um alimento essencial para as primeiras células. Antepassados das algas azuis e das bactérias fotossintéticas, estes seres, sem boca, devoram a luz solar com os olhos.

O autor alerta dizendo que é necessário considerar outros mecanismos de percepção igualmente vitais – além dos cinco sentidos – quando nos impregnamos para cuidar. O trecho aqui descrito de sua obra é esclarecedor:

Órgãos que se encontram bem disseminados: o sentido da verticalidade, do campo magnético, da temperatura, pressão, e da localização espacial; e que cada sentido faz apelo a um mecanismo de medição específica (olho, ouvido, nariz,...) e que a evolução foi construindo, pela combinação de diversas peças de tecido vivo. (NINIO, 1991, p. 34).

Para o autor, se impregnar pelos sentidos significa estar atento aos seguintes aspectos:

- a) ao movimento, quando nos utilizamos da mecânica para manter o equilíbrio em diversas situações de viver;
- b) à textura, que corresponde ao aspecto das coisas, a qualidade dos objetos, a cor e a forma;
- c) à cor, que significa distinguir o claro do escuro;
- d) ao relevo, que significa ver as coisas de perto no dia -a -dia;
- e) aos campos receptores, que envolvem a comunicação, as conversas, os acordos e as emoções onde processamos bilhões de informações. (Somos, portanto, uma máquina processadora neuronal capaz de analisar um determinado aspecto da realidade e fornecer um diagnóstico); É importante também se ater;
- f) às formas, e explorações de contornos, qual seja, como reagimos diante de situações, conhecemos curvas e espaços, localizamos manchas, o reflexo no espelho, as fotografias e as esculturas;
- g) às orientações que envolvem estar num espaço, saber para onde ir, o que existe nele, suas fronteiras, suas aberturas. Impregnar-se pelos sentidos significa ainda estar atento à;
- h) à geometria de percepção que vê as coisas como elas são na sua profundidade a partir da capacidade que temos de elaborar imagens mentais e representar coisas;
- i) às marcas que povoam nossos sentidos de imagens fugazes e nos fazem sonhar: os diferentes modos que existem para analisar um objeto identificando o que nos é estranho ou familiar, a riqueza da imagem, o valor, o que aprendemos com ela; as limitações que se manifestam nas representações; os símbolos visuais e os orais explicitados por meio da palavra;
- j) estar atento ainda às codificações que fazemos sobre o que vemos e como nossa memória funciona em relação ao que vemos ou sentimos; o que realmente vemos no rosto do outro e quais diferenças são distinguidas, onde elas estão e como são;
- k) às memórias, como conservamos as lembranças durante muito tempo, que marcas visuais elas deixam em nós. Como as imagens são retidas e como guardamos na memória de um acontecimento; é necessário finalmente, prestar atenção e ter;
- l) à consciência de como nos orientamos nos espaços a partir do que somos e do que sabemos que somos; ter em mente que a maneira

- como desempenhamos nossas tarefas resulta de nossas experiências e do sentido que damos à vida, as nossas sensações e informações processadas por nossos corpos e neurônios;
- m) à oralidade e a escrita que nos colocam em comunicação com o mundo, com as pessoas.

Antes de seguir na descrição de “estar atento” e dos mecanismos sensoriais e perceptivos a ele relacionados, é bom lembrar como o ser humano faz a construção e a interação da linguagem visual e a linguagem falada. A primazia do som sobre a imagem não acontece por acaso. O som é a variação da pressão do ar em função do tempo e corresponde a um sinal unidimensional de fácil análise e memorização. Por isso, o impregnar para cuidar deve levar em conta que o raciocínio forma as categorias perceptivas do indivíduo que são moldadas pela experiência; e elas estão na arte, no comércio e na ciência, como conquistas do espírito, e depende dessa percepção. Qualquer sinal do mundo exterior é captado pelos órgãos dos sentidos.

Depreende-se, então, que o discurso da estética do normal/anormal envolve aprofundamentos sobre o corpo que cuida e ao mesmo tempo fica sob o impacto de olhar um corpo que não está acostumado a ver. A patologia que nos surpreende e nos choca, mesmo que ela não se mostre e não esteja contida na palavra.

É válido aqui abrir espaço para Canguilhem (1982). Este autor sustenta que o normal e o patológico são fisiológicos e que tanto um como o outro fazem parte da ciência vida. Se hoje, prossegue ele, não é possível explicar todos os fenômenos da doença, isso acontece porque a fisiologia não está bastante adiantada e ainda há uma quantidade de funções normais que desconhecemos. Caímos assim, novamente, na função de olhar para a DOENÇA - o patológico que se expressa no corpo desfigurado pelo câncer na cabeça e no pescoço. Ao nos IMPACTAR com este olhar, desconsideramos que ele é parte comum de um mesmo corpo, de uma mesma situação – a saúde e a doença.

Ainda segundo Canguilhem (op. cit.), não são os dois modos que diferem essencialmente, como talvez tenham pensado os antigos médicos e como ainda pensam alguns. É preciso não fazer da saúde e da doença princípios distintos, entidades que disputam um com outro o organismo vivo e que dele fazem o teatro de suas lutas. É correto admitir que nós, os cuidadores, participamos desse embate mais centrados na doença do que na saúde. Sabemos que a nossa prática apresenta distorções bem demarcadas e nela o discurso e a prática de cuidar estão sem sintonia e exigem outras abordagens e tecnologias. Os

profissionais são diferenciados e têm especializações específicas que demarcam claramente a diferença entre fisiologia e patologia.

Outra demarcação possível de ser feita é através da pele, que nos mostra as interfaces tanto da fisiologia quanto da patologia. A pele nos permite estar diante do corpo interno-externo do outro que, por sua vez, está conectado à pele pelo sentido do tato. É necessário acreditar também que “a pele é um meio-suporte de agenciamento interior-exterior”, aquele que toco para fazer o curativo. Ao tocar esse corpo, que é meu e do outro, um corpo real inscreve em si uma imagem mental: a de um corpo inconsciente que eu preciso cuidar, sem ver suas feridas, e possa, assim, criar desejo de afetos, porque meu cuidado é um fio condutor e um bem concreto. Ao vivenciar junto à experiência humana, sou conduzida, então, a experimentar, por empatia, a cuidar do próximo que necessita de meus cuidados.

Esses cuidados também dizem respeito a uma questão estética que está nos atos e ações cotidianas do trabalho de cuidar. Ficar sob o impacto de uma imagem que choca, como quando nos deparamos com alguém com o rosto desfigurado, nos remete a uma estética do feio e do anormal.

Estamos mais habituados com o belo, que provoca a dilatação de nossas pupilas (midríase) e nos encanta – produzindo uma sensação de bem estar – do que com o impacto da anomalia que causa sua contração (miose). Acostumamos-nos a pensar na arte que nos faz bem ver. A esse respeito, Baron (2001) cita Hegel para falar do belo como produto da natureza. O autor conceitua a beleza como “idéia que se utiliza da natureza e não retira dela se não aquilo que pode servir a uma bela obra”.

Nesse sentido, Nightingale (1989) considera o enfermeiro como uma escultora do cuidado. “Enquanto o escultor trabalha o mármore frio para lhe dar forma, a enfermeiro trabalha o corpo vivo”, disse ela. A autora afirmou também que a enfermagem é Arte-Ciência-Ideal. Para o filósofo Hegel, comentado por Baron (2001), a idéia de belo é radicalmente antiplatônica, porque se trata de compreender a presença da idéia no sensível, de reabilitar de alguma maneira a aparência como o lugar de existência da idéia.

Já na ética, o belo é entendido como um tema da área da ciência moralista. Weil (1986) inclusive tem uma posição, acerca desse conceito, formada a partir da região ocular. De acordo com ele, a expressão do rosto é captada e transmite ao outro a idéia da beleza, que é ética e moralmente aceita pela sociedade. Os estudos de Kast (1997) corroboram com esta concepção. Esse autor argumenta que as pessoas mais bonitas têm as melhores posições no trabalho, são invejadas pelos amigos e a sociedade as olha como pessoas de melhor caráter.

Cria-se inconscientemente, uma discriminação social do feio, o anormal, o patológico. A aparência visual e a face bonita provocam prazer aos nossos olhos.

Se impactar e se assustar com o corpo desfigurado, de modo indireto, são experiências que emocionam. É a partir daí que introjetamos os discursos segundo os quais não importa a aparência, a cor, o sexo, a etnia, e o importante é cuidar o melhor possível. Como se essa afirmativa trouxesse em si apenas uma racionalidade contida e distante daquilo que é também essencial, as nossas emoções, as nossas possibilidades de correr riscos para o bem ou para o mal. Essa visão equivocada é responsável pela imagem parcial e, assim, distorcida de acordo com a qual os enfermeiros são simplesmente sagrados, como seres eternos, distantes, que não podem ser tocados, não podem se emocionar. Foi nesse contexto que Klein (1994) cunhou o conceito do descongelamento. Segundo ela, os enfermeiros desse século estão a descongelar-se para se emocionar e se manterem vivas. O descongelar aqui significa remover os sentimentos de impacto e deixar fluir as piores e as melhores emoções até que o entorpecimento (diante do outro desfigurado) possa ser substituído pela dor e pelo prazer de viver (o cuidado) em sua intensidade. Se for possível adoecer por causa deles, precisamos estar atentos a uma prevenção estética, porque sentimos a doença dele através de nossos sentidos (visão, olfato e toque, mais precisamente). Nós somos os espelhos que refletem a imagem que não pode ser refletida concretamente, e sim subjetivamente, assim expressamos o que sentimos.

Aqui falamos, então, da subjetividade no cuidado. De um tipo de agenciamento que é caracterizado por um conjunto de condições que torna possíveis instâncias individuais ou coletivas. Estas últimas estão em posição de emergir na individuação da pessoa tida como responsável por si mesma, que se posicionam em meio a relações de alteridade regidas por usos familiares, costumes locais, leis jurídicas. (GUATTARI, 1992, p. 33).

Ao olhar a ferida, a enfermeiro transfere para si o que é estético do corpo desfigurado. Enquanto observadora, ela pode intermediar uma função de isolamento ou de separação entre o que quer e o que não quer ver. O que nos parece essencial é entender que esse impacto, causado pelo ato de olhar a ferida, é algo que se relaciona com o processo subjetivo que está dentro de nós e de nosso corpo emocional (irreal) e incorporal.

A ferida que me é mostrada pelo corpo do outro cria um caos orgânico. Esse desconforto deve ser explicitado para que o cuidador repense os cuidados. A compaixão e o afeto são, assim, aliviadores daquilo que o olhar nos provoca. São eles que, em última instância, nos impõem novas técnicas de cuidar dessa clientela.

Guattari (1992, pág. 45) pensa da seguinte maneira sobre o tema:

Se eu sou uma máquina-instrumento do cuidado (que é bioquímica), durante o ato de cuidar posso me emocionar na relação com a outra máquina biológica que é fonte de minhas indagações, de minhas rejeições ou de meus afetos. Tudo isso depende do “saber” e não só do “fazer”.

É possível pensar em um modo que minimize a aparência desfigurada do outro: não é só uma questão de “humanidade, mas, uma espécie de mediação criativa”.

À luz das reflexões destes autores, entendemos que é preciso trabalhar muito o corpo, enquanto máquinas desejante, para o exercício de uma prática do afeto e para além do que vêm. Isso nos remete a outra reflexão explicitada por Fonseca e Engeman (2004, p. 52): “o poder de um corpo, o que pode um corpo, a cartografia das afecções de um corpo estão relacionadas ao que expande ou reduz seu campo de ação, ou aumentando ou diminuindo sua potência de agir”. Na prática do afeto, utilizo o poder do meu corpo para agir diante da reação que ele tem ao se deparar com a deformação do outro corpo. O corpo tem a capacidade de afetar e ser afetado e assim, prestará cuidado ao outro (corpo). Fonseca e Engeman (op. cit., p.47) citam Pelbart para fundamentar a tese: “o sujeito que recebe a potência não sai dela ileso”. Depreende-se, portanto, que essas duas máquinas serão afetadas. E que o impacto com o corpo desfigurado poderá deixar, inconscientemente, registro no corpo de quem cuida.

1.2 - Cuidando de Pessoas com Câncer na Cabeça e no Pescoço

Atuar com pacientes portadores de câncer é desafiador. Esta doença tem o poder de modificar as pessoas, tanto os doentes como seus cuidadores. Sem dúvida, conviver com esses doentes diariamente em nosso trabalho, nos toca e nos modifica. Em certos momentos nos fortalece e em outros nos fragiliza. Essas mudanças nos deixam vulneráveis com nossos sentimentos.

O câncer é uma doença complexa, de longa duração que compromete significativamente a vida daqueles que estão ao seu redor, inclusive os enfermeiros.

O câncer ou “caranguejo” como é chamado, por esse tropismo pelos nervos e vasos, nutre-se através das redes vasculares localizadas próximas a tumoração facilitando a sua infiltração em tecidos normais e estruturas adjacentes. No caso dos cânceres na cabeça e no pescoço, a carótida e o nervo facial são seriamente acometidos, e por isto, os clientes correm

risco constante a hemorragias severas além de apresentarem dores intensas que, muitas vezes, tornam-se crônicas.

Os cânceres na cabeça e no pescoço se ramificam atingindo vasos e nervos importantes nestas regiões. Eles são responsáveis pelas funções motoras e vitais como respiração, fala e digestão. Além de apresentar evolução rápida tal comprometimento, geralmente, vem acompanhado da mutilação e da desfiguração do cliente. Por isso, quando os clientes conseguem chegar ao diagnóstico decisivo, já apresentam grandes distúrbios como comprometimento motor, respiratório, circulatório, visual, olfativo, deglutição, paladar e a fala.

Com a evolução do tumor, aumentam as áreas de necrose, podendo levar a perda de partes da face como o nariz, olho, pavilhão auricular, enfim há destruição do tecido comprometido pelo câncer. Outro transtorno peculiar apresentado pelo cliente é o odor fétido característico e típico dos tumores da cabeça e pescoço.

É comum atendermos clientes apresentando odores fétidos que impregnam nossas narinas, que nem mesmo as máscaras do tipo cirúrgicas utilizadas nos protegem do odore indesejáveis. Muitos desses clientes, devido à perda do olfato, ficam sem perceber o mau cheiro exalado por eles. As secreções são abundantes de coloração escura que nos causam repulsa, por nos lembrar carne em putrefação.

Quando o câncer afeta a laringe, o cliente perde a fala e a possibilidade de se comunicar verbalmente. Há casos que muito antes deles fazerem a laringectomia total, o cliente não pode esperar devido à dificuldade de respirar, precisando se submeter à traqueostomia de urgência para desobstruir as vias aéreas ocluídas pela tumoração. Ao cuidar desses clientes, vivemos inúmeras situações de expectativas, alegrias, frustrações e tristezas junto com eles e suas famílias. Este envolvimento pode ocorrer de uma forma velada ou não, mas não fugimos de conviver com resultados negativos ou com a morte durante os cuidados.

Devido ao elevado grau de envolvimento com os clientes e a exposição dos seus sentimentos/emoções, os enfermeiros são suscetíveis a Síndrome de Burnout. Pela concepção clínica, a Síndrome é definida como um conjunto de sintomas como a fadiga física e mental, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, sentimento de impotência e inutilidade e baixa auto-estima, podendo gerar depressão nos profissionais e levá-los até ao suicídio. Com frequência esse conjunto de sentimento e sintomas é identificado não só no enfermeiro que atua em oncologia, mas em outros profissionais. Atribui-se estes sintomas às características

dos clientes envolvidos e dos sentimentos que eles vivenciam (BENEVIDES PEREIRA, 2002).

De acordo com Carvalho (2003), muitas vezes, intensamente empenhados no cuidado de nossos clientes, não temos disponibilidade interna para nos olharmos ou para nossos companheiros de trabalho, e ver quando estamos precisando de cuidados em função do estresse a que somos submetidos. A mesma autora afirma que isso é mais grave quando lidamos com situações limites, nas quais as solicitações e exigências são intensas e complexas.

Após anos trabalhando em oncologia e vivenciando o cuidar de clientes com câncer na cabeça e no pescoço, podemos afirmar que é um cuidado peculiar, pois é diferente do cuidado prestado a outros clientes com outros tipos de cânceres. Isso porque as lesões são visíveis, não podem ser camufladas. Algumas vezes, podem ser assustadoras quando desfigura a face do cliente, o que pode levá-lo a perder a identidade de ser humano. São tumores que interferem diretamente com a estética e, por isso, prejudicam a interação social dos clientes. Tais fatos contribuem com o estigma da morte e, principalmente, com o estigma do feio, do deformado, do fétido, do anormal. Tudo isso está presente em todos os momentos na prática de cuidar.

Por tais peculiaridades, os enfermeiros que cuidam desses clientes precisam se preparar para melhor atuação. Neste ponto, reforçamos o que diz Moreira (1996, p.6) sobre o assistir clientes com câncer, pois é fundamental para o enfermeiro não só se comprometer cientificamente e tecnicamente, mas também precisa estar atento aos princípios éticos na assistência, aos valores sócio-culturais e as emoções dos clientes.

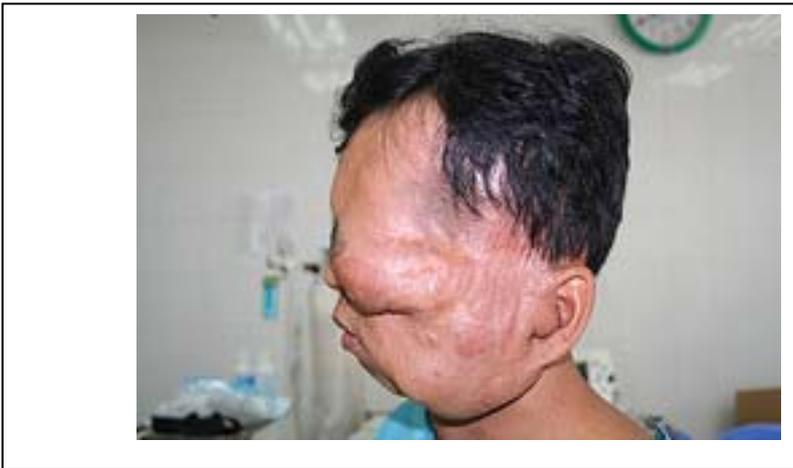
Podemos afirmar que os clientes com afecções na cabeça e no pescoço apresentam seus valores culturais abalados devido à rejeição social, por estarem fora dos padrões estéticos considerados normais. Para Sales (2003), a doença pode ser vivenciada de formas diferentes de acordo com os costumes de cada civilização, mas sempre desperta o temor do sofrimento e da morte, principalmente das enfermidades consideradas “impuras” como o câncer.

Quando o câncer atinge, por exemplo, o globo ocular não se pode determinar até onde vai esse comprometimento, pois a lesão tumoral poderá ultrapassar o globo ocular e invadir a meninge e o cérebro, que estão localizados atrás desta estrutura anatômica.

A aparência dos clientes desfigurados traz o desprazer ao ser visualizado. As imagens, a seguir, podem exemplificar essa afirmativa:



Fonte: www.oglobo.com.br



Fonte: www.players.com.br



Fonte: www.noticias.vol.com.br

Assim, o câncer é uma doença estigmatizada ligada à morte e tal agravante, no caso do câncer na cabeça e pescoço, soma-se a exclusão social e o olhar diferenciado, até mesmo pelo profissional que dele cuida. Este fato é encontrado nas falas dos enfermeiros entrevistados quando afirmam que “é necessário o enfermeiro gostar ou deverá fazer um esforço para trabalhar na clínica da Cabeça e Pescoço”.

O enfermeiro e o cliente devem aprender a enfrentar e a conviver com as complicações ou seqüelas da doença e do tratamento dela. Esse ato é importante por ajudar ao cliente e ao enfermeiro a começar a jornada duradoura do tratamento tanto na enfermaria, quanto no setor ambulatorial.

Outro fato peculiar no cuidar de clientes com câncer na cabeça e no pescoço é o tempo de contato cliente-enfermeiro, pois um cliente passa anos sendo cuidado por nós dentro da instituição, devido a sua demanda de cuidados desde o início do tratamento até a sua reabilitação, morte ou alta dos cuidados na instituição.

De acordo com Rodrigues (2006), o exercício da enfermagem em oncologia pode demandar do enfermeiro um grande investimento mental e afetivo à medida que implica lidar com uma doença grave, cuidar de pacientes fora de possibilidade de cura, a necessidade de cuidados intensivos e prolongados e alta proximidade com família. Esses fatores associados à natureza do câncer como doença, a complexidade dos tratamentos, o cuidado de pacientes que possuem labilidade emocional, a alta complexidade do cuidado, o intenso envolvimento com pacientes e familiares, os conflitos interdisciplinares e éticos, levam à baixa moral na equipe e são considerados fatores de estresse em oncologia.

Corroborando com este pensamento, Campos (2005) afirma que sentimentos de esgotamento físico emocional, despersonalização e baixa realização pessoal são freqüentes em enfermeiros que trabalham em oncologia, pois são indivíduos que mantêm uma estreita relação de ajuda com clientes e seus familiares durante um longo período. Segundo a autora, isto configura uma síndrome do trabalho, denominada Burnout.

Moreira (1997, p.10) comenta sobre o desafio imposto aos enfermeiros para lidarem com o sofrimento dos portadores de câncer, em que o toque “significa aproximar a troca de energia e sensações”. Desta forma, é indispensável o ato de enfrentar e conviver. Como ocorre no setor de cirurgia da Cabeça e Pescoço ou no ambulatório, essa reação é mais visível, pois o enfermeiro não tem como esconder a desfiguração do cliente e a sua reação diante dela.

O cliente deseja esconder a sua desfiguração e a enfermeira tenta usar a sua criatividade para deixar o menos possível visível da face do cliente, que possa despertar a curiosidade nas pessoas que o olham.

Esse esforço do enfermeiro ser criativo deve-se fato dele identificar nos clientes as necessidades humanas básicas de “auto-estima”, “gregária” e de amor (Horta, 1979) demandadas pelo cliente. Para isso, ele realiza curativos com o objetivo de moldar uma

máscara para ocultar o feio ou o horror exposto a desfiguração. Esse é um cuidado em busca de algo menos feio ou em busca de algo menos “agressivo” a quem vê.

Outro aspecto relevante refere-se ao processo de olhar para a lesão que desfigura o corpo, enquanto a enfermeira realiza esse procedimento. É um momento em que deva examinar as condições da lesão as características dos exsudatos e secreções, relacionando aos odores com necroses ou sangramentos existentes.

Examinar os tecidos afetados pelo câncer requer uma observação detalhada e especializada para detectar problemas e avaliar a evolução da lesão. Faz-se necessário, para essa avaliação um registro a cada realização do curativo descrevendo os problemas identificados, os cuidados implementados, as modificações ocorridas em cada tipo de lesões. Pois as lesões cancerígenas evoluem diferentemente a cada fase da ferida tumoral. Elas apresentam-se de acordo com o tipo, local afetado e estadiamento do câncer. Por isso, é importante esse acompanhamento do curativo, pois as informações das modificações ocorridas nas lesões ajudaram nas orientações dadas ao cliente e seu familiar durante seus cuidados.

Em geral o tipo de curativos eleitos para lesões por câncer de cabeça e pescoço é os oclusivos para o fechamento total da ferida. Durante o procedimento de limpeza dessa lesão não se deve esfregar ou incorrer a qualquer tipo de trauma, em especial, o mecânico por ser tratar de lesões ricamente vascularizadas e inervadas com risco de hemorragias e dor. No entanto, se um desbridamento mecânico for necessário para uma rápida e eficiente remoção de tecidos necrosados, o enfermeiro deve avaliar a extensão, profundidade e o tipo de necrose (de coagulação ou de liquefação), avaliação importante para optar por este tipo de desbridamento.

Arquitetar um curativo não é tarefa fácil, indo além das técnicas e das habilidades necessárias para a execução de um procedimento. O cliente precisa desenvolver um grau de confiança e perceber no enfermeiro, que ela o respeitará e fará curativo que esconderá o que ele não quer mostrar. “O fazer curativo” não tem apenas a função de curar, cicatrizar a ferida e talvez não encontre a estética como respaldo, mas o curativo deverá ser realizado com respeito, cumplicidade e singularidade na sua confecção.

Durante o curativo, é comum o cliente dizer a forma, o modo de como usar uma bandagem. Neste momento os dois participam e criam um elo de ajuda mútua, sendo assim, o cliente tem sua preferência na escolha do profissional que irá assisti-lo e pela confiança estabelecida.

CAPÍTULO II - ABORGADEM TEÓRICO METODOLÓGICA

2 - O Método e a Metodologia

2.1 - O método

O estudo proposto é de natureza qualitativa, pois abordará as reações manifestadas pelos enfermeiros que atuam em oncologia durante o cuidado que prestam ao cliente desfigurado não só pelo câncer, mas pelo tratamento mutilador a que é submetido. Como afirma Minayo (2006, p.36), as pesquisas qualitativas se preocupam em estudar os fenômenos e a identificar o significado deste fenômeno dentro de um grupo social. O estudo está fundamentado em outra citação da autora. A de que “existe um nível de realidade que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis”.

Partindo do princípio de que cada um é singular, por força de suas crenças e valores, Minayo acrescenta que, além da singularidade, cada um é responsável pela sua história e pela resposta personalizada que dá às situações. A partir desta afirmação, foi possível coletar, por meio das falas dos enfermeiros, dados que traduzem uma realidade comum àquele grupo de enfermeiros do INCA (HCI). Estes fenômenos por tanto, ocorrem num universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo, assim, a um espaço mais profundo das relações.

Embasados em Polit, Beck e Hungler (2004), o estudo contém um momento para coleta de informações, através de entrevistas semi-estruturadas (anexo I). As falas dos entrevistados foram gravadas em fitas magnéticas, após o consentimento livre e esclarecido assinado pelo entrevistado (de acordo com a resolução 196/96 de Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos).

Para organização e análise do material produzido decorrente das entrevistas nos apoiamos em algumas técnicas utilizadas na análise de conteúdo que estão melhor explícitas na organização da análise de conteúdos das comunicações dos enfermeiros.

Segundo Bardin (2008, p. 20) a análise de conteúdo “é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifestada na comunicação” (fala dos enfermeiros como texto do estudo – ou mensagens sobre o seu olhar para clientes com câncer na cabeça e no pescoço).

A aplicação da análise de conteúdo é ampla em diversos campos onde a comunicação está presente e, na enfermagem, isso ocorre pelo viés que envolve compreensão, significados e provas que os objetos da vida cotidiana funcional como uma linguagem: o vestuário é mensagem; que o nosso apartamento “fala”, etc. (BARDIN, 2008, p. 34).

A opção por estas técnicas de análise de conteúdo centra-se na possibilidade (como diz o autor) de ser uma análise de significados (tentativas), também uma análise de significantes (lexical, e dos procedimentos). (BARDIN, 2008, p. 37).

Obriga ao investigador fazer uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações que têm por finalidade interpretá-las.

Finalmente, a partir de regras, classificada por ele como de:

- Homogeneidade (não misturas coisas diferentes).
- Exaustividade – esgotar a totalidade do texto – regra que foi utilizada neste estudo.
- Exclusividade – um mesmo elemento do conteúdo, não pode ser classificado aleatoriamente em duas categorias diferentes.
- Objetivas – codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais.
- Adequado ou pertinente – adaptada ao conteúdo e aos objetivos - essa regra também foi utilizada neste estudo. (BARDIN, 2008, p. 38).

Voltaremos a este ponto com maior detalhe quando abordarmos a organização do material.

2.2 - Atendimento aos Princípios Éticos da Pesquisa

A pesquisa intitulada: O IMPACTO AO OLHAR O CORPO DEFIGURADO: implicações para os que cuidam de pessoas com câncer na cabeça e no pescoço – um estudo sobre ENFERMEIROS foi aprovado pelo comitê (CEP- INCA) com o registro nº060/08.

Os princípios éticos da pesquisa de benevolência, equidade, não maleficência e justiça, da portaria 196/1996, foram atendidos com a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer. Além disso, a investigadora se comprometeu a manter o completo sigilo das informações coletadas e também a identidade dos sujeitos do estudo. As informações foram coletadas em um prazo muito curto de tempo, pois vale destacar que o projeto foi encaminhado em abril e ficou no Comitê um período de seis meses (de abril à outubro). Durante este tempo foram atendidas as orientações diversas exigidas pelo comitê e só sendo liberada em 18/10/08. É importante dizer que as exigências não foram

relacionadas às questões éticas, mas questões de forma, de compromissos futuros, de sugestões de mudanças de objetivos e de opções de abordagem, de escolhas de teóricos, conforme se encontram nos documentos anexos.

Essa espera prolongada, também implicou em acúmulo de entrevistas no curto prazo de tempo, realizadas em outubro, novembro e dezembro de forma que pudesse atender às exigências estabelecidas pelo Programa de Pós-graduação de Enfermagem – Mestrado da UNIRIO.

2.3 - Sujeitos - Critério de Inclusão

Os sujeitos do estudo foram 15 enfermeiros que atuam na enfermagem e nos espaços nos qual a assistência aos indivíduos portadores de câncer na cabeça e no pescoço. O critério de inclusão é para aqueles enfermeiros que desejavam participar do estudo e que atuaram ou atuam no cuidado de clientes portadores de câncer na cabeça e no pescoço, podendo estar distribuídos nos dois turnos (manhã e noite).

2.4 - O Local – Onde os Enfermeiros Cuidam

O cenário da pesquisa foi o INCA (HCI), um hospital público especializado em oncologia e o único no estado do Rio de Janeiro que atua no tratamento de câncer de cabeça e pescoço. O hospital tem um ambulatório especializado, onde a equipe multiprofissional faz atendimento diário a clientes recém matriculados e aos que estão aguardando tratamento clínico e cirúrgico. O segundo cenário foi à enfermagem de cabeça e pescoço, onde atuam enfermeiros como diaristas e plantonistas.

2.5 - Colhendo Informações e Produzindo Dados

As informações foram colhidas com o proposto pelos enfermeiros que indicaram o dia, a hora e o local da entrevista. Neste momento gravamos suas falas que em seguida eram transcritas para que fossem devolvidas a elas, que tomaram conhecimento do conteúdo.

As entrevistas foram realizadas utilizando um roteiro contendo quatro questões que versavam sobre a vigência dos enfermeiros quando cuidam de clientes desfigurados. Essas

questões foram elaboradas com perguntas abertas que propiciasse a livre exposição do depoente sobre assuntos específicos do cuidado prestado a clientes com câncer na cabeça e no pescoço.

As informações produzidas foram coletadas a partir das quatro questões (Anexo I), que foram utilizadas para orientar a entrevista semi-estruturada.

O trabalho de transcrição durou 240 horas, 4 meses e resultou em 50 folhas digitadas, tendo em média, em cada folha 20 linhas contendo em média 11 palavras em cada uma delas, somando 220 palavras em cada folha e 11.000 palavras num total.

A qualificação atrasou devido às pendências apontadas pelo comitê e só ocorreu em fevereiro de 2009. As entrevistas foram realizadas utilizando um roteiro contendo quatro questões que versavam sobre a vigência dos enfermeiros quando cuidam de clientes desfigurados. Essas questões foram elaboradas com perguntas abertas que propiciasse a livre exposição do depoente sobre assuntos específicos do cuidado prestado a clientes com câncer na cabeça e no pescoço.

2.6 - Organização e Análise do Material produzido nas Entrevistas

A análise dos dados foi realizada com base na Análise de Conteúdo de Bardin (2008). De posse da transcrição das gravações, fomos consolidando os dados que emergiam das frases e/ou expressões avaliadas.

Bardin (2008, p.11) menciona que, a análise de conteúdo pode ser definida como “um conjunto de instrumentos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam os discursos (conteúdos e constantes) extremamente diversificados”.

Para esta etapa seguimos a orientação de BARDIN (2008, p.121) sobre como e o que fazer com os dados produzidos, também entendidos por Polit, Beck e Hungler (2004) como a comparação constante das informações produzidas como um procedimento usado para organizar e refinar teoricamente as categorias relevantes, além de identificar problemas básicos.

Para fazer essa comparação constante, Bardin (2008, p.95) chama de organização da análise.

Antes, porém, é importante definir o que o autor entende por análise de conteúdo (2008, p. 44) como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens

indicadoras (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas destas mensagens).

Para o autor a análise de conteúdo tem sempre um objetivo: a linguagem. O aspecto do conteúdo nesse caso diz respeito à FALA, transformada em conteúdo (dos enfermeiros) isto é, o aspecto individual e atual (em ato) da linguagem e assim conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais nos debruçamos.

Segundo o autor, este é um trabalho de poda do analista, por que é ele que delimita as unidades de codificação; as de registro. Estas consoantes, o material ou código, pode ser a palavra, a frase, o minuto, o centímetro quadrado. Nós nos utilizamos das frases e palavras.

2.7 - Sobre a Organização da Análise

A autora define para este momento três pólos cronológicos:

- 1) Pré-análise é a fase da organização, que corresponde a períodos de intuições e que tem por objetivo tornarmos operacionais e sistematizar as idéias iniciais e seguidamente fazer operações de leituras exaustivas do material. A pré-análise é iniciada com uma leitura flutuante onde estabelecemos contato com o material transcrito que foi analisado e conhecido. Essa leitura nos direcionou a um entendimento mais exato, mais real, menos intuitivo e mais concreto em relação ao que havíamos perguntado. É o momento que nos deixamos invadir pelo texto.

Durante a leitura das 50 folhas transcritas realmente fomos invadidas pelo texto que continha de significado em cada palavra, em cada frase, ao ponto de sentirmos as mesmas as angústias dos enfermeiros; sentir o odor das feridas – como se o papel tivesse absorvida o odor dos clientes com câncer.

Essa pré-análise (BARDIN, p.122) é entendida como um momento exaustivo (exaustividade), um momento em que nada pode ser descartado. O texto passa por um crivo mais geral, embora o pesquisador já identificado por palavras ou frases.

- 2) Exploração do material é seguida à pré-análise, momento de volta ao texto para destacar conteúdos (frases) que respondiam às questões e objetivos do estudo.

Nesse momento usamos o marcador de texto, nas 50 folhas transcritas de um modo geral. Em seguida começamos a primeira organização; fomos classificando diferentes elementos.

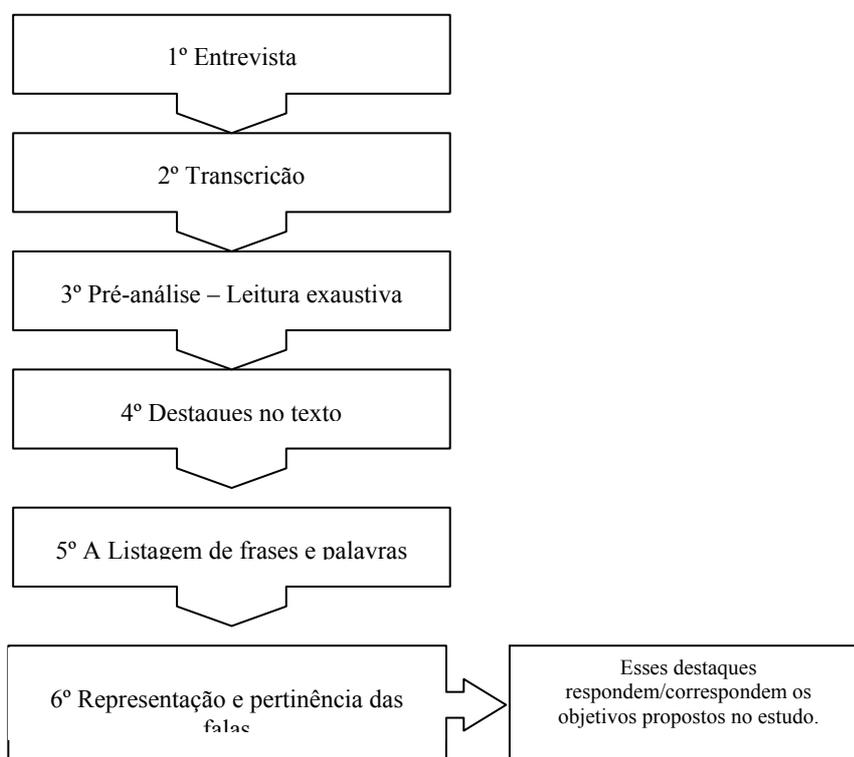
Como nos comprometemos de que discutiríamos as IMPLICAÇÕES dos achados, separamos o que era da ordem do afeto – psico-afetivo, histórico existencial e estrutural profissional. Uma técnica que consiste em classificar os diferentes elementos nesses níveis de implicação – nos quais trabalhamos nas considerações finais.

Dessa classificação surgiu a listagem de temas centrais como:

- Enfrentar
- Conviver
- Emocionar
- Comunicar

São conteúdos que representam (BARDIN, p.123) o universo das entrevistas, onde não víamos mais o que significava o impacto do olhar sobre o rosto desfigurado, mas tudo que representava esse olhar – o seu significado para os enfermeiros acerca do doente com câncer, dos sentimentos sobre elas e eles e dos cuidados que “tinham que fazer”.

Apresentamos, a seguir, a síntese do desenho da pesquisa:



Nesse momento, começamos a tomar decisões de como organizar o material. Novamente fizemos operações de corte e recorte para chegar à codificação, que foi fechada

em duas palavras constantes em todas as entrevistas: ENFRENTAR o rosto desfigurado e CONVIVER com os clientes quando cuidavam deles.

Em seguida destacamos o que significava ENFRENTAR e CONVIVER que chamamos de unidades de codificação que estão especificadas na CATEGORIZAÇÃO (6º momento), momento em que criamos duas caixas para organizar dentro delas as unidades de decodificação, uma era a caixa de enfrentar e a outra caixa, a de conviver. Feito isso optamos por uma única categoria de análise do estudo que chamamos de: ENFRENTAR e CONVIVER: os sentidos de OLHAR e TOCAR o corpo com câncer na cabeça e no pescoço, composta de duas unidades:

1ª ENFRENTAR como:

- a) aprender a pensar = refletir a experiência
- b) trabalhar, agir e criar = ter a experiência
- c) sentir pelo outro = viver o câncer
- d) sentir o cheiro = cheirar a ferida
- e) ser enfermeiro = ser sujeito do cuidado.

2ª CONVIVER como:

- a) enfrentar o difícil
- b) emocionar, incomodar e reagir
- c) sobreviver e descobrir
- d) cuidar

A seguir apresentamos a discussão e as implicações dos resultados.

CAPÍTULO III - OS RESULTADOS

3.1 - Discussão e implicação da categoria ENFRENTAR e CONVIVER: os sentidos de OLHAR e TOCAR o corpo com câncer na cabeça e no pescoço.

Antes, porém, da discussão sobre a categoria e suas unidades de decodificação apresentamos o quadro I que caracteriza os enfermeiros sobre o tempo de formação e o tempo no INCA cuidando destes clientes.

Quadro I – Os dados demográficos dos participantes da pesquisa foram dos enfermeiros lotados no Inca, com experiência no setor de cabeça e pescoço.

Depoentes	Tempo de Formação	Tempo no INCA (C.P.)
E1	22 anos	12 anos
E2	26 anos	13 anos
E3	5 anos	2 anos
E4	20 anos	12 anos
E5	19 anos	19 anos
E6	26 anos	16 anos
E7	30 anos	20 anos
E8	7 anos	7 anos
E9	14 anos	12 anos
E10	22 anos	10 anos
E11	22 anos	20 anos
E12	4 anos	3 anos
E13	20 anos	20 anos
E14	23anos	19 anos
E15	15anos	10 anos

É importante destacar que apenas 03 dos 15 enfermeiros (20%) do estudo têm pouco tempo de formação e de trabalho no INCA, enquanto que 13 das 15 participantes (80%) trabalham há mais de 10 anos. Podemos inferir que os dados produzidos trazem em seu conteúdo informações de profissionais com experiências longas de cuidar deles e por isso são capazes de indicar com segurança, que enfrentamentos e convivências são encarados por elas.

Esses são enfermeiros que devem interessar à Instituição de Saúde, principalmente àquelas que já trabalham há muitos anos, por que, provavelmente, as experiências vivenciadas e cotidianamente enfrentadas ao cuidar desse tipo de cliente podem contribuir para adoecimentos nem sempre previsíveis (pelas Instituições) porque os sintomas no corpo não são precocemente identificados e nem elas falam sobre esses sintomas.

Vale dizer que optamos por fazer uma discussão geral sobre a categoria e outra mais específica acerca das unidades de codificação.

De um modo geral, os enfermeiros olham para a ferida como se fosse uma “coisa” que se fixa no corpo e que tem sentido quando falam dos sentidos da VISÃO, do OLFATO e do TATO (toque), sempre referenciados como lembranças tão presentes em suas experiências de cuidar deles.

Eles mostram para nós que enfrentar e conviver depende de uma estética própria que elas criam no dia-a-dia do trabalho no Hospital (INCA).

Durante as entrevistas foi possível sentir como os enfermeiros se encontram nesse espaço de cuidar. Falam como se estivessem em um teatro de viver o horror de cuidar de “clientes” que lhes afligem a alma, o físico, a prática e de como é voltar para casa, pedir ajuda e rezar - quando o corpo que cuida não tem face, não tem olho, não tem boca, não fala, simplesmente está ali para ser cuidado, esperando o cuidado. O seu odor impregna o ambiente se misturando com antibióticos, água oxigenada, água sanitária e as secreções infectadas.

Buscando metaforizar a prática da enfermagem que envolve o SUJEITO, o profissional que cuida, utilizaremos a idéia do LABIRINTO (local onde se acham e se perdem na busca de saídas/estratégias para enfrentar o cotidiano) e o mitológico MINOTAURO (o monstro que pode estar fora ou dentro de nós). Para DELEUZE (1997), o minotauro é o guardião do sujeito que é cuidado e perseguidor dos que cuidam. Nesse labirinto estamos, constantemente, em busca de saídas. A cada curva é possível encontrar obstáculos tal como, por exemplo, cuidar de quem não queremos por não estarmos preparados para cuidar. Isso provoca saídas para a própria sobrevivência que exigem a procura de novos caminhos. Esses novos trajetos implicam em derrubar os muros sem saídas dos labirintos para enfrentar os nossos minotauros internos, ou seja, nossas limitações em lidar com o feio e com o que cheira mal. Esse enfrentamento envolve também nossas incompetências de comunicação, nossas fragilidades humanas, nosso físico e nossa mente e nossos medos que nos impedem de reagir/fugir (SILVEIRA e GUALDA, 2003).

No labirinto, as enfermeiras e os enfermeiros que cuidam de clientes desfigurados enfrentam o Minotauro externo, aparentemente possível de ser enfrentado. Os profissionais, no entanto, são vencidos pelos SENTIDOS da visão e do olfato – novos Minotauros internos que precisam evadir-se de nós. Minotauros que devem ser colocados em debate científico, econômico, político, filosófico e também antropológico, por que somos formados de histórias acumuladas pela cultura dos nossos ancestrais (op. cit.).

Enfermeiros como “Fantasmas da Ópera”¹ que circulam no teatro do câncer, labirinto onde tentam encontrar as melhores formas de fazer os curativos para esconder a face desfigurada e assim lhes dar vida, para que possam circular diante dos outros. Falam de experiências perturbadoras, de uma cultura que se instala como natural porque elas não têm saída. “Estão ali para cuidar” (E₅). É uma arte “utópica” que nasce do horror, do feio, do mal cheiroso para se tornar uma ferida “limpinha e sem cheiro” como elas dizem. Uma ação que é da “terapia da alma” porque o corpo transfigurado não retorna mais ao que era. Ele é horroroso e mal cheiroso, mas é de alguém que vive e que precisa continuar a viver. Na dependência de manter esse corpo no “fluxo da vida” como afirmam alguns trabalhos (MACHADO, 2006 PORTO, 2006 TONINI, 1995). Os enfermeiros são obrigados ou se obrigam a cuidar desses clientes que se tornam o maior desafio para sua “arte de cuidar” que acontece em um ritual sagrado porque é em nome da vida e da ajuda de estar com o outro.

Nesse “teatro” - para cuidar do seu fantasma – cliente cujo corpo se esconde através de uma “máscara-curativo”, os enfermeiros engendram sua arte tal como a de um artista que chora e sofre com a obra de Deus, pois o corpo agora desfigurado merece ser restaurado (NITHINGALE, 1989).

A ferida do câncer permanece aberta, em um corpo que a enfermeiro quer restaurar que imprime no cuidado uma imagem e que nos convida a um percurso arriscado de pensar um cuidado – arte - possível pelos obscuros caminhos de fazer esse cuidado sob o presságio do impossível, incerto pela violência que o câncer faz com o cliente. (CARVALHO, 2003, p. 38-39).

Ao se colocar desse modo elas indicam diversos movimentos (fluxos) que fazem para cuidar, criando para si corpos de heroína ou como diz ARTAUD (2006), em seu livro *Linguagem e Vida*: “se tornam um xamã a fazer uma viagem espiritual por todos nós (...) Enquanto ele fala de atores e do Teatro, para frasearmos sua fala para afirmar que o corpo (do ator) do enfermeiro é um fluxo incandescente de energia, inteligência e sensibilidade que é incendiado quando vive momentos difíceis. Esse incendiar “é a necessidade de sair do inferno” (situações vividas e não esperadas que envolvem dor e sofrimento). ARTAUD (idem) nos fala da comunicação como uma tentativa exasperadora de auto-expressão, tão comum nos corpos que sofrem. Para nós o corpo-ferida é a própria expressão de uma doença que invade o corpo do outro para “nunca” mais sair.

O filme *O fantasma da Ópera*, de Joel Schumacher e Andrew Lloyd Webber, retrata a história de um homem rejeitado pela sociedade. Devido a sua indignação por ser desfigurado, sua rotina é aterroriza os atores que passam pelo teatro onde ele vive.

Diante das informações dos enfermeiros nos deparamos com uma realidade não esperada: quando elas falam de enfrentar e conviver com estes doentes, elas não reclamam e nem indicam que estão sofrendo. Elas, apenas, querem indicar uma linguagem que dê conta do que é cuidar dos clientes com câncer na cabeça e no pescoço; linguagem diferente e difícil de ser construída, mas que possível de ousadas e arriscadas afirmações, como as embutidas no discurso que estamos tentando fazer.

Os enfermeiros entrevistados nos desafiaram a encontrar uma linguagem para os dados produzidos, que para nós deve seguir uma ESTÉTICA – POÉTICA para dar conta do que chamamos de uma “arte de cuidar” diferenciada da arte moderna porque envolve o feio, repugnante, o mal cheiroso. É uma arte onde o que as move é a beleza da vida, o cheiro da vida e o compromisso assumido na profissão escolhida “... tem que fazer como se fosse eu que estivesse ali... (!)”.

Uma arte que deve nascer do desejo e do prazer de criar algo - um curativo bem feito e bonito - que cria uma imagem menos agressiva aos olhares dos outros que transitam nas enfermarias, nos corredores e elevadores do INCA.

Não falamos de uma arte que produz alegria e liberdade, arte boa de admirar, de encantar o outro, mas de uma arte de enfrentar impasses, de identificar implicações para que seja possível compreender e ajudar clientes e enfermeiros a se manter no “teatro do terror”.

Para nós, a arte de construir um discurso que dê conta do que falam os enfermeiros é um desafio porque precisamos também enfrentar o odor e o estranho que se fixam nestas páginas cheias de enfermeiros em permanente busca de saídas para não fugir e melhor cuidar, ficando ao lado dos clientes.

Quanto a nós podemos afirmar que é um texto construído na solidão de leituras e releituras dos dados produzidos a partir do texto bruto das falas dos enfermeiros que nos chocaram pela realidade contida, foi possível imaginar uma enfermaria (teatro do câncer) como o espaço “encarcerador” de enfermeiros e clientes que circulam como fantasmas em busca de cuidados para elas e para eles.

Impossível não sentir, mentalmente, o cheiro do câncer nas falas dos enfermeiros, cheiro que impregna seu corpo e sua roupa como um fato comum e corriqueiro, que só é descoberto quando ela chega do trabalho. Descobre-se exalando em seu corpo o odor do câncer do cliente, quando o marido sente esse odor, logo que ela entra em casa.

Impossível não reconhecer em suas falas os diversos sentimentos que surgem nesse “insano cuidar” da vida e do viver do outro que atravessa sua própria vida, impedindo-as de recusar este tipo de trabalho e por isso adoecem mesmo que procurem ser saudáveis.

Escondidos neste labirinto físico que é o espaço de cuidar, nossos olhos e nossa visão precisam ser identificados para poder cuidar o melhor possível, pois também somos produtores de bens-cuidados e só fazemos bem o que devemos fazer se estivermos saudáveis, o que implica dizer: devemos, portanto, ser o centro de atenção das instituições de saúde.

A situação do profissional pode ser resumida da seguinte forma: ele é o corpo-máquina biológico-mental que circula no labirinto – o mundo do cuidado. Ali, ele desempenha seus papéis de cuidar. Ao transitar no labirinto, o enfermeiro convive com emoções, sentimentos e tecnologias que agem sobre ele. Essas impressões fazem com que se perca em um mundo de trabalho onde é escravizado/desumanizado pelas condições de trabalho, desempenhando o que ninguém quer fazer.

Apesar dessa escravidão, os enfermeiros dizem se sentirem desafiados a permanecerem cuidando tal como os restauradores. Desse modo, realizam sua obra de cuidar quando buscam uma melhor forma de fazer o curativo, de retirar o odor do ambiente e, assim, se esquecem delas mesmas porque estão envolvidas na busca de um projeto estético para cobrir o que não é bom de ver no rosto do outro.

Olhar, cheirar, tocar o corpo do outro que tem câncer se apresentam para elas como “violência velada” contra elas mesmas, uma vez que se pudessem decidir não estariam ali. Para ARTAUD (idem), isso é uma violência sensorial, explicitada como o mesmo que recorrer no passado à imagem da peste (...). A violência sensorial pode ser uma violência física exemplificado por esse autor como uma “blitz da polícia”, ou “às operações realizadas por um cirurgião dentista...”

Assim essa “violência sensorial” provocada por olhar a cabeça desfigurada pelo câncer é a concretização de uma cena verdadeira que tangencia o real, ARTAUD (idem) sugere que devemos tentar reproduzir uma realidade virtual para em última instância, produzir uma ilusão de realidade que sustente a realidade da própria cena. Nesse palco cruel os acessórios, os objetos e cenários (de cuidar) devem ser utilizados em sentido imediato e tomados pelo que realmente diz o autor. Parece ser um modo de enfrentar imediata ao olhar para o corpo desfigurado, sem subterfúgios, sem encenações.

Quando os enfermeiros falam do que convivem e de como são capazes de enfrentar elas não aliviam a dor que sentem, mas tentam olhar para suas experiências como realmente

são “não dá para fugir” (E₁₄). Penso num acontecimento que se multiplica em cada cliente que cuida, como uma obra única a ser feita, uma exigência absurda de si mesma para que ele volte à vida quando dizem “chegar em casa mais morta do que viva”, que sonham com eles, com o absurdo e com o terror que é o câncer.

Após essa discussão geral, abordaremos questões mais específicas dessas categorias: sobre o enfrentamento e a convivência para cuidar de clientes com câncer na cabeça e no pescoço.

- UNIDADE de DECODIFICAÇÃO I – ENFRENTAR

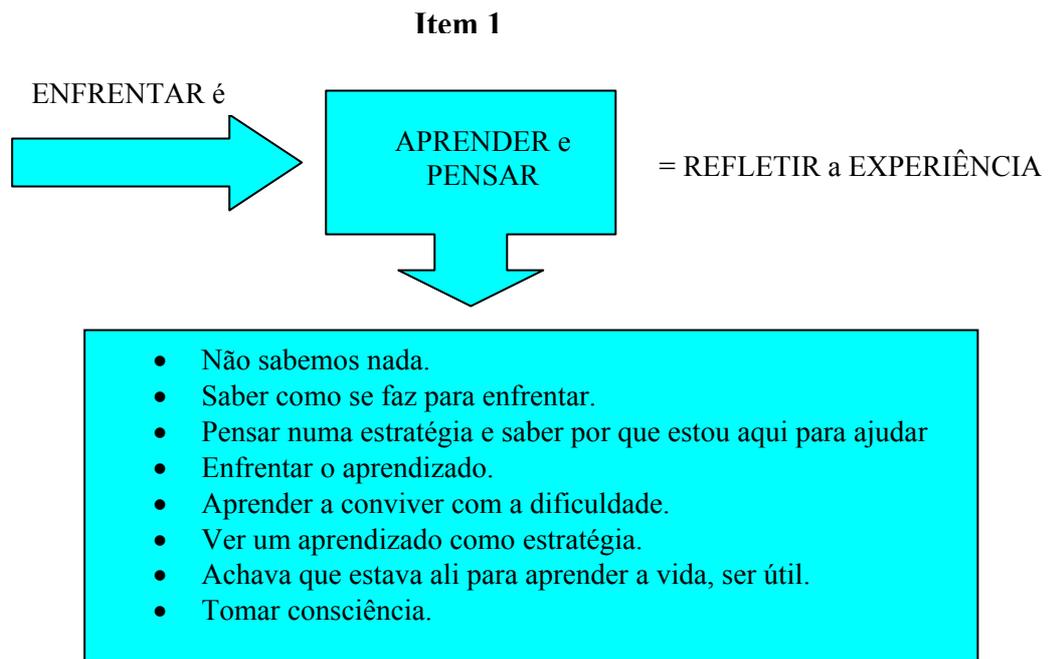
Antes de iniciar a discussão apresentamos os dados qualitativos retirados do texto bruto produzido pelos enfermeiros sobre o que é ENFRENTAR o câncer na cabeça e no pescoço quando cuidam a partir da listagem de temas:

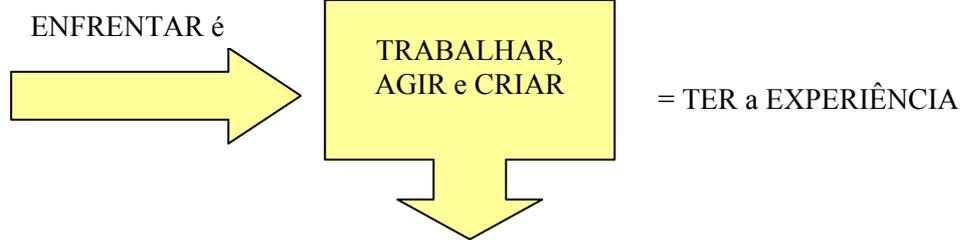
1. Não sabemos nada.
2. Precisamos saber como se faz para enfrentar.
3. É um estudo relevante para nós da enfermagem.
4. Importante para a categoria de enfermagem
5. A estratégia é pensar que eu estou aqui para fazer alguma coisa (a aceitação).
6. Preciso aprender como é conviver como essa vida, com essa dificuldade por que é difícil. Com eles podem viver assim?
7. Uma espinha no rosto eu já acho feia.
8. Já imaginou alguém que não tem olho? Não tem boca, não tem orelha, que fala babando, que não fala?
9. Não tem como camuflar, não tem como camuflar, você não pode fazer nada (impotência).
10. Elas vivem assim e você reclama de quê? Você não pode reclamar de nada.
11. Isso (enfrentar) é um aprendizado, como estratégia.
12. “Eu inventava. Cara, usei toda a minha criatividade para inventar formas de minimizar o problema de outros, passei, pintei os canecos”.
13. Profissional de saúde tinha o dever de se envolver e se comprometer e me revolta, quando muitos não se comprometem.

14. Já trabalhei muito e fazia um samba lêlê, atendia a todos, volume absurdo de curativos, banhos naqueles com feridas expostas.
15. Aqueles pós-operatórios, curativos encharcados escorrendo coisas horríveis, metia o braço com um auxiliar e fazia todos os curativos.
16. Ficava pensando meu Deus! Se fosse eu, naquela fila do lado de fora... (...).
17. Virou um buracão, fazia o curativo bem feitinho, capricho, limpinho.
18. No fim do dia estava morta.
19. Vi muitas coisas ruins.
20. O cheiro incomodava muito, trabalhei para eliminar a fila, ninguém gostava de ir para a cabeça e pescoço.
21. Alguém veio e mudou a rotina, o cheiro voltou, depois de tanto, de tanto trabalho.
22. Muita gente com tumor, já pensou? Mistura de remédio com água oxigenada, tumor, infecção.
23. Ferida com complicação cheira à distância.
24. A ferida fixa no meu corpo e meu marido reclamava do cheiro de minha roupa, eu lavava diariamente e era cheirosa.
25. Batalhamos muito para tirar o cheiro do lugar, jogar água sanitária.
26. Não adiantava limpar, o cheiro estava em cima, eu fechei todas as lixeiras, mas mudaram, agora estão todas destampadas, eles vão cuspiendo.
27. Hoje, em suma, achei que podia mudar.
28. Achava que estava ali para aprender a vida, ser útil, que tinha servido (reflexão): a tomada de consciência.
29. Sonhava que eles queriam falar comigo (o delírio) ficava horrorizada quando constatava que eles realmente queriam (transcendência).
30. Estava sendo afetada, mas é com o doente que eu me sinto útil, não sei se é pela questão de estética.
31. Rezei muito (a religião, acho que Deus quer que a gente aprenda alguma coisa, vamos orar (rezamos juntos- meu Deus), não sei o quê dizer.
32. Pedir ajuda para eu sair do pânico acabava comprometendo a espiritualidade, todos horrorizados chorando em cima do paciente por

que estava desfigurado e nunca mais voltará a ser o que era, como todo mundo fazia corrente de oração e choravam longe dele.
33. Cansei de orar e de chorar.

A seguir apresentamos os 5 (cinco) itens que objetivam o que é enfrentar.



Item 2

- Inventava coisas.
- Usei toda a minha criatividade
- Inventei formas de minimizar os problemas.
- Pinte os canecos
- Trabalhei muito, fazia um samba lelê.
- Volume absurdo de curativos para fazer.
- Banhos com feridas expostas.
- Pós - operatório.
- Curativos encharcados, escorrendo coisas horríveis
- Virava furacão
- Fazia curativo bem feitinho.
- Trabalhei para eliminar as filas.

Item 3

- Uma espinha no meu rosto já acho feia.
- Já imaginou alguém que não tem olho não tem boca?
- Alguém que fala babando ou não fala?
- Não tem como camuflar.
- Não tem como fazer nada (impotência).
- Eles vivem assim, reclamar de que?
- Você não pode reclamar.
- Vi muitas faces ruins.

Item 4



- O cheiro incomodava muito.
- Resolvemos o problema do cheiro, mas alguém veio, modificou a rotina e o cheiro voltou.
- Depois de tanto trabalho para tirar o cheiro.
- O cheiro incomoda muito.
- É muita gente com tumor.
- Mistura de remédio com água oxigenada, tumor e infecção
- Ferida com complicação cheira à distância.
- A ferida fixa o corpo a ponto do meu marido reclamar do cheiro.
- Não adianta limpar, o cheiro está em cima, eles vão cuspidando nas lixeiras destampadas.

Item 5



- Pensava em Deus se fosse eu.
- Naquela fila toda lá fora.
- No fim do dia estava morta.
- Hoje achei que podia mudar.
- Achei que estava ali para mudar.
- Sonhava que eles queriam falar comigo e eles realmente queriam o que me deixava aterrorizada.
- Me sentia afetada, mesmo sabendo que sou útil.
- Rezei muito, Deus quer que a gente aprenda alguma coisa.
- Vamos orar, não sei o quê dizer.
- Pedir ajuda para sair do pânico.
- Muito choro, cansei de chorar.
- Cansei de orar.

Essas 05 (cinco) unidades de codificação são ricas em questões e reflexões acerca das experiências de cuidar dos enfermeiros.

Um cuidado que diz respeito ao encontro de pessoas que cuidam – enfermeiros “aparentemente” sadios e de boa aparência e daqueles que são cuidados por eles que por força da doença-câncer tem aparência difícil de ser enfrentada, pois se trata de cabeças desfiguradas, sem olho, sem boca, sem nariz e sem queixo. Ou seja, um rosto que é apenas um “buraco” que precisa de cuidados: tampar e proteger para descartar a curiosidade e o assédio dos outros – os normais, que também se chocam diante deles.

Olhar para esse corpo é se impactar, assustar, emocionar com os sentimentos que trazem à tona um discurso submerso de uma interação como necessária que exige cumplicidade e empatia tão exigidas quando tudo parece normal. Isso nos impele perguntar: Como criar empatia com aquele que me assusta? Como criar uma relação de afeto, se o sujeito do afeto me choca pelo seu cheiro e pela sua aparência?

Estas questões nos reportam à Damásio (1996, p.45) quando nos fala que os rostos são infinitamente diversos e individualmente distinguíveis devido às pequenas diferenças anatômicas (as diferenças pelo câncer) [...] e, que em certas circunstâncias (op. cit., p.77), “é sabido que as emoções perturbem o raciocínio, o que exige manter a cabeça – fria o que significa dizer manter as emoções afastadas”...; como se fosse possível diante de um rosto desfigurado!

Mesmo que os enfermeiros conheçam as doenças e suas conseqüências, elas passam pelo mesmo processo que um leigo. A decisão de enfrentar o câncer nem sempre é uma escolha pessoal, mas um compromisso profissional e os enfermeiros são colocados nesse ambiente social, onde precisam ter um amplo conhecimento do ser humano, de generalidade de raciocínio que operem sobre o que sabem acerca de seus clientes com câncer.

Segundo Damásio (p.109):

O conhecimento geral inclui fatos sobre objetos (os sujeitos do cuidado), as pessoas e situações do mundo externo, mas como às decisões pessoais e sociais se encontram inextricavelmente ligadas à sobrevivência, (de enfrentar a ferida, de trabalhar), esse conhecimento inclui também fatos e mecanismos relacionados com a regulação do organismo com um todo.

Enfrentar e fugir, mesmo que reajam mal quando olham para o cliente, lhes traz a certeza de que seu corpo – o do outro desfigurado os atravessam e os fazem sentir que podem ser ele, provocando uma construção reativa e produzindo efeitos de impacto neles, e conseqüentemente deixa de ser um cuidado simples para tornar-se tão complexo como é a relação humana.

Reagir faz parte do mecanismo de defesa do ser humano. A reação floresce durante o seu relacionamento com o outro e assume diversas dimensões. Entre elas, destaca-se o amor, ódio, amizade, sexualidade, altruísmo, rivalidade, fuga, medo, recusa, nojo, incômodo. Logo as várias reações podem se traduzir em diferentes e diversos sentidos e significados, tudo depende de como cada corpo reage.

A relação da enfermagem com o outro envolve olhar, tocar, sentir odores desagradáveis ou não, produz sensações que potencializam o imaginário e deflagram reações sobre as quais não temos controle. O cuidador é quem define o estilo e o comportamento de seu cuidar. Ele é quem deve suportar o impacto causado a partir da palavra “desfigurado”. Sua maneira de ver, no entanto, é apenas um ponto de vista.

Quando cuidam desse corpo, dizem que precisa de algo mais do que a linguagem usada como forma de comunicação: eles tocam no corpo, olham para o corpo, sentem o seu odor e nem sempre se sentem bem fazendo isso.

O câncer é o signo, a ferida, que se mostra, é o significante e a reação delas (as enfermeiras) é o significado que desencadeia nelas gestos de rejeição ao corpo que cuidam, “ainda que inconscientes”.

Essa rejeição “inconsciente” ocorre não porque querem rejeitar racionalmente, mas por que, emocionalmente, não estejam preparados. A acomodação da imagem desfigurada – ausência de pedaços do rosto – se fixa em suas retinas e as incomodam. Eles vacilam diante de seu doente como se uma força maior tomasse conta deles, fazendo seu corpo desanimar. Neste momento eles também se desfiguram diante do cliente que cuidam e expressam o que aparentemente não querem.

O impacto os colocam em rota de colisão com eles mesmo e com as normas /princípios que norteiam a sua prática profissional, quando devem fazer o que tem que ser feito rotineiramente quando assumem o plantão.

No meio de tudo isto, eles encontram novas energias – energias no meio do susto, da solidariedade dos colegas que os amparam quando eles vacilam e os obrigam a se transformar, encontrar uma nova energia para enfrentar a ferida. Em relação a isso, Gil (1997) diz que a transformação da energia opera-se pelo sofrimento e, no momento em que se dá a reviravolta, todo o corpo se torna presente a si próprio na presença revelada do sentido: como compreender diferentemente esta temível imagem de um corpo, que decifra a escrita com suas feridas? Esta revelação, no entanto, não é somente ou sobre o individual. A presença se faz por uma marca, um signo apenas: um brilho, um sorriso, uma expressão de felicidade ou uma

expressão de dor. Esse impacto também tem sua origem na subjetividade que expulsa para fora do corpo seus sentimentos, suas emoções, pensamentos que se ampliam diante do outro, como mediação “indicações” corporais.

Já dissemos aqui que a exteriorização das nossas reações durante o cuidar vão além da nossa consciência. A exteriorização envolve o corpo físico/mental que, por sua vez, responde a estímulos vindos da interação com o outro de várias formas. Essa interação ocorre mesmo quando nem ao menos uma palavra é pronunciada.

Os enfermeiros falam do imprevisível ao retirar o curativo de um rosto que não conhece e “pular de susto”, um pulo que faz os outros rirem dela e de sua aflição.

Há nessas cenas, sugestões e modos de como são seus enfrentamentos e convivências que por si só nos mostram uma linguagem muito particular no cuidado veiculado no teatro do cuidado. Artaud (idem), em relação à linguagem teatral, diz:

Quando fala na estrutura da linguagem da ciência. É interessante destacar o núcleo básico do qual gira essa reflexão: a especificidade da linguagem do teatro (aqui na linguagem da ferida). Estão ligadas a essa investigação as referências, tão frequentes nos seus projetos, a impossibilidade de descrever o teatro, relacionado ao seu caráter próprio. [...] Descrever uma encenação de maneira verbal ou gráfica é o mesmo que tentar fazer um esboço, por exemplo, de certo tipo de dor, o esboço de uma reação (o esboço de uma cena de cuidar).

Artaud (idem), ao falar de teatro, fala de espaço como ponto de partida para a criação de sua linguagem, feita de gestos, atitudes, expressões, mímicas e som “signos ativos” destinados a compor no palco “discursos líricos”; diríamos cuidados - arte.

A idéia de descrever esta dissertação a partir de uma estética de conviver e enfrentar o “HORROR” e a “COISA” - o câncer pode trazer à tona um lirismo que dói, uma poética que tentamos ensaiar para falar. Assim é possível evidenciar - trazer, fazer, aparecer, tirar do esconderijo o “fantasma de opera” - os enfermeiros e seus pacientes; não para se apiedar delas e deles, mas para destacá-los, construir novas imagens para seus cuidados, a partir do que mais lhe é doído e do que melhor enfrentam quando dizem “estou aqui para cuidar, para fazer o melhor”; “para que reclamar?”, “como suportaria se estivesse no lugar deles?”.

Novamente ao pensar na emergência das falas desses profissionais, pensamos no que Artaud chama de “Atletismo do afeto” quando define o trabalho do intérprete (intérpretes do cuidado).

Esse atletismo diz respeito à procura da imanência do gesto, posto no nível elementar de sua produção – pode-se dizer realista que deve ser transgredido pela composição de uma linguagem não imitativa ou convencional. O gesto do ator não pode submeter-se a nenhuma

ordem descritiva preestabelecida, mas ao contrário, compor uma linguagem inaugural, espécie de hieróglifo para ser decifrado pelo espectador, marcar o cuidado no corpo que as assusta por sua aparência desfigurada, anormal – que choca quem olha para ele.

Pensar o ser humano à luz de seus sistemas e suas doenças é seguramente uma atitude reflexiva para o cuidador. Doenças que nos causam horror por que nos defrontamos com a exterioridade do corpo físico. Em geral, as doenças estão escondidas atrás da pele, que nos protege do impacto que nossa visão recebe quando se depara com o cliente desfigurado. De acordo com Moreira (1997), o câncer sempre provocou e ainda provoca medo, tensão e horror. Sobre o tema, Buber (1974) destaca duas atitudes do homem: atender o apelo do ser, do revelar-se como humano, em face à sua doação; ou atender a outro apelo que é essencialmente de aceitação ou de recusa. Como seres humanos, essas duas atitudes, presentes na prática, podem comprometer o cuidado integrado que almejamos.

É à luz dessas premissas, que os enfermeiros passam a criar estratégias para desenvolver suas funções sem demonstrar tanto espanto diante das deformações dos clientes. Para enfrentar essas dificuldades, eles conversam informalmente com outros colegas sobre o primeiro impacto no trato com clientes desfigurados. Descobrimos que suas reações eram bem parecidas entre eles. A partir dessa troca de experiências, eles passam a buscar estratégias para a assistência. Os enfermeiros passam então a se introduzir na experiência de seus clientes para melhor poder ajudá-los. A palavra de ordem é: “cuidar sem olhar e sem sentir odor”.

Segundo Buber (1974, p 40) “a palavra [eu que falo] é portadora de sentido [como o corpo também é] de ser. É através dela que o homem se introduz na existência. Não é o homem que conduz a palavra, mas é ela que o mantém no ser”. A sua existência sobre a força da palavra ou através dela é o caminho da introdução do homem na existência. A palavra é o princípio do diálogo, de nossas intenções durante nossas interações para e com aqueles que cuidamos. Ao cuidar, podemos ter dificuldades para lidar com a aparência do corpo do doente e pelo quanto pode nos afetar. Sem querer, podemos expressar que nos sentimos mal diante de sua doença, de sua aparência.

É inerente ao ser humano apresentar reações a qualquer situação boa, ruim, perigosa ou prazerosa. Durante a interação com o outro, os nossos sentidos contribuem na elaboração de uma reação. Essas reações, muitas das vezes, são inconscientes ou inibidas por nós. Tais reações podem trazer conseqüências prejudiciais ao corpo de quem cuida, uma vez que o processo de interação é feito através de trocas emocionais, de energias e de sentimentos.

Enfim, sentidos são subjetivos e singulares em cada pessoa. Vários significados surgem da interação do enfermeiro e clientes podendo ser de ordem social, cultural e psicológica.

As falas dos enfermeiros estão cheias de gestos e signos. Não queremos falar do que se fala com frequência do “sofrimento do enfermeiro”, mas de como essa experiência oferece novas possibilidades para o bem e para a manutenção da vida. Parece que essa é a exigência que nos aponta o estudo; a busca para encontrar no gesto (de sentimento de horror de tocar, de ver, de sentir odor) o que Artaud (idem) chama de “mímica não corrompida”, com qualidade musical e poder rítmico. No desenho desse gesto podem contar-se inclusive jogos fisionômicos de “matemática minúcia” bastante distintos do realismo (...), para conseguir elaborar essa linguagem o ator deve ser treinado como um atleta do coração, capaz de mostrar, através do corpo, a base orgânica das emoções e a materialidade das idéias (...), total entrega- física e espiritual- ao instante de criação é condição imprescindível para que o ator realize no teatro essa ação orgânica essencial, formando seu desempenho como um ato verdadeiro, dominado pelo gesto absoluto que está na origem de toda a linguagem humana.

Os enfermeiros constroem uma linguagem para cuidar desses clientes, cheia de gestos, de movimento, de cheiro e de lembranças, em que as palavras enfrentar, dever, consciência e ambiente, os colocam num cenário relacionado aos desafios que os eles têm de VER/OLHAR/SENTIR – olfato e TOCAR o corpo desfigurado. Se deparar com a desfiguração em seu cotidiano, eles se vêem como alguém que permanece/precisa ser capaz de resolver seus problemas e os de seus clientes. Sofrer com eles ou por eles aparece como algo que é dado como natural, restando apenas enfrentar. Ao nos indicar que estratégias usam para enfrentar a situação e minimizar o sofrimento a depoente E₁ afirma:

Tem dias que eu não posso estou fora do cuidado direto o que é um luxo. Não passo por onde eles estão para não me chocar. Tem dias que eu não vou ali, vou por outro setor. Tem dias que realmente fujo. Tem quem cuide porque devo estar ali? Eu estou na supervisão! Vocês é que tem que fazer e não eu. Se não tem quem faça isso, o jeito é enfrentar o odor, o paciente. É só (chega!).

Sentiu DOR como se eles fossem “marginalizados”. Assim nos parece que enfrentar também é fugir, é se dar ao direito e ao luxo de não ver, não tocar nele. A supervisão pode ser uma das saídas de um labirinto repleto de clientes desfigurados, Como a aparência deles, inevitavelmente impregna o corpo do cuidador, a “fuga” possível seria não passar por onde os clientes estão, estar longe do cuidado direto ou “fechar” os olhos e fazer o trabalho que cabe fazer. Mas sem olhar, como nos orientar diante do cliente que precisa de nós? Provavelmente,

ele também tem dificuldade de olhar a si próprio. O cuidador acaba funcionando como um espelho e o que vê uma parte do todo - pode ser resultado de uma impressão impactante. O primeiro contato é a cena inicial de uma grande caçada ao minotauro externo que acontece dentro do labirinto. O segundo ocorre quando nos encontramos e nos olhamos na segunda cena, que é a do cuidado, contendo os dois minotauros (externos e internos).

Os enfermeiros parecem estar na busca de outra identidade, de outra possibilidade que é suportar por causa do outro, pelo outro, como se buscassem, em seus íntimos, uma “potência” para resistir, criar, um modo de operar neles mesmos uma outra feição para enfrentar o que lhe é exterior, o tumor que lhe causa horror, que a faz rezar, que imprime o cheiro do câncer em sua roupa, uniforme e pele. Quando dizemos outra identidade não é do enfermeiro que sofre, mas daquele que busca em sua força interior algo que dê sentido ao seu cuidado, do seu cotidiano quando inventa motivo, quando tenta tirar o cheiro do ambiente.

Deleuze talvez explique o que dizem e expressam os enfermeiros, quando aborda os “aforismos nietzscheanos” e suas categorias sobre o que pode o corpo (apud LINS e GADELHA, 2002, p. 40):

1. operar por decodificações absoluta (e não pela redecodificação, pela família, pelo estado, pelo mercado, pelos instrumentos de contrato), isto é “fazer passar algo que não seja codificável – confundir todos os códigos”. O que está em jogo, aí, é a tentativa de inventar e compartilhar com o outro, em um movimento de deriva e de desterritorialização, relações singulares que fujam dos cânceres, da lei, do contrato, da instituição.

Isto é, os enfermeiros em suas estratégias de enfrentamentos não falam em desistirem, os seus movimentos são para inventar um cuidado mais cuidadoso, mudar o cheiro e criar novos territórios para sentir outros odores, não mais os dos cânceres.

Deleuze (1997) nos motiva a pensar esses corpos que enfrentam a ferida – os corpos dos enfermeiros quando diz:

(...) que ao invés de agir, pensar e escrever, operar, passando, por interioridades e mediações da alma/consciência/do conceito essência a do dever/imperativo moral, de tal modo a concentrar a ação, o pensamento e a escrita que é imediatamente com o exterior, ao fazer (op. cit.).

Assim os enfermeiros criam estratégias de enfrentamento não só para aceitar o corpo que também cheira à ferida, mas para enfrentar o ambiente e seu próprio corpo impregnado pelo odor.

As falas dos enfermeiros são códigos de experiências vividas que se misturam com outros códigos, os das leis, por exemplo, quando tentaram criar normas para eliminar o odor, que Deleuze (idem), chama de código de contrato ou da instituição. Eles criam novos fluxos

dentro da Instituição, dentro da enfermaria que as tornem capazes de cuidar sem desespero, sem medo, sem fuga, mas para além do que lhe é exterior.

Esse estado de estar enfrentando o corpo com ferida é entendido por Deleuze (op. cit.) como estado vivido como um corpo com ferida, não é subjetivo ou imposto, é do indivíduo. É o fluxo e o corte do fluxo uma vez que cada intensidade está ligada à outra intensidade de tal maneira que algo passe. Isso é o que está sob os códigos, o que lhes escapa e o que eles querem traduzir, converter, fazer valer. Do como vivemos a necessidade de colocar a angústia, a solidão, a culpabilidade, o drama da comunicação, todo o trágico da interioridade determinará a maneira como nos posicionaremos no espaço-tempo agonístico. Para isso, há com duas forças distintas: a primeira refere-se às máquinas sedentárias que funcionam na base de captura de decodificação, da integração e da interiorização; a segunda força diz respeito a uma máquina nômade que funciona fazendo fugir/vazar/passar fluxos por decodificações e invenções. Os enfermeiros falam de uma subjetividade que não é muito clara ao olho da racionalidade que privilegia a ferida, a doença como a situação principal e não para o corpo que a acolhe. Não há espaço para o corpo que deseja e se perde em esperanças (im) possíveis, até por que não faz parte dele pensar o possível ou de retornar ao que era antes do rosto desfigurado.

Vale dizer que esses são os enfermeiros, máquinas-biológicas-desejantes, que mesmo se chocando com o que vêem, mesmo no trágico de cuidar do câncer na cabeça e no pescoço, eles precisam se desdobrar para continuar no mesmo cenário anos a fio. É bom lembrar ainda que ao longo de toda sua trajetória eles trabalham num único espaço de expressão – o corpo mínimo – tal como a supervisora que se deixa ficar e deseja fugir ao mesmo tempo.

Ao descrever as estratégias que criam para sobreviver/se adaptar/encarar sua prática de cuidar de clientes desfigurados, e, provavelmente também se desfigura como pessoas, os enfermeiros compartilham conosco suas vivências e enfrentamentos e se desterritorizam. Ou seja, saem do teatro do câncer, nos atravessam com suas falas e contribuem com a reflexão nos espaços acadêmicos. Criam relações singulares porque descobre no pesquisador alguém que se interessa pelo que fazem e por onde estão fazendo a arte de enfermagem.

Os enfermeiros não fogem dessa realidade cruel para os clientes e para eles, não são indiferentes/frios, como costumamos identificar em falas ou discursos fruto do narcisismo tão comum em profissionais que se entendem “expert” ou sábios, trancado em espaços que pertencem a gangs/tribos/guetos de saúde. As informações que os enfermeiros nos trazem contem uma simplicidade complexa.

Eles trazem seus movimentos interiores da experiência de cuidar para o exterior que somos nós – movimento de humores, de odores, de dores, de desejos de fugir e acabam dando uma intensidade ao que fazem quando consegue superar o que é olhar, o que é sentir, o que é tocar.

Nesse movimento elas jogam e jogam tudo, apostam e ficam vulneráveis, ora estão em alta (felicidade, satisfeitas por cumprir seu dever com competência e compaixão), ora em baixa (impotentes vencidas pela doença do outro, vontade de fugir ou passar bem distante de onde eles estão). Fracas se deixam minar pelo desânimo quando todo um trabalho de tirar o odor da enfermaria, de tampar a lata de lixo como foco do odor irradiado é desconstruído ou não reconhecido; fortes quando alcançam objetivo, respeitos dos colegas e reconhecimento dos clientes. Na verdade esses enfermeiros são umas “máquinas de guerra”. Nômades em seus próprios espaços de cuidar são máquinas de reconstrução e de possibilidades. Nessa reconstrução, eles têm atitudes, fazem agenciamentos, são capazes de emitir algo do fundo do poço, do buraco negro que vampiriza a sua e a nossa vitalidade, imaginação criadora, potência de diferenciação complexa, capacidade de instruir novas sociabilidades, uma comunidade, um povo [...] (DELEUZE e GUATTARI, 1997).

Os dados produzidos na subcategoria I e em suas unidades de análise, dizem respeito a uma estética de enfrentamento quando os enfermeiros cuidam, mostram uma estética que é de corpos impregnados pelo odor, corpos assustados, corpos que não dormem e sonham com os que trataram durante o dia, corpos horrorizados. Mesmo assim elas criam uma poética para o seu modo de enfrentar: não há sofrimentos, não há queixas, não há culpas, não há desistências. Elas se encarregam do próprio desafio que é fazer o melhor, de construir “curativos delicados” que esconde o que os outros não querem ver e proteger o cliente de sua própria dor – de ter uma imagem que assusta – de um cuidado inscrito em seu cotidiano – busca do impossível para eles, de retornarem ao que eram e diante desse acontecimento rezam por eles.

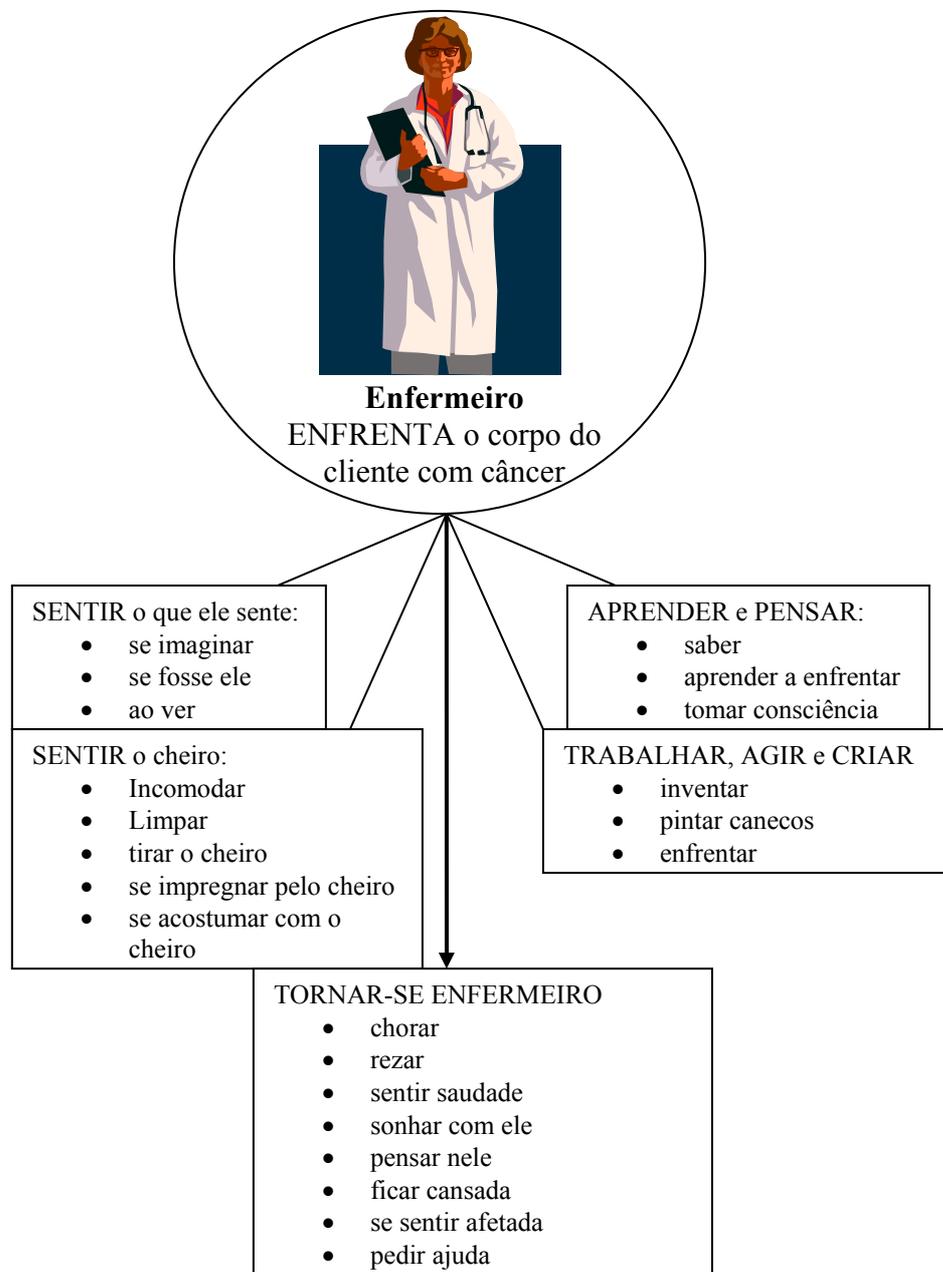
Os enfermeiros, artistas da arte de cuidar, às vezes não têm essa consciência. Quando pensam neles sempre estão pensando no belo, no “limpinho” que é transformado pelo sujo. Assim mostram uma forma sensível, uma sensação, esconde uma subjetividade no enfrentamento de estar diante de um cliente com câncer na cabeça e no pescoço.

Vale destacar que embora não tenham sido objetivos de nosso interesse, é preciso considerar que os enfermeiros desse estudo sofrem influências diversas das pessoas com as quais trabalha na Instituição a que pertencem de classes que as dominam. Por isso o que

dizem, fazem ou pensam para nós são implicações diversas que serão consideradas no final da discussão da análise.

Finalmente os conteúdos contidos nesta unidade de categorização tratam de dizer como os enfermeiros enfrentam a ferida e indicam que só podem enfrentar com menos sofrimento, quando acreditarem ser necessário APRENDER e PENSAR; TRABALHAR, AGIR e CRIAR; SENTIR o CHEIRO; SER ENFERMEIRO. Essa organização pode ser visualizada no esquema a seguir:

Síntese – esquema do ENFRENTAR



São enfermeiros em turbulência em contato com o que consideram estranhos. Em suas falas objetivam em suas falas para afirmar que a vida e a morte estão ali no cenário/teatro do cuidado todo dia, toda hora e sempre.

Ao construir esse texto, é queremos dizer que, através de “força de potência” veiculada na linguagem delas, tudo faz e tem sentido. Um novo sentido que quero fixá-lo ou não perder de vista, pois elas passaram para nós algo como uma corrente de energia de respeito e de afeto por corpos tão desfigurados.

- UNIDADE de DECODIFICAÇÃO II – CONVIVER

A apresentação da Unidade de Decodificação II segue o mesmo procedimento da Unidade I, destacamos essencialmente a listagem sobre o que é conviver com estes clientes. Depois apresentamos os itens destacados na Unidade de análise.

- OLHAR no conviver (sentir através da visão).

1. assombro;
2. choque;
3. desagrado ao ver;
4. tristeza;
5. quando cheguei aqui alguém me disse : um dia você vai para lá, e eu dizia: não vou de jeito nenhum (pois já conhecia quando fez o estágio);
6. incomodam-se com os aspectos dos doentes quando estagiava, não colocava a mão neles;
7. com ou sem curativo é uma diferença;
8. aspecto muito ruim;
9. não se incomodava;
10. vontade de mexer naquilo para melhorar;
11. trabalhando mesmo como funcionária – foi trocar uma cânula metálica e se assustou – ela saltou e eu saltei com ela (ele tossiu) fora;
12. foi engraçado, todo mundo riu, até o cliente do susto;
13. fiquei impressionado depois desse susto, sair do ar, o tempo todo, só pensava como melhorar aquilo (?);

14. investir-me para tratar dele (força);
15. tratar de feridas absurdamente grandes;
16. a coisa, as coisas mais feias é o que fixou-se em minha cabeça:
 - tumor que invadiu o couro cabeludo
 - invadiu o osso
 - invadiu o cérebro
 - osso todo comido
 - necrose
 - tudo mais

➤ CHEIRO RUIM no conviver (Couro cabeludo caindo – TÃO HORRÍVEL para mim).

1. passei dias lembrando aquela ferida;
2. meu cliente toda vez que ele vinha, ele queria que eu fizesse o curativo que segundo ele, doía muito menos;
3. foi a primeira ferida que me assustou;
4. a segunda foi a amputação do nariz, rosto sem metade foi a coisa mais feia que já vi;
5. não me permitia fazer o curativo naquele lugar (o desafio);
6. como fazer um curativo para ele aparecer na frente dos outros, sobreviver;
7. sempre me pergunto como alguém pode fazer aquilo com o outro;
8. agrediu-me, aquilo me deixou triste por muito tempo;
9. o doente saía triste, quando ia embora não olhava para mim;
10. chorei muito quando ele ia embora não olhava para mim, ficava de calça justa;
11. passei mal com aquele paciente, mas fui até o fim, com ele, sobrevivi.

É um desafio, uma realidade que se mostra feia, enfeite de horror e que é da existência da vida dos enfermeiros e que provavelmente não agrada às estéticas que sempre fixam norma para julgar o belo e o feio, o harmonioso e o desgracioso, o conveniente e o inconveniente. A que elas falam de Teatro do Horror quando nos dizem estarem assombradas.

Em seguida destacamos itens-conteúdos desta Unidade:

Item 1

a) CONVIVER é



ENFRENTAR

= DIFÍCIL

- Susto
- Assombro
- Choque
- Me incomodo com o aspecto dos doentes
- Como desagrado
- Impressões depois do susto
- O cheiro
- Com o feio que me invadiu
- Tão terrível

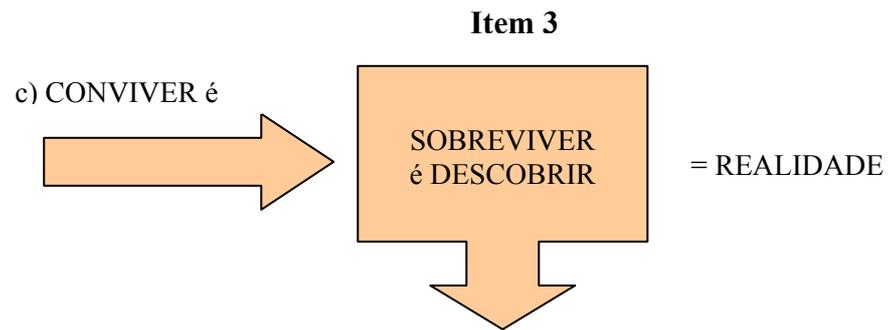
Item 2

b) CONVIVER é

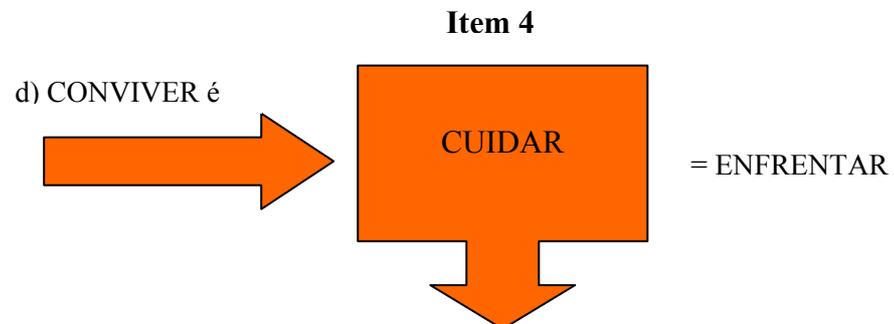
EMOCIONAR
INCOMODAR
REAGIR

= ENFRENTAR

- Não vou trabalhar lá
- Passar dias lembrando
- Me assustar
- Me agrediu e me deixou triste
- Chorei muito
- Passei mal
- Sobrevivi ao desafio
- Fiquei triste quando ele foi embora
- Passei mal com aquele paciente
- Passei dias lembrando da ferida



- Tristeza deles
- Não colocar as mãos neles
- Aspecto muito ruim
- Não se incomodavam
- Com ou sem o curativo é a diferença
- Feridas assustadoramente grandes
- A agressão e a tristeza
- Passei mal com os doentes
- Sobrevivi à realidade que se mostra feia
- O horror que é a existência deles



- Trocar a cânula e o susto
- Vontade de mexer naquilo para melhorar
- O susto, todo mundo riu até o cliente
- Fiquei impressionada, sair do ar
- Só pensava em melhorar aquilo
- Investi-me para tratar dele (a força)
- As coisas mais feias que se fixam em mim
- A invasão do tumor no osso, no cérebro, no osso comido, necrose

Os quatro itens destacados contêm informações das falas dos enfermeiros que dão significado ao que é CONVIVER quando cuidam desses clientes.

Do mesmo modo que a Unidade anterior (I), os enfermeiros vão criando uma forma de significar, em suas falas, que indica a estética do que é conviver como interface do enfrentar, ou seja, conviver é estar muito próxima, é ter que fazer e enfrentar o câncer. Conviver é constituído de novos elementos identificados como REAÇÃO, INCÔMODO e DESCOBERTA de um CUIDADO estético e estratégico.

Há uma permanente preocupação em cuidar deles que envolve o se emocionar, o chorar por eles, sentir saudades deles; cuidado como uma ação muito próxima.

Certamente teremos dificuldades de explicar adequadamente o que é esta estética da vida por que envolve posições filosóficas e históricas de cada um dos envolvidos como elementos de uma arte e dos diversos significados que a arte tem para nós.

Arte entendida, por Nigthingale, como um modo especial de cuidar que responsabiliza a enfermeiro pela cura, exigindo que saiba a importância da natureza e do espaço onde se encontram enfermeiros e clientes; um enfermeiro capaz de administrar a partir de conhecimentos científicos em dimensões macro e micro, que ela chama de atividades maiores e atividades menores (...), Nigthingale nos instiga a pensar em uma arte restauradora e em uma arte para a vida.

Para Collière (2003), cuidar da vida é a primeira arte, verdadeira criação que desde o dar a luz até a morte, participa no mistério da vida que se procura, da vida que se ressurgue, do desabrochar da vida, da vida que luta, da vida que se apaga, da vida que se fecunda.

Os enfermeiros sabem que cuidar faz parte da existência humana e, em especial, de sua decisão de ser enfermeiro, mas que ele é anterior a elas. Como fala Collière “não seria possível existir sem cuidado por que ele está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas”. A autora fala de uma estética que está ligada a uma prática de cuidar que cria objetos, linguagens palpáveis ou que produz manifestações que ocupam lugar dentro da realidade em que convivem os enfermeiros e podem ser mostradas, expostas em todos os sentidos.

Uma estética (arte) que nos mostra o mundo, o espaço, o palco onde os enfermeiros atuam e onde figuram um universo simbólico ligado à sensibilidade dos corpos que cuidam, a sua intuição e o imaginário; aos nossos fantasmas, a nossa história.

Conviver é da ordem da permanência é ficar constantemente, é estar diariamente com eles, cuidando de seus corpos e de suas cabeças desfiguradas e que diante do horror, do susto elas aceitam que é necessário ficar. Segundo Cardoso; Marcon; Waudimani (2008, p.330), quando falam o mesmo sobre o conviver com clientes com AIDS, nos interessa: “conviver é ir

para além das fronteiras físicas que a doença impõe, é direcionar-se para um mundo invisível, carregado de conceitos e preconceitos a partir das representações da doença(...).”

Conviver para os enfermeiros é ir além das fronteiras dos sentidos de OLHAR e SENTIR “o cheiro ruim”, enfrentar “situações difíceis”, “coisas desagradáveis, feias, tumores que invadem osso, o cérebro”, “ser agredida”, são fronteiras em que só o cuidado é possível por que ele não tem território, não tem odores e ele parece ser a alternativa – a arma dos enfermeiros e aceita por elas. São afirmativas que nos fazem correr riscos por que cuidar tem sido um modo de ação de muitos profissionais na área da saúde-doença. Nós entendemos cuidado como entende Figueiredo e cols. (2009)

Cuidado é fundamento, estrutura, conceito, paradigma epistemológico e unidade epistemológica de significado: este é conceito e ao mesmo tempo a definição, impedindo-se o vício de agregar ao substantivo cuidado qualquer adjetivação (...).

Sobre o CUIDADO de ENFERMAGEM, para os autores, “é a expressão da Enfermagem aplicada e não restrita a especialização de Enfermagem Hospitalar, significando um conjunto de ações (ações e atos de cuidado) desenvolvidas em situações de cuidado e direcionadas a pessoas sadias ou doentes (...)”.

Ao conviver com o enfrentamento para cuidar dos clientes com câncer, os enfermeiros nos dão dicas de que elas se emocionam com suas aparências e seu cheiro. Assim cuidar as obriga a dividir com eles a própria vida - seu corpo que se impregna de seus odores, de seus olhos que se assustam diante da sua desfiguração.

A construção dessa linguagem sobre clientes, enfermeiros e cuidados, nos faz acreditar que é preciso criar uma marca assegurando que o CONVIVER, neste estudo é resultante da experiência dos enfermeiros, não de um enfrentamento abstrato, mas do enfrentamento do horror que é provocado pelo câncer do outro que marca o viver dos enfermeiros, mas que o cuidado pode aliviar, ou seja, atenuar tudo que parece difícil de ver e de sentir.

Outra consideração a fazer nesta análise é mostrar que existe uma estética, mesmo arriscando que não pretendemos entrar em detalhes e definições diferentes sobre ela, mas que ela pode ser um conteúdo, um discurso daquilo que chamamos de arte de cuidar, onde entendemos que a intuição, a imaginação, a sensibilidade e até a compaixão (o amor) podem estar num saber (conhecimento) dos enfermeiros que cuidam numa das experiências mais adversas da profissão de cuidar de pessoas desfiguradas pelo câncer.

Cuidar dessas pessoas mexe fundo com todos nós e tem tudo para que se pense numa estética que nasce de uma situação absurda que é o câncer e suas imagens a desconstruir a estética de uma arte que é diferente do que fala Jimenez (1977):

Os artesões que detêm os meios de produção gozam de certa garantia de liberdade de trabalho, produzem objetos com finalidade social; estabelece um elo entre sua obra e sua utilidade, percebe a relação existente entre o produto e sua significação real.

Os enfermeiros gozam da autonomia de decidir cuidar, nem sempre num trabalho que lhe proporciona liberdade, que produzem objetos de cuidar, que tem uma finalidade social com a profissão e que estabelecem elos - entre eles e seus clientes.

De uma estética que considera o olhar para o “horror” – corpo desfigurado com razão (porque é uma realidade visível, dolorosa, que precisa de intervenção) e de uma SENSIBILIDADE que se fortalece na convivência com o outro – esse que me assusta, que me faz sofrer. Os enfermeiros não são aqueles que não cria a obra, mas que restaura e que entende o corpo que cuida como obra divina – o corpo doente.

Ser sensível e racional no cotidiano de cuidar é a constante estética da ambigüidade porque ele é cheio de atos harmônicos e desarmônicos o que implica em conhecimentos científicos (câncer, doença, biológica, tratamento, respostas, modelos, técnicas, tecnologias) e ao mesmo tempo admitir a dor, a emoção, o sofrimento, a intuição como elementos de uma arte de cuidar ou de criar formas de cuidar, capaz de acreditar que é impossível, fazendo do feio, da dor do homem uma estética sensível de cuidar.

A frase, adaptada: “Sou enfermeiro, logo estou aqui para cuidar, fazer minha arte”. Está na fala dos enfermeiros que convivem com o câncer e isso não é apenas uma certeza, mas uma crença, um compromisso. Um cuidado que não tem a intenção de provar nada, não se baseia na dedução, mas no apelo da emoção que os enfermeiros sentem por seus clientes por suas condições e do desafio de ajudá-los.

Esta afirmativa se aproxima do que Jimenez (1977) afirma “[...] Não se trata de um raciocínio dedutivo, mas de uma intuição que apreende a identidade entre estes três momentos (eu penso, eu existo, eu duvido): imediatamente presente no espírito”. Esta intuição desencadeia uma verdadeira busca de incertezas baseadas na elaboração de noções claras e distintas, para o autor aparece como verdade de todas as coisas.

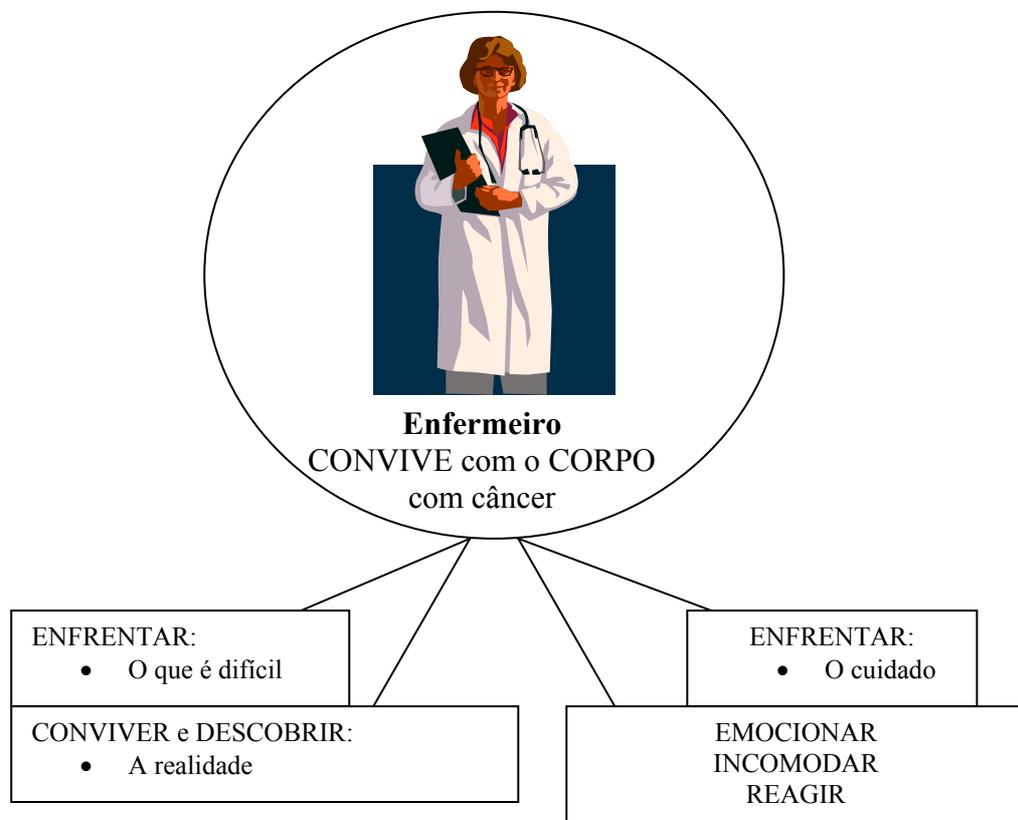
No caso dos enfermeiros, a única verdade está no cliente que cuida e em suas reações de conviver com eles. Não há certezas, há atos e ações de cuidar, onde o feio substitui o belo, o agradável, tudo é como deve ser.

Para nós, existe a emergência de uma “razão estética” na fala dos enfermeiros e que pode estar em um momento não percebido, mas sentido, uma razão de seus espíritos, de uma graça que não tem graça, de um feio que pode ser belo. Quanto a isso, Jimenez diz que:

“[...] A beleza nasce da razão, mas a razão não pode ser inteiramente criadora da beleza. A graça não depende da razão, mas sim da alma. Ela não obedece às regras regionais, mas promete ao gênio do artista: a beleza nasce das proporções e da simetria que se encontra entre as partes corporais e materiais [...]”

Finalmente, essa subcategoria e suas unidades de análise, entendida como conviver com o cliente com câncer e decodificada como: ENFRENTAR o que é difícil, EMOCIONAR, INCOMODAR e REAGIR, e DESCOBRIR a realidade e ENFRENTAR o câncer para CUIDAR; pode ser imaginada na síntese da subcategoria II – CONVIVER.

Síntese - esquema de CONVIVER



Por quanto é possível dizer que existe uma perfeita sintonia entre ENFRENTAR e CONVIVER que remete os enfermeiros do cuidado e de sua preocupação com seus clientes.

Sintonia que vai crescendo e sendo identificada à medida que elas falam sobre suas experiências entendidas como convivência e enfrentamentos. Definem-se como sujeitos que pensam e querem aprender; sujeitos dos sentimentos, da emoção, do incômodo de trabalharem agindo, criando estratégias que culminam com o entendimento de serem sujeitos, e que o cuidar dependem delas entenderem que o OLHAR e SENTIR o câncer são como um desafio a ser enfrentado e que são capazes de encontrar elos entre o belo e o feio, o que cheira-bem e o mal-cheiroso, o difícil e o fácil, o possível e o impossível.

AS IMPLICAÇÕES

3.2. Considerações sobre ENFRENTAR e CONVIVER pelos enfermeiros do INCA

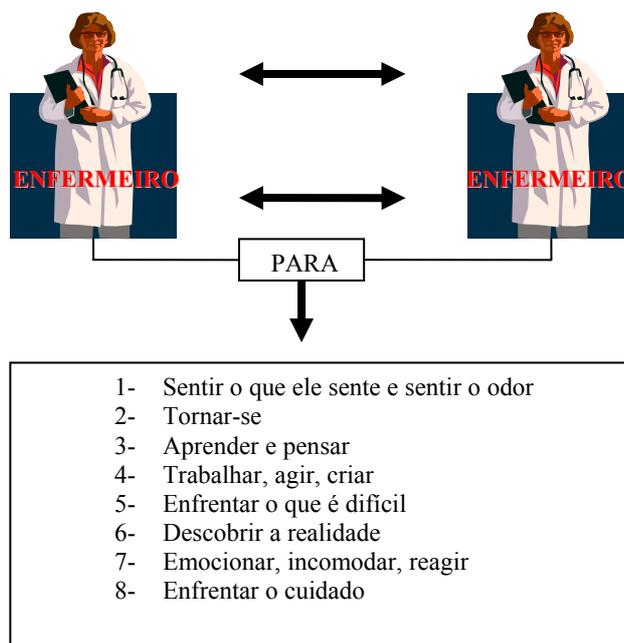
Apropriamo-nos de Barbier (1985, p. 107), clássico da educação para explicar porque falamos de IMPLICAÇÕES, entendidas como:

Campo das ciências humanas e definida como engajamento pessoal e coletivo do pesquisador (dos enfermeiros e nós) em por sua práxis científica (pesquisar e cuidar) em função de suas história familiar e libidinal, de suas posições passadas e atual nas relações de produção (cuidados) e de classe (enfermeiros), e de seu próprio projeto sócio-político em ato (de pesquisar e de cuidar), de tal modo que o investimento que resulte (imediatamente) tudo isso e que seja parte integrante e dinâmica de todas a atividade do conhecimento.

Essas implicações são definidas a partir de uma “Escuta Sensível” feita pelos enfermeiros a partir de enfrentar e conviver com clientes com câncer na cabeça e no pescoço. Para Barbier, essa escuta é compreendida em três níveis de abordagem do conceito de implicação, que ele chama de:

- psicoafetivo
- histórico-existencial
- estrutural-profissional

Esquema sobre a interseção do ENFRENTAR e CONVIVER



Como dissemos anteriormente são convivências e enfrentamentos de enfermeiros com muitos anos de formadas e de experiências que trazem e com elas os ensinamentos e conhecimentos de outra época, do outro século. Estes enfermeiros desenvolveram outros conhecimentos em sua prática de enfrentar e conviver com os clientes com câncer e nos indicam o que aprenderam como aparece nos esquemas construídos.

Não há em suas falas preocupações com as tecnologias, procedimentos ou doença, o que as move para o cuidado são os clientes.

Para Espírito Santo e Porto (2006, p.109) cabe ao enfermeiro, ao usar seu conhecimento, interpretar os aspectos ambíguos da realidade, sem desconsiderar sua multidimensionalidade (...), os enfermeiros veteranos alegam que foram rigidamente ensinados quanto à realização de procedimentos técnicos e, quando chegam à vida profissional viram que estes conhecimentos não eram aplicados como aprenderam (...).

No caso de enfermeiros deste estudo, provavelmente não aprenderam a cuidar na graduação de clientes com câncer na cabeça e no pescoço. Aprenderam, sim, uma enfermagem que se centrava na doença e não no cliente. Estas, muito pelo contrário (esqueceram disso) elas pensam hoje, em seus clientes desfigurados e buscam saídas sensíveis para cuidar deles com afeto e sem medo.

Os dados produzidos por elas indicam implicações que as envolvem como pessoas imersas num espaço de cuidar, que é difícil e as obrigam aos enfrentamentos e convivências que poderiam não vivenciar, ao mesmo tempo em que se sentem úteis cuidando do cliente a ponto de se impregnar com eles e por eles.

Demonstraram ser resilientes – resistem ao que se submetem e trazem para si a primeira implicação que é de nível PSICOAFETIVO que para Barbier é de nível individual, que tem como objeto de investigação os fundamentos da personalidade e que toda profissão é baseada no desenvolvimento de uma relação humana especial. “As enfermeiros não sabem o que é ser portador de câncer na cabeça e no pescoço, mas querem aprender, sentir, trabalhar para enfrentar sua prática. Se colocar no lugar do doente, não gostar de “uma espinha que nasce no rosto”, chorar pelo doente, sonhar com ele é uma atitude pulsional que é da ordem psicoafetivo. Segundo Barbier “é sempre difícil” enfrentar e conviver com situações difíceis.

Os enfermeiros não falam sobre sua instituição como um espaço desencadeador de doenças ou que aflições escondem e que não tem tempo de pensar sobre elas. Viver enfrentando “situações difíceis”, “os odores desagradáveis”, secreções diversas, é fazer emergir no enfrentamento fenômenos afetivos reprimidos.

Nessa implicação o veículo de enfrentamento é o seu corpo que expressa horror, susto, choque, assombro, são decodificações da implicação psicoafetiva.

Levar em conta essa implicação como proposta de intervenção Institucional é encontrar estratégias de e para os ENFRENTAMENTOS desses enfermeiros que são da ordem do afeto, da emoção, do sentir. Da Instituição (o INCA) e do INSTITUIDO (as enfermeiros) que cuidam de clientes com câncer na cabeça e no pescoço no ambulatório e nas enfermarias, o que implica em:

- Investir na base material - meios e produtos de cuidar.
- Investir na base social – nos enfermeiros e suas práticas.
- Investir na base de comunicação – identificação e definição de códigos e linguagens funcionais.
- Investir na base ideológica – as práticas existentes e nas políticas.

A segunda implicação decorrente dos dados é de nível ESTRUTURAL – PROFISSONAL que é o nível de mediações possíveis (família, religião, política, sexualidade). A Atividade profissional e o princípio de realidade permitem avaliar a importância da implicação.

É um nível da esfera do trabalho, quando os enfermeiros dizem: trabalhar, agir, criar, aprender e pensar sobre o que fazer para enfrentar o cuidado, descobrir a realidade que estão no plano do CONVIVER. Trabalho para Barbier, é entendido num sentido mais amplo do termo, sem esquecer que os marxistas ressaltaram a importância dos fatos trabalho na estrutura psicológica do indivíduo, não é apenas o melhor gradiente das capacidades fundamentais do indivíduo, mas também fornece a quem sabe examiná-la, a radiografia minuciosa da estrutura de sua personalidade, de suas forças e seus defeitos.

As implicações da ESTRUTURA-PROFISSIONAL estão nos elementos que os enfermeiros destacam no trabalho do cuidar como:

- trabalhar muito
- pintar os canecos
- enfrentar curativos
- cuidar e limpar o ambiente dos doentes
- trocar cânulas e se assustar
- vontade de mexer naquilo
- investir-me para cuidar

Tudo isso é entendido por Barbier e nós nos apropriamos desse entender, quando acreditamos que o trabalho do enfermeiro é social e que “toda profissão apresenta o não dito institucional que é sua posição no campo das relações de produção e do sistema de valores que lhe dá coerência interna”. Para Barbier fala que “a atitude do profissional depende do papel social de sua profissão dentro de um mercado de trabalho estruturado pelas relações de classe”.

Os enfermeiros deste estudo do CONVIVER com os doentes com câncer na cabeça e no pescoço são parte de um mercado restrito, pois pertencem a Instituição reconhecida e de referência; são funcionárias do Ministério das Ciências e Tecnologias do Ministério da Saúde são especialistas na área de oncologia.

A realidade de suas implicações não é em seu todo estrutural, mas de suas ações e seus limites que se fixam na experiência de conviver, sozinha com elas e seus clientes, amparadas por colegas que vivem o mesmo drama e impactos nas suas vidas.

Vivem problemas comuns, que são “esquecidos” no cotidiano de cuidar e sem reclamar por que ter um câncer é bem pior, então perguntam: reclamar para que e para quem? São sofrimentos latentes, mas suportáveis que são esquecidos, reprimidos, calados.

O que podemos sugerir é a possibilidade de pensar em um cuidado para os enfermeiros, numa política que privilegie todos os trabalhadores da saúde e aqueles que circulam nesse “teatro do horror”, tão real, tão humano. Criar um protocolo para cuidar dos profissionais, não como intervenção apenas, mas como prevenção – para alívio das tensões e possíveis adoecimentos.

Protocolos que privilegiem a arte, o relaxamento, o ócio criativo e a retirada deles do espaço de ENFRENTAR e CONVIVER com o câncer, quando for necessário.

Assim é possível identificar nos resultados que as implicações destacadas pelos enfermeiros envolvem os três níveis que devem ser considerados no CONVIVER-CUIDADO embasados em Barbier (1985, p.107):

- Psico-afetivo – que se encontra em um cuidado que embora difícil, é envolvente, é arte, é preocupante com a difícil situação dos clientes de que tratam. Um cuidado que tem uma linguagem e uma imagem carregadas de uma estética de afeto, de desejo, de forma de criar e encontrar saídas, para o que não é belo e nem cheiroso.
- Histórico-existencial - porque os enfermeiros se misturam com a história de seus clientes, pensam, lembram deles mesmo no momento em que estão em suas casas, com suas famílias; pensam neles e se assustam ao pensar que também poderiam ter um câncer, onde ter uma “espinha no rosto” é motivo de se colocar no lugar deles.
- Estrutural-profissional – porque eles falam da natureza e das condições de seus trabalhos, das relações institucionais; do compromisso e do “ter que fazer o que é para ser feito”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos possibilitou confirmar o pressuposto de que os enfermeiros se impactam com a desfiguração do corpo do cliente com câncer na cabeça e no pescoço, discutindo sobre tal desfiguração ao cuidar sob um impacto e como os enfermeiros agem diante de suas fragilidades.

Apesar de os enfermeiros não falarem abertamente das suas esquivas e angústias para cuidar, os resultados apontam que há um enfrentamento constituído de duas situações principais, a saber: ora conviver, ora enfrentar, ora conviver e enfrentar – um movimento que articula o tempo todo o conviver e o enfrentar quando estão cuidando desses clientes. Esse movimento dá origem a um processo de enfrentamentos como conviver e enfrentar, onde eles vão criando estratégias para se confrontar e se envolver com uma desfiguração, muitas vezes, estampada no rosto do cliente que os atormentam a alma e o físico. A nosso ver, as estratégias adotadas para encarar o que não se quer ver podem ser formas de resiliência para minimizar riscos de adoecimento físico e mental.

Há, também, estratégias para fugir de seus sentidos estimulados pelo odor exalado das feridas misturado aos odores de substâncias medicamentosas e do ambiente hospitalar. Odor que impregna seus corpos, roupas e sapatos, que reaviva a memória, trazendo lembranças de outras situações similares, outras experiências no cuidado a clientes diferentes. Essas são as memórias vividas na experiência de cuidar que sobrevive mesmo na ausência do cliente. Para esses enfermeiros, portanto, visão e olfato não significam apenas sentidos humanos por estarem carregados de conhecimentos que agregam valor e sustentam a prática de enfermagem.

Outro dado produzido é a linguagem estética dos enfermeiros para restaurar o feio, o repugnante e o mau cheiro por meio de curativos como um modo de ocultar a desfiguração ou manter o cliente com exposição, visualmente, menos agressiva ao olhar de quem vê; como um modo de cuidar do ambiente para neutralizar os odores tão freqüentes do espaço. Uma arte de cuidar que não nasce do belo, mas que busca estratégias para enfrentar impasses ou dificuldades, gerando implicações de dimensão psico-afetiva consigo e com seus clientes.

O desafio desses profissionais é permanecer cuidando independente do que o cliente apresenta e da melhor forma possível, embora a vontade seja de fugir do espaço de cuidar, buscar outros territórios, outros mundos ou outras relações. No entanto, a implicação

estrutural-profissional faz com que permaneçam em nome do compromisso com a profissão e a ética.

Para melhor entendimento do movimento dos enfermeiros nos espaços onde cuidam, lançamos mão da metáfora do labirinto para caracterizá-los dentro das unidades de cuidado desses clientes; o nosso minotauro interno que busca saídas para resolver nossas próprias questões e as questões do cuidado aos clientes. Por outro lado, o doente aqui entendido como o fantasma da ópera (outra metáfora) para dar conta do sujeito que tem seu rosto desfigurado e se mantém escondido nos subsolos do teatro do horror (a enfermaria) ou através de um curativo como se fosse uma máscara para não se mostrar ao outro o que ele é e que só as enfermeiras têm acesso ao rosto real. Ao ir atrás desse fantasma que se esconde, o enfermeiro identifica a ferida e cuida dela, por conseguinte, acaba se “apaixonando” pelo cuidado que deve prestar a ele para mantê-lo- bem bonito, limpo e seco.

REFERÊNCIAS

ABIB, J. A. D. Teoria moral de Skinner e desenvolvimento humano. **Psicol. Reflex. Crit.** [online], v.14, n.1, p.107-117, 2001.

ACKERMAN, D. **Uma História Natural dos Sentidos**, 2 ed. tradução de Ana Zelma Campos. Rio de Janeiro: Editora Berthand do Brasil, 1996. 368 p.

ARAÚJO, Tânia M., AQUINO, Estela. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.

ARTAUD, A. Linguagem e Vida. Tradução de GUINSBURG, J. et al. (orgs.). São Paulo: Perspectiva, 2006.

BARAT, M. **A conversão do Olhar Epistemologia e Sociedade**. Lisboa: Instituto Piaget, Editons Albin Michel S. A. p.8 – 45, 1992.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**, edição revista e atualizada. Lisboa: Edições70, 2008.

BARON, J. L. V. A verdade da Arte e a Liberdade do Espírito de Hegel e André Malraux. In: Boher, K.H. et al. **Ética e Estética**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editores, série III, n.2, 2001

BARROS, D. D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. História, Ciência, Saúde – Manguinhos, v. 12, n.2, maio-ago., p. 547 -54, 2005.

BAUER, W. M.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, Imagem e som**: Um manual prático. Tradução de Pedrinho A.Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002, 512p.

BELO, V. L. L. **O cotidiano dos Profissionais de enfermagem diante do morrer dos clientes com câncer avançado**. Monografia (Curso de Especialização em Enfermagem Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BENEVIDES PEREIRA, A. M.T.- **BURNOUT**- Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do psicólogo, 2002.

BRANDÃO FILHO, R.A. et al. Influência da proporção entre as alturas do ramo mandibular e dentoalveolar posterior na inclinação do plano mandibular. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial** [online], v. 13, n. 6, p. 89-97, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa de Câncer. 2008**. Disponível em <http://www.inca.gov.br>. Acesso em 11/03/2008.

BUBER, M. **Eu e Tu**: Introdução e tradução de Newton Aquiles Von Zuben, 2.ed. São Paulo: Moraes, p. 40 - 48, 1974.

CALIRI, M. H. L.; MARZIALE, M. H. P. A prática de enfermagem baseada em evidências: conceitos e informações disponíveis online. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v. 8, n. 4, p. 103-104, 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Therezo R. de C. Barrocas 2. ed. Rio de Janeiro: Forense – Universitária, 1982.

CARPENITO, L.J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CARVALHO, V.A. Cuidado com o cuidador: O mundo da saúde. **Rev. da Faculdade S. Camilo**, v.27, n.1, jan./mar., 2003.

COLLIÉRE, M.F. **Cuidar...** a primeira arte da vida. 2. ed. Loures:Lusociência, 2003.

CONTRERAS R, M.L.A. et al. Anomalías en el desarrollo del cuarto aparato faríngeo como causa de infecciones profundas del cuello recidivantes. **Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello** [online], v.66, n.3, p.199-205, 2006.

CORNILOT, M. T. **Os corpos transfigurados**: Mecanização do vivo e o imaginário da biologia, epistemologia e sociedade. Lisboa: Instituto Piaget, – editons du Senil, p. 97 – 115, out. 1992.

CUTRIGHT, L. H. Tumores de cabeça e pescoço. In: CLARK, J. C.; MCGEE, R. F. **Enfermagem oncológica**: um currículo básico. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 485-507, 1997.

CYRULNIK, B. O nascimento do Sentido: Epigênese e Desenvolvimento. Tradução de Ana Maria Rabaça. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

DAMÁSIO, A. **Os Ermos de Descartes emoção, razão e cérebro humano**. Tradução de Dora Vicente e Georgina Segmado. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

DELEUZE, G; GUATARRI, F. **Mil Platôs**. São Paulo: Editora 34, 1997.

ESPÍRITO SANTOS, F. H.; PORTO, I. **Cuidado de Enfermagem** – Saberes e fazeres de enfermeiras novatas e veteranas no cenário Hospitalar. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

FERREIRA, N. M. L. A. O câncer e o doente oncológico segundo a visão de enfermeiros. **Revista Brasileira de Oncologia**, v. 48, n. 3, p. 161-170, 1996.

FERREIRA, N. M. L. A. Difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 229-53, 1996.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. **O corpo da Enfermeira como Instrumento do Cuidado**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

FIGUEIREDO, N. M.A.; MACHADO, W. C.A. Corpo e cuidado: condutas clínicas em saúde. Ed. Águia Dourada. **Conferência de abertura do semestre na EEAN/2008**. Texto cedido pelos organizadores.

FONSECA, T. M. G.; ENGEIMAN, S. **Corpo, Arte, Clínica**. Porto Alegre: Editora U.F.R.G.S., 2004.

GAUTHIER, J. H. M.; CABRAL, I. E, SANTOS, I. **Pesquisa em Enfermagem**: Novas Metodologias Aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GUATARRI, F. **Caosmose**: paradigma um novo estético. Tradução de Ana Lucia de Oliveira e Lúcia Cláudio Leão. São Paulo: Ed. 34, p.10-30, 1992.

GIL, J. **Metamorfoses do corpo**. Lisboa: Editora Relógio D'água, p.96-150, 1997.

HAHN, M. J.; JONES, A. **Head and neck nursing**. London: Churchil Livingstone, 1999.

HALLACK, F.S.; SILVA, C.O. A Reclamação nas Organizações do Trabalho: Estratégia Defensiva e Evocação do Sofrimento. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v.17, n.3, p.67-72, set/dez. 2005.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem** / Wanda de Aguiar Horta, com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos. São Paulo: EPU, 1979.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário Básico de Filosofia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006

JIMENEZ, M. **Para ler Adorno**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. 215 p.

_____. **Vers une esthetique negative**, Adorno et la modernité. Paris: Le Sycomore, 1983, 421 p.

KAST, V. **A Imaginação como Espaço de Liberdade**: Diálogos entre o ego e o inconsciente. São Paulo: Loyola, 1997, 200p.

KLIEN, S. **A Fronteira Interior**: A arte de conhecer e Explorar nossas Emoções. Tradução de Vera Caputo, 1. ed. São Paulo: Saraiva 1994.

LEDOUX, J. **O cérebro emocional**: os mistérios alicerces da vida emocional. Rio de Janeiro: Editora Objetiva. 2001, 32p.

LINS, D.; GADELHA, S. In: **NIETZCHE e DELEUZE** – que pode o corpo. Fortaleza. Relumé Dumará; Secretaria da Educação e Desportos, 2002.

MACHADO, W. C. A. O Trabalho no Setor Saúde. In: GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, p.279-290, 2005.

MARQUEZ, N.M.; JIMÉNES, L.C; TORRES, J.H.D. Costos y beneficios del ingreso en el hogar. **Rev Cubana Med Gen Integr**, v.14, n.5, p.445-449, sep.-oct. 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde, 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOREIRA, M. C.; PADILHA, M.I.C.S. Razão e emoção: A harmonia no cuidado aos clientes portadores de câncer. **Revista Alternativa de Enfermagem**, Ano I, n. 3, p.17, jun. 1997.

MORIN, Ed. **Os sete saberes necessários à Educação do Futuro**. 11 ed. São Paulo: Cortez, Brasília: UNESCO, 2006.

MORIN, E. **Sociologia: do micros social ao macroplanetário**.. Lisboa: Publicações Europa-América, 1998. Revisada e aumentada pelo autor, 351 p.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é**. Tradução: Associação Brasileira de Enfermagem São Paulo: Cortez, , 1989.

NINIO, J. **A Impregnação dos Sentidos – Epigenese e Desenvolvimento**. Tradução de Ana Cristina Neto. Lisboa: Instituto Piaget, 1991.

NOGUEIRA, F. M. L. **Afastamento por adoecimento de trabalhadores de enfermagem em oncologia**. 2007 Dissertação (Mestrado, em Enfermagem), UNIRIO – EEAP, 2007. 132 p.

POLIT, D. F., BECK, C.T, HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REDKO, C. P. Representações da Doença dos Pacientes com câncer de cabeça e Pescoço. **Acta Oncológica Brasileira**, v. 14, p. 231-237, out-dez, 1994.

RODRIGUES, J. C. **Tabu do corpo**. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, 54p.

SALES, C. A. **O cuidado no cotidiano da pessoa com neoplasia: compreensão existencial**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003..

SANTOS, I; GAUTHIER, J. **Enfermagem: análise institucional e sociopoética**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1999. 210 p.

SCHILDER, P. **A Imagem do corpo: As Energias Construtivas da Psique**. Tradução de Rosane Wertman. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999, 373p.

STACCIARINI, J. M. R. T; BARTOLOMEU,T. Estresse Ocupacional, Satisfação no Trabalho e Mal-Estar Físico e Psicológico em Enfermeiros. **Revista Técnica de Enfermagem Nursing**, São Paulo, n.20, p.30-34, jan./ 2000.

SILVA, J. B.; KIRSCHAUM, D. I. R. O sofrimento psíquico dos enfermeiros que lidam com pacientes oncológicos. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 51, n. 2, p. 273-290, abr./ jun. 1998.

SILVEIRA, M. F. A.; GUALDA, D. M. R. **Mulher, corpo e cuidado: um ritual de encantamento para a prática de enfermagem**. Campina Grande: Editora: EDUEP, 2003, 169p.

SILVA, L S.L.; PINTO, M. H. Assistência de Enfermagem ao laringectomizado no período pós-operatório. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 2, p. 213-221, 2002.

TAVARES, M. C. G. C. F. **Imagem Corporal**: conceito e desenvolvimento. Barueri: Manole, 2003.

TONINI, T. **Os poderes instituído e instituinte: a subjetividade na gerência de Enfermagem**. 1995. Tese (Doutorado em Medicina Social) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995, 100 p.

TREVIZAN, M. A. M.S.S. Saúde Ocupacional: Sofrimento Psíquico no Trabalho do Enfermeiro. **Revista técnica de Enfermagem Nursing**, São Paulo, n.52, p.23-28, set.2002.

WEIL, P.; TOMPAKOW, R.. **O corpo que fala**: A linguagem silenciosa da comunicação não-verbal. Petrópolis: Vozes, 1986. 278p.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO
APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O impacto do olhar sobre o corpo desfigurado no corpo que cuida: implicações para os enfermeiros que cuidam de pessoas com câncer na cabeça e no pescoço.

Nome do Voluntário: _____

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo na área de Enfermagem intitulado “O impacto do olhar sobre o corpo desfigurado no corpo que cuida: implicações para os enfermeiros que cuidam de pessoas com câncer na cabeça e no pescoço”.

Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

A relevância deste estudo consiste em estudar as dificuldades das enfermeiras em lidarem com suas emoções durante o cuidado.

OBJETIVO DO ESTUDO

Identificar as reações das enfermeiras ao cuidar de clientes desfigurados pelo câncer.

Discutir as implicações das reações e as estratégias das enfermeiras para cuidar delas mesmas.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A pesquisa terá abordagem qualitativa, os dados serão coletados através de entrevistas semi-estruturadas, as falas serão gravadas em fitas magnéticas e transcritas. Antes de cada entrevista será dado o termo de consentimento livre e esclarecido ao enfermeiro lotado nas enfermarias ou no ambulatório que cuidam, ou já cuidaram de clientes desfigurados. Após as entrevistas as fitas serão transcritas e as falas serão categorizadas e analisadas seguindo a metodologia de BARDIN (1997).

RISCOS

Caso alguma pergunta lhe causar desconforto, você não precisará responder.

BENEFÍCIOS

Os benefícios esperados com o estudo proposto é melhoria da assistência prestada por enfermeiros que atuam em oncologia.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSABILIDADE.

Neste estudo não será necessário acompanhamento ou assistência de responsável.

CARATER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS

Seu nome não será revelado, as informações obtidas serão confidenciais e asseguramos o sigilo da sua participação. O questionário será guardado em armário com chave, sob total responsabilidade do pesquisador.

CUSTOS

Não haverá qualquer custo ou alguma forma de pagamento para o indivíduo que estiver participando do estudo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Sua participação consiste em responder as perguntas do roteiro de entrevista.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado

Apêndice II – Roteiro de entrevista

1- DADOS DEMOGRÁFICOS

NOME: _____

SEXO: _____

SETOR DE TRABALHO: _____

TEMPO DE FORMAÇÃO: _____

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA:

SIM () NÃO ()

TEMPO DE FORMAÇÃO ONCOLÓGICA: _____ e no setor da C.P.: _____

2- QUESTÕES ORIENTADORAS

- 1- Você pode falar sobre as suas vivências com clientes desfigurados em cabeça e pescoço?
- 2- Como você se sente quando cuida de um cliente desfigurado em cabeça e pescoço?
- 3- Você se utiliza de estratégias para cuidar deles?
- 4- Qual o impacto de cuidar de um paciente desfigurado pelo câncer na cabeça e no pescoço para o cuidado do seu próprio corpo?

A(o): Enfª Nilsiara de Souza Luzial
Pesquisador(a) Principal

Registro CEP nº 060/08 (Este nº. deve ser citado nas correspondências referentes a este estudo)
Título do Estudo: O olhar do(a) enfermeiro(a) sobre o corpo desfigurado: O impacto e as implicações para cuidar de pessoas com câncer na cabeça e no pescoço

Prezada Pesquisadora,

Informo que o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer **aprovou** após re-análise, o estudo intitulado: **O olhar do(a) enfermeiro(a) sobre o corpo desfigurado: O impacto e as implicações para cuidar de pessoas com câncer na cabeça e no pescoço**, bem como o seu **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (versão 2)**, em 3 de novembro de 2008.

Ressalto que conforme descrito na folha de rosto (item 49), o pesquisador responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo. As datas previstas são: maio/2009 e novembro/2009.

A documentação pertinente será encaminhada a CONEP com vistas a registro e arquivamento.

Atenciosamente,



Dra. Adriana Scheliga
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA

C/c – Enfª Ailse Rodrigues Bittencourt – Chefe da Divisão de Enfermagem – HCI
Dr. Paulo de Biasi – Diretor do HC I